

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche  
Scientifique



UNIVERSITÉ MOULOUD MAMMERRI DE TIZI-OUZOU

*Spécialité : économie de la santé.*

## MÉMOIRE :

*De fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de  
Master en sciences économiques.*

## *Thème*

# Complémentarité entre le secteur public et privé de soins en Algérie

Encadré par :

Présenté par :

GUELMIN Mohamed Hichem

- AIT SLIMANE AHCENE
- HADDADOU GHANIA

• Évaluer par :

- *President:* Mr. SALMI MADJID (*MCA*)
- *Rapporteur:* Mr. GUELMIN Mohamed Hichem (*MCB*)
- *Examineur :* Mr. KHAMMES Abdennour (*MAA*)

Promotion: 2020/2021

# Remerciement

Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à notre promoteur Monsieur **GUELMIN Mohamed Hichem**. Nous le remercions de nous avoir encadrés, orientés, aidés et conseillés.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les professeurs, intervenants et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions et ont accepté de nous rencontrer et de nous répondre à nos questions durant notre recherches.

Enfin, nous remercions nos ami(e)s qui ont toujours été là pour nous. Leurs soutiens inconditionnels et leurs encouragements ont été d'une grande aide.

À tous ces intervenants, nous présentons nos remerciements, notre respect et gratitude.

# *Dédicace*

Je dédie ce travail particulièrement à la  
mémoire de mon père. et surtout ma mère,  
mes frères et mes sœurs.

Et je dédie aussi ce travail à ma binôme  
Ghania, sa famille et enfin mes cher(e)s  
ami(e)s et surtout Meriem, et Rabah

HABIB.

*AHCENE*

# ***Dédicace***

Je dédie ce modeste travail

Premièrement à mes chers parents qui sont la source de mon inspiration et de mon courage.

- A mes petits anges **Malak, Imane et Moumouh.**
- A mon mari **Youcef**
- A MES FRÈRES **Abderrahmane et Omar** et leurs femmes
- A mes sœurs **Nadia ET Djamila** et leurs époux
- A mes chères nièces **Assia, Amira, Hawa et Rima**
- A mes chers neveux **Mayas, Mastene et Adam**
- A ma belle famille
- A mon binôme **Ahcene** et sa maman

***GHANIA***

## Résumé

Le système de soins Algérienne est toujours organisé autour d'un secteur public dominant à forte logique centralisatrice, il comporte aussi un secteur privé qui n'est pas aujourd'hui marginal. Les reforme qu'ont touché le secteur privé a ouvert les portes au système de la santé pour se développer et pour élargir son activité et c'est de là qu'il y avait autant d'établissements publique et de clinique privé, ces derniers proposent des prestations de qualité et ont des moyens techniques plus performant. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire dans le secteur de la santé. De ce fait y avait une complémentarité qui s'est installée entre les deux secteurs, cela grâce aux réformes qui sont levé, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin de service civil, et la suppression du zoning, le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. Et cela aide beaucoup le secteur public.

**Mot clé :** système de santé, secteur public, secteur privé, complémentarité.

## Abstract

The Algerian healthcare system is still organized around a dominant public sector with a strong centralizing logic, it also includes a private sector which is not marginal today. The reforms affected by the private sector opened the doors to the health system to develop and expand its activity and it is from there that there were as many public establishments and private clinics, the latter offering quality services and have more efficient technical means. Opening up to the private sector was more than necessary in the health sector. As a result, there was a complementarity that has developed between the two sectors, thanks to the reforms that have been lifted, first the abolition of half-time for private doctors installed, the end of civil service, and the removal of zoning, the private sector then goes from constraint to freedom. And that helps the public sector a lot.

**Key word:** health system, public sector, private sector, complementarity.

# Sommaire



# Liste des abréviations

**O.M.S** : l'organisation mondiale de la santé.

**P.P.P**: partenariats public-privé

**S.P**: santé publique

**S.N.S** : santé nationale sociale

**C.A.S.N.O.S** : Caisse d'Assurance Sociale des Non-Salariés

**C.N.A.S** : Caisse Nationale Assurances Sociales

**C.H.U** : Centre Hospitalo-universitaire

**D.N.S** : Dépense Nationale de Santé

**D.S.P**: Direction de la Santé Publique

**E.H** : Etablissements Hospitaliers

**E.H.S** : Etablissements Hospitaliers Spécialisés

**M.C** : Médico-chirurgicales

**M.S.P.R.H**: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

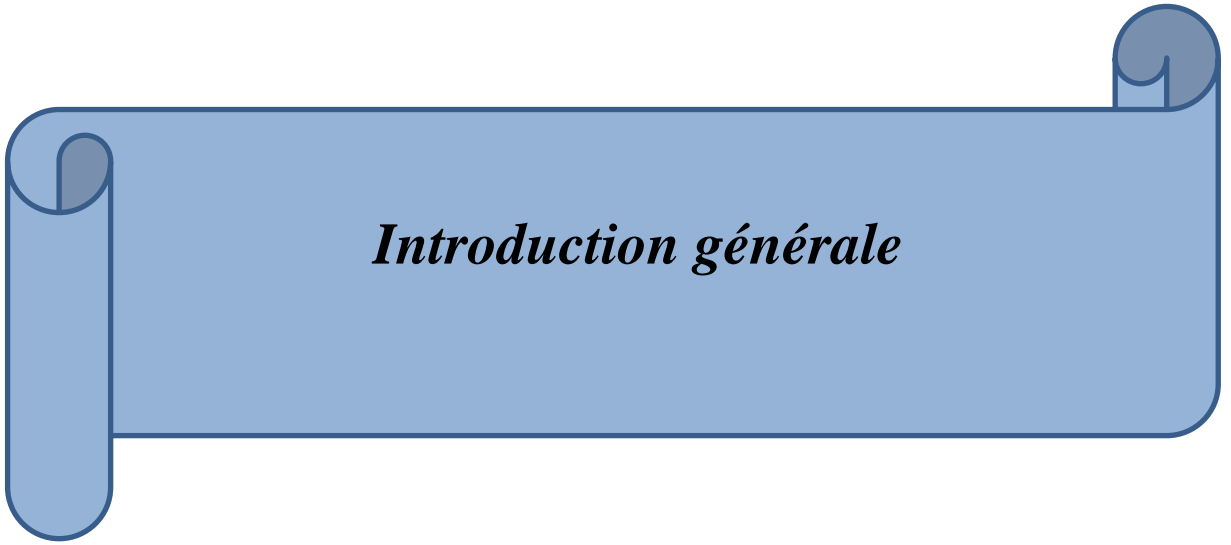
**E.H.P** : Etablissements Hospitaliers Privés

**E.P.H** : Etablissements Publics Hospitaliers

**E.P.S.P** : Etablissements Publics De Santé Et De Proximité

**O.R.L**: Oto-rhino-laryngologies

**S.S** : Secteur Sanitaire



*Introduction générale*

# Introduction générale

Une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être. Une meilleure santé a besoin d'un système de santé qui prend en charge ces besoins afin de continuer dans son confort. Étant donné que la santé est un droit fondamental et l'un des principes garantis de l'individu. Le droit de jouir du meilleur état de santé possible implique que soit réunis un ensemble de critères sociaux favorables à l'état de santé de tous, notamment la disponibilité de services de santé.

Pour satisfaire la demande de soins à chaque individu, pour réduire la fréquence et la gravité des pathologies et des accidents. 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 de santé.

Le système national de santé se définit comme « *l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire* »<sup>1</sup>.

Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, maisons de repos de centres de santé, un centre de lutte contre le cancer et 13 cliniques, totalisant 40 000 lits, 12 et 820 unités de lumière (160 cliniques générales et 660 centres de santé), de dons grands en partie de la reconversion de différents groupes de lampes, 1 344 salles de traitement.

En fait, l'Algérie, comme tous les pays en développement environnants, a fait des efforts considérables pour répondre aux besoins de santé de sa population. Assurer le bien-être social en facilitant l'accès des personnes aux services médicaux. Surtout dans l'environnement économique favorable et l'absence de restrictions fiscales dans les années 1970 et au début des années 1980, cela est dû aux recettes pétrolières. Cette période est caractérisée par une profonde réorganisation du système de santé. Dans un premier temps, la gratuité des soins est instaurée en 1974 (Décret sur la gratuité des soins de décembre 1973), puis un grand nombre d'infrastructures de santé (hôpitaux, polycliniques et Centres de santé, etc.), et finalement investi dans la formation du personnel médical, et plus tard obtenu des résultats satisfaisants dans l'amélioration de la santé de la population.

---

<sup>1</sup> Loi n°85-05 du 16 Février 1985 relative à la promotion et la protection de la santé.

# Introduction générale

Cependant, ces points de vue positifs ne peuvent masquer les diverses limites et déficiences rencontrées par le système national de santé, qui peut remettre en cause deux principes de base, l'accessibilité et l'équité.

Ainsi, le système de santé présente de nombreuses faiblesses (face aux évolutions socioéconomiques, démographiques et épidémiques du pays, son organisation, sa gestion et ses modes de financement sont inappropriés), fondées sur ces faiblesses qui ont connu la crise économique et ont été affectées par l'amélioration de la le marché international du pétrole en 1986. Après cela, toute l'économie algérienne a été détruite et la création d'emplois du pays dans le secteur des services publics a été ralentie. L'ouverture ou le privé est nécessaire. Dans le domaine de la santé, tous les obstacles à l'installation sont progressivement levés. Le premier est d'annuler l'installation à mi-temps des médecins libéraux, de mettre fin au service public, de supprimer le zonage, et le secteur privé passe alors de restriction à la liberté.

Jusqu'à aujourd'hui le secteur sanitaire est toujours entre les mains de l'état mais cela n'a 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.

L'offre sanitaire algérienne reste inférieure aux besoins du pays, tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi qu'à l'offre en médicament. L'Algérie continue à dépendre de l'étranger pour assurer le fonctionnement normal du secteur.

## Problématique :

L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire, dans le secteur de la santé. De ce fait y avait une complémentarité qui s'est installée entre les deux secteurs, cela grâce aux réformes qui sont levé, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin de service civil, et la suppression du zoning, le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. Et cela aide beaucoup le secteur public

De ce fait notre problématique s'articule autour de la question suivante : quel est l'effet de la complémentarité public privé sur la qualité des services de soins en Algérie ?

Pour élargir notre champ d'analyse, cette principale problématique est décortiquée en question secondaire qui se varient à savoir :

# Introduction générale

- Quelle sont les problèmes du système de santé public de soins en Algérie ?
- Quelle sont les besoins de secteur de soins publique ?
- Quelle sont les contraintes du secteur privé de soins en Algérie ?
- Quelle sont les effets de la privatisation sur les établissements de soin en Algérie ?
- Quelle défaut ou lacune la complémentarité peut-elle corriger ?

## Les hypothèses du travail :

Pour appréhender notre étude et répondre à nos questions nous nous appuyons sur les hypothèses suivantes :

- La complémentarité entre publics privés dans le secteur sanitaire peut instaurer une justice régionale sanitaire en Algérie.
- La complémentarité a pu améliorer le service de santé à la portée du citoyen algériens.
- On ne peut pas assurer une complémentarité publique-privé dans le domaine de soin en Algérie sans avoir recouru à l'investisseur étranger

## La méthodologie de la recherche :

Afin d'atteindre notre objectif de recherche et pouvoir répondre au mieux à la problématique posée, nous avons adopté une approche générale déductif, celle-ci fondées sur la collecte et l'analyse statistique de données portant essentiellement sur :

- L'exploitation des travaux qui traitent des questions liées au système de santé algérien.
- L'exploitation des thèses et mémoires disponibles sur internet ;
- L'exploitation des ouvrages disponibles dans la bibliothèque de faculté de médecines (UMMTO) ;
- Des articles, des rapports et des statistiques établies par le ministère de la santé
- Les textes juridiques portant sur l'organisation et la gestion des établissements de santé publique.

Ces données collectées à partir des documents nous ont aidé à mieux définir les systèmes de santé soit publique au privé et nous a informer sur leurs problèmes et les solutions adopter pour une complémentarité entre les deux Systèmes, ainsi on a pu

# Introduction générale

apercevoir l'effet de la complémentarité sur le secteur de soins en Algérie à travers notre étude sur ....

## L'importance du travail :

L'objectif général de la présente recherche est d'évaluer l'effet de la complémentarité entre le secteur privé de soins et le secteur public en se basant sur les données collectées dans nos recherches.

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

- Identifier le secteur public de soins en Algérie ainsi ces problèmes.
- Déterminer les contraintes du secteur privé de soins en Algérie.
- Déterminer l'effet de la complémentarité sur l'amélioration de système de la santé en Algérie.

## Structure de travail :

Après une brève introduction, le premier chapitre présente l'évolution du système sanitaire publique en Algérie. Ainsi qu'une analyse sur l'incapacité de ce système à prendre en charge les besoins de soins.

Le deuxième chapitre est consacré au secteur privé, son émergence, développement, ainsi que les contraintes de ce secteur et les réformes, et l'effet de de la privatisation sur les établissements.

Le dernier chapitre est consacré à la loi 18-11 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé, ses dispositions et principes. Ainsi qu'une analyse du processus de complémentarité entre le secteur privé et le secteur public de soins en Algérie à la lumière des nouvelles réformes de la loi 18-11.

Nous achevons ce travail par une conclusion générale sur tous ce qui a été abordé et démontré dans ce thème de fin d'étude ainsi que des perspectives sur des projets à l'avenir.



*Chapitre I : Le secteur public de soins en  
Algérie*

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## Introduction

Depuis l'indépendance, les principes d'équité et de solidarité fondent le système national de santé. L'Algérie a consacré, dans sa Constitution, le droit des citoyens à la protection de leur santé. Le développement du système national de santé, basé dès janvier 1974<sup>2</sup>, sur la gratuité des soins pour tous les citoyens, dans les structures publiques de santé, a enregistré des progrès incontestables.

Le système de soins étatique, ou l'Etat joue le rôle principal, en étant à la fois le contrôleur, le planificateur et le financeur de l'ensemble du dispositif, qui relève ainsi exclusivement du secteur public : modèle du « système national de santé ».

Dans ce chapitre on va présenter le système sanitaire public avec sa politique, son incapacité à prendre en charge les besoins des malades.

## Section 1 : Evolution de secteur public de soin en Algérie

Chaque pays dans le monde a son propre système de santé, et l'Algérie dispose d'un système de santé qui est un secteur public, qu'elle a débuté après l'indépendance avec le système laissé par la France.

### I. Politique de système de soins en Algérie :

#### I.1 Définition de système de santé :

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes qui contribuent à améliorer la santé des populations. Ce système de santé est mis au service de la population par tous dans le monde et pour toutes les catégories. Il réunit toutes les organisations qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, maternités, hôpitaux et pharmacies), des soins informels infirmiers (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Cours de Prof Zoubida Zaidi, Les systèmes de santé Monde et Algérie. Document pdf.

<sup>3</sup> Agence canadienne de développement international [archive] : Qu'est-ce qu'un système de santé ?

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

Le système national de santé se définit comme « l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire »<sup>4</sup>.

Le système de santé pour nous désigne l'organisation des moyens permettant de répondre aux besoins de santé de la population :

- Les moyens matériels : les établissements de santé, l'équipement médical ... ;
- Les moyens humains : les professionnels de santé (hospitaliers ou praticiens de ville) ;
- Les moyens financiers : les organismes de protection sociale ;
- Les moyens décisionnels : les choix de santé publique faits par les pouvoirs publics.

Tous cela dans l'objectif de :

- Permettre à chacun d'accéder au meilleur état de santé possible.
- Garantir l'égal accès aux soins. Assurer la continuité des soins.
- Assurer la meilleure sécurité sanitaire possible.
- Développer la prévention et la promotion de la santé.

## I.2 La politique de santé publique :

C'est l'ensemble des orientations et des choix stratégiques faits par les pouvoirs publics dans le domaine de la santé publique. L'objectif de la politique de SP est d'améliorer l'état de santé de la population (réduire la mortalité, allonger l'espérance de vie et réduire les inégalités).

## I.3 La réglementation de secteur sanitaire :

La santé est un droit universel fondamental, ressource majeure pour le développement social, économique et individuel<sup>5</sup>. Pour cela des lois et des articles définissent ce droit en tant qu'une loi dans la constitution et cette dernière doit être respectée.

Selon la loi sanitaire 85.05 : Art 4 « Le SNS se définit comme l'ensemble des activités et de ressources humaines, matérielles et financières destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le

---

<sup>4</sup>Loi n°85-05 du 16 Février 1985 relative à la promotion et la protection de la santé.

<sup>5</sup> Article de Droit de l'homme ONS

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

rétablissement de la santé de la population.<sup>6</sup> Le SNS doit être organisé pour prendre en charge les besoins en santé de manière globale, cohérente et continue ».

Ainsi la loi de la santé fonctionnelle ; loi 18-11 (du 02 juin 2018), Article 46 « L'Etat et les collectivités locales appuient les activités d'éducation sanitaire, d'éducation physique et sportive et encouragent les personnes à lutter contre les comportements à risque et à prévenir les maladies non transmissibles »<sup>7</sup>.

Les lois en Algérie concernant la santé sont tous en faveur de patients, et organise le secteur sanitaire pour avoir un système de santé meilleur.

## I.4 Organisation du système de santé algérien :

**L'administration centrale** au niveau du ministère de la santé et de la population et qui comprend les comités médicaux. L'ACMS est soutenue dans ses actions par de nombreuses structures : IPA , PCH , LNCPP , ANS , ANDS , CNPV , CNT , INPFPM , INSP , ENSP , CND.

**A l'échelle régionale** : on a cinq régions sanitaires (conseils régionaux). Au niveau de chaque wilaya une DSP (58 wilayas ; il y a 5 régions, la région centre qui contient 5 wilayas, la région ouest 11 wilayas/ est 14 wilayas/ sud-est 7 wilayas/ sud-ouest 5 wilayas).

Le niveau des wilayas : les directions de la santé chargées de l'application des programmes sectorielle et l'évaluation (selon le décret exécutif 97-261).

Depuis la réorganisation de 2007, supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système de santé est divisé en :

- **Secteur public** : on trouve ici un établissement hospitalo-universitaire (EHU), des centres hospitalo-universitaires (CHU), des établissements hospitaliers spécialisés (EHS), des établissements publics hospitaliers (EPH), et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP)<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Idem

<sup>7</sup> Loi n° 18-11 du juillet 2018 relative à la santé. Journal officiel.

<sup>8</sup> CHAOUI F, LEGRO M « Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie », Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012,

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- **Secteur parapublic** : c'est les établissements sanitaires qui ne sont pas affilié au ministère de la santé.
- **Secteur privé** : c'est les établissements de soins payants on trouve les médecins libérales, les cliniques prive ....

Dans le secteur de santé publique on trouve plusieurs établissements organisés dans des catégories qui sont :

## ➤ **Les établissements hospitaliers spécialisés**

Ces hôpitaux abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) et peuvent héberger des services universitaires.

## ➤ **Les établissements publics de santé et de proximité**

Sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques. Ces établissements (EPSP) sont des établissements publics à caractère sanitaire de nature juridique, sont des établissements placés sous la tutelle de wali, constitué d'un ensemble de policlinique et de sale de soins couvrant un bassin de la population, Ils sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

## ➤ **Les établissements publics hospitaliers**

Sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire, ils sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils couvert les besoins sanitaires de plusieurs communes. Leur rôle est d'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs de diagnostic, de réadaptation médicale et l'hospitalisation, assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

En générale, le secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## II. Système de santé algérien :

Le système de santé en Algérie est un système qui existe depuis longtemps, d'ailleurs c'est un héritage du système colonial français. Il a connu des évolutions et des progressions vraiment remarquables depuis l'indépendance jusqu'à nos jours, à travers les différentes politiques et stratégies adoptées par les pouvoirs publics algériens. L'évolution du système de santé algérien est marquée par quatre phases à savoir :

### II.1 La période 1962 à 1973 :

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure insuffisante. Cette infrastructure était centralisée dans le nord du pays et les grandes villes, elle couvre les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins.

A cette époque, la situation sanitaire marquait par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention<sup>1</sup>. Les indicateurs sanitaires de cette époque se caractérisaient par<sup>9</sup> :

- Une espérance de vie à la naissance ne dépassant pas les 50 ans ;
- Une mortalité infantile élevée dépassant 180 décès pour mille naissances en milieu urbain (1 enfant sur 5 mourrait avant son 1er anniversaire), les causes principales étaient les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës et les autres maladies infectieuses, aggravées par un état de malnutrition chronique ;
- Des maladies transmissibles (tuberculose, paludisme...) d'une importante cause de décès et d'handicaps et des maladies mentales.

Face à cette situation délicate, les préoccupations du ministère de la santé étaient alors tournées vers la fixation de certains objectifs essentiels :

- La prévention à travers la généralisation de la vaccination ;
- La mise en place des programmes nationaux de santé afin de lutter contre les maladies transmissibles et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité) ;

---

<sup>9</sup> MSPRH : Système National de Santé ». Assises Nationales de la santé, Alger 26,27 et 28 Mai 1998,

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- La prise en charge gratuite par l'Etat des malades atteints de certaines maladies (tuberculose, malnutrition...);
- Le développement des centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.) et des centres d'hygiène scolaire pour renforcer la politique de protection maternelle et infantile ;

Cette phase a permis de développer l'offre de soins et de lutter contre les grands fléaux épidémiques, ce qui a permis l'amélioration de l'état de santé de la population<sup>10</sup>.

## II.2 La période 1974 à 1986

L'Etat déclarait l'instauration de la médecine gratuite à partir de janvier de 1974 (ordonnance 73,65 du 28 décembre 1973) dans l'ensemble des services publics<sup>11</sup>. Désormais toute la population est couverte sans exceptions cela est confirmé deux ans après dans la charte nationale qui stipule : « L'Etat à la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population »<sup>12</sup>.

Sur le plan de l'état de santé de la population, cette période est caractérisée par une amélioration notable qui s'est traduite par :

- L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance (63 ans en 1985 contre 50 ans en 1962) ;
- La diminution du taux de mortalité générale (7 ‰ en 1988 contre 15,9‰ en 1966) ;
- La diminution du taux de mortalité infantile (79 ‰ en 1985 contre 180‰ en 1962) ;

Par contre, sur le plan épidémiologique, la baisse notable de certaines maladies transmissibles, grâce aux programmes nationaux de santé (lutte contre la tuberculose, la malnutrition, programme élargi de vaccination...).

## II.3 La période 1986-2002

La politique mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers et de l'endettement de l'Algérie, ainsi que

---

<sup>10</sup> AMALOU.M : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009,

<sup>11</sup> AMALOU M (2009), Op, Cit.,

<sup>12</sup> OUFRIHA F-Z : *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, Alger, 1992

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

l'augmentation de la demande des soins en raison de la gratuité des soins. Le programme de la santé connaît un net recul dès 1986/1987, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

En 1994, le Fond Monétaire International (FMI) impose à l'Algérie le programme d'ajustement structurel (PAS) dont l'objectif est de réduire les importations des médicaments ainsi que les dépenses de santé.

## II.4 La période de 2002-2011

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales.

Pendant cette période, les transitions épidémiologique et démographique se poursuivent :

- Progression accélérée des maladies non transmissibles (pathologies dites modernes) : maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires et cardiovasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen ;
- Vieillesse de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie.

## III. Le financement de système national de santé :

### III.1 Financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement sont les suivantes : l'Etat, les caisses de sécurité sociale, les ménages, les mutuelles et les collectivités locales<sup>13</sup>.

#### III.1.1 L'Etat :

L'Etat prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipement alloués annuellement au ministère de la santé et de la population<sup>14</sup>. Différents programmes de

---

<sup>13</sup> RT. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

<sup>14</sup> ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012,

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

prévention et de lutte contre les principales maladies ont été entrepris et de gros investissements liés à la construction des établissements publics sanitaires et hospitaliers sont pris en charge par l'Etat.

## III.1.2 La sécurité sociale :

La sécurité sociale couvre les assurances sociales qui offrent des prestations aux profits des assurés. Elle prend en charge le remboursement des médicaments (80% du taux de responsabilité et 100% pour certaines pathologies comme les maladies chroniques) et des soins des patients transférés à l'étranger.

## III.1.3 Les ménages :

La participation des ménages au financement prend plusieurs formes : le ticket modérateur, quant aux ménages non assurés ils prennent en charge la totalité des frais de médicaments,

## III.1.4 Les mutuelles :

L'article 06 de la loi 90-33 ne stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement publics, d'entreprises publiques et privés et les personnes exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles<sup>15</sup>. Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses des adhérents et ayant droit.

## III.1.5 Les collectivités locales :

Les collectivités locales participent au financement de la santé à travers le financement des actions de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire.

## III.2 Le financement de secteur public de soins :

### III.2.1 Le système initial de financement de secteur public :

Le secteur public compose de l'ensemble des hôpitaux et des quelques structures légères de soins (dispensaires généraux ou spécialisés comme les D.A.T. : dispensaires antituberculeux et anti trichomateux...peu développées alors, était financé théoriquement par trois sources distinctes et complémentaires correspondent ou trois catégories de malades qui pouvaient fréquenter l'hôpital.

---

<sup>15</sup> MSPRH: *Compte nationaux de la santé de l'Algérie*, Années 2000-2001, mai 2003,

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- **Les ressources propres :**

Elles devaient provenir des paiements effectués par les malades payants, c'est-à-dire possédant des ressources propres mais non couvertes par un régime quelconque d'assurances sociales (professions libérales, commerçants, artisans, indépendants etc...) à la suite de leur hospitalisation.

Elles vont être tout ou long de la période 1963-1973, faibles et n'ont jamais sembles-t-il représenté plus de 10% des ressources des hôpitaux. Sans que l'on sache si cela correspond au recrutement dans ces catégories ou à une part de non-paiement.

- **Les remboursements de frais :**

Ils devaient provenir des assurances sociales du fait des soins dispensés aux assurés ou à leurs ayants-droits hospitalisés.

Ces remboursements étaient calculés sur la base d'une tarification ayant comme support un prix de journée fixé annuellement par les autorités de tutelle à un niveau bas, et prenant appui sur celui de l'année écoulé, mais ne couvrant pas toutes les charges.

En fait, les assurances sociales, en particulier le régime général, vont se révéler de mauvais payeurs et ce, par le biais d'une clause édictée dans un souci de bonne gestion financiers : celle de la prescription biennale des recouvrements émis contre elles. Car ces derniers, suite aux désorganisations postindépendance, compte-tenu de leur niveau d'encadrement et donc des lenteurs de gestion qui vont s'ensuivre, vont s'y heurter fréquemment. Sans que l'on ait évalué, toutefois le manque à gagner, encouru par les hôpitaux qui n'envoient pas à temps leurs créances<sup>16</sup>.

- **Les avances**

Elles émanent du trésor pour le compte de l'Etat et de la caisse de solidarité des départements et communes pour le compte des collectivités locales. Elles représentent le financement des personnes relevant de l'assistance médicale gratuite. Le trésor devant couvrir

---

<sup>16</sup>OUFRIHA Fatima Zohra, CETTE CHÈRE SANTÉ, une analyse économique du système de soins en Algérie, centre de recherche en économie appliqué pour le développement (C R E A D),

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

85% de ces dépenses, les 15% restants étant à concurrence de 8% à la charge des départements et de 7% des communes.

Dans la réalité, ce financement par le canal budgétaire qui ne devait couvrir théoriquement qu'une fraction restreinte des dépenses, ou pour être plus exact, qui ne devait prendre en charge que les dépenses d'hospitalisation occasionnées par une catégorie spécifique de malades : les indigents qualité devant être dûment établie, moyennant carte d'indigénèses, devenir la source non pas exclusive, mais prépondérante, du financement des structures. En fait, et plus exactement, des ressources hospitalières sur lesquelles se focalisent les problèmes financiers les structures légères, peu nombreuses alors, relevant pratiquement toutes de l'A.M.G.

Cette situation a été le résultat, non voulu, comme produit de la difficulté de recouvrement des créances émises par les hôpitaux.

- Soit auprès des malades payants : en effet ces dernières ne sont pas exigées à la sortie de l'hôpital du malade, mais envoyées pour recouvrement à l'adresse indiquée par ce dernier. Suite aux changements fréquents de résidence de la population au lendemain de l'indépendance, ce mode de recouvrement va se révéler particulièrement aléatoire, sinon franchement inopérant, du fait qu'une partie des malades hospitalisés donne alors sciemment une fausse adresse : c'est donc l'impasse de ce côté-ci.
- Soit de fait de la sécurité sociale qui, comme nous l'avons vu plus haut, oppose systématiquement la prescription biennale pour des créances, qui arrivent trop souvent au-delà de deux ans.

Au niveau public, le problème du coût de la santé est alors essentiellement posé et perçu en termes de déséquilibres financiers des hôpitaux et donc des modalités de financement de ces derniers<sup>17</sup>.

Notons d'ores et déjà, que l'hôpital est quasiment gratuit déjà puisque la contribution des malades payants est faible d'une part et d'autre part elle est en de ça de ce que ces derniers devraient payer et que l'essentiel est financé par le biais du budget de l'Etat.

---

<sup>17</sup> OUFRIHA Fatima Zohra, Op. Cit.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## III.2.2 Le système actuel de financement du secteur public :

- **L'instauration de forfait hospitalier**

L'instauration de la gratuité des Soins au sein du secteur public en 1974 ne va pas se traduire par une unification de financement des dépenses. En fait la question du financement n'a pas été abordée avec précision, il est simplement affirmé que « l'Etat et les organismes publics qui en dépendent, financent les secteurs sanitaires ». La multiplicité voire l'hétérogénéité des sources de financement est maintenue.

Néanmoins les modalités et règles de participation au financement des différents gens vont être unifiées.

Tout d'abord il ne sera plus question de malades payants, d'indigents d'assurés sociaux... l'accès n'y est plus subordonné à un débours immédiat et préalable à tout recours aux soins.

C'est donc une libération de la demande dont on verra plus loin les expressions, car dans les mesures où on ne spécifie pas le contour de ce qui va être gratuit, un certain nombre de tendances dont certaines inscrites déjà en filigrane, vont produire tous leurs effets, tandis que la dynamique des groupes sociaux dominants en émergence va lui conférer d'autres inflexions.

Cependant l'obstacle financier pour l'accès aux soins étant levé au plan individuel, il est reporté au plan collectif et se pose en termes de financement du secteur public de soins. Deux solutions types étaient alors théoriquement possibles.

- Dans la mesure où le budget de l'Etat finançait déjà largement le fonctionnement de secteur, on aurait pu concevoir son extension et donc établir une budgétisation et donc une fiscalisation complète des dépenses pour soins. Ce qui avait pour avantage de faire participer au financement toutes les catégories de revenus et d'activités en fonction de leur capacité contributive et d'établir une solidarité élargie à l'échelle de la nation. Restait alors posé le rôle et le devenir de la sécurité sociale... question sur laquelle l'impasse a été totale.
- On aurait pu le faire financier par les assurances sociales complètement aménagées quant à leurs principes, et leur mode de fonctionnement. Il fallait alors trouver les modalités de participation au financement des deux principaux bailleurs de fonds.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

Le budget de l'Etat participe désormais à ce financement moyennant une subvention : c'est une contribution automatique et préétablie, fixée quel que soit par ailleurs le volume de soins ou le nombre de personnes fréquentant l'hôpital.

La sécurité sociale, en fait le régime général, fut astreinte aussi à une participation globale et forfaitaire dont le recouvrement incombe au trésor.

Ainsi donc est supprimé l'ancien système de gestion hospitalière basé sur une tarification hospitalière en termes de journée d'hospitalisation. Il permettait de suivre au moins les catégories de dépenses, mais constituait, un mauvais indicateur de résultats dans la mesure où la tarification poussait à la multiplication des journées pour avoir le maximum de journées et donc de crédits correspondants. Celles en fin ou en début d'hospitalisation étant les moins onéreuses car comportant le moins d'actes.

A la place, on instaure un budget global, forfaitaire, annuel réparti en titres de dépenses (personnel médicament...) dans le cadre de la loi des finances, non en fait aux hôpitaux mais au secteur sanitaire constitués. Mais sans règles précises de gestion (en fonction d'objectifs précis) de contrôle ni d'affectation des ressources. Sans moyen d'action ni d'investigation à quelque niveau que soit, en particulier pour savoir ce qui « revient » aux hôpitaux par apport aux structure extrahospitalières, pour savoir aussi ce qui revient aux différentes catégories de maladies...en termes de formation des coûts, on peut dire que l'intégralité des dépenses deviennent de ce fait des couts fixes non reliés d'une façon ou d'une autre au volume d'activité ou aux résultats appréhendés d'une façon ou d'une autre. Financement aveugle dont les résultats financiers vont être particulièrement lourds.

## Section 2 : Les problèmes de secteur de soins public algérien :

Le secteur public de soins algérien avec tous ce qu'il dispose afin de satisfaire les besoins de la population et se trouve incapable de satisfaire la demande de soins, et cela reviens aux problèmes qu'il rencontre.

Malgré les points positifs marqués par le système national de santé. Une infrastructure importante et bien répartie, des professionnels nombreux, des programmes de santé publique de plus en plus performants et une relative accessibilité financière, ce dernier est confronté à des contraintes et des faiblesses indéniables<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> MSPRH, état de santé des algériennes et des algériens, rapport annuel, 7 AVRIL 2002.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## II.1. Problèmes liés à la gestion et à l'organisation :

La gestion des hôpitaux publique réserve 80% à 90% du budget c'est pour le personnel hospitalier (pour leurs paye). Cette même gestion manque de contrôle et suspecter de transactions. Centralisation de gestion et de contrôle.

Surconsommation des prestations et médicaments (gaspillage) Patients moins responsabilisés sur la gestion et le contrôle du système Contribution directe de plus en plus importante Problèmes de gestion et financement insuffisant.

Une injustice entre les différentes régions : déséquilibre dans la distribution des moyens (matériels, personnels, les produits pharmaceutiques...), en plus de manque de maintenance.

## II.2. Problèmes liés au financement :

Parmi les difficultés que le système de santé public algérien traverse est :

**Le manque de financement** : le budget de la santé représente 410 672 millions dinars (1,98% du budget publique) par contre mondiale es 9.9%, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire c'est 5,6%.

La non-maitrise des dépenses, et l'accumulation de dette dans le secteur. L'Algérie est classé le 71 dans l'échelle mondiale dans les dépenses sur le secteur sanitaire.

## II.3. Problèmes liés aux conditions sanitaires :

L'Algérie traverse une transition sanitaire révélée par plusieurs études. En effet, l'Algérie fait face à deux types de problèmes sanitaires le premier est le lot des maladies infectieuses qui sévissent dans les pays pauvres et le second est constitué des maladies non transmissibles pays riches.

Le profil épidémiologique de l'Algérie demeure marqué à la fois par la persistance des maladies transmissibles, dont certaines sévissent encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celles liées à l'environnement social et aux modes de vie.

## II.4. Problèmes liés aux infrastructures :

Les établissements publics algérien sont déséquilibrés dans leurs infrastructures, car ils sont males agencé, et de plus ils y une injustice de développement entre les hôpitaux des

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

régions on trouve des infrastructures plus développées et plus équipées dans des régions et dans d'autres y presque rien.

## II.5. Problèmes liés à la formation :

Dans les établissements publics algériens les médecins et les personnels médicaux en générale se plaignent de manque de formations ainsi de manque de prime de motivation afin que ce dernier donne une meilleure prestation.

## Section 3 : les réformes sur le système de soins en Algérie.

### III.1. Une opportunité historique

#### III.1.1. Une aspiration constante de tous les acteurs et usagers de la santé

Notre système national de santé, malgré les efforts et les acquis indéniables, demeure une préoccupation et un motif d'insatisfaction aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les professionnels de la santé, les partenaires sociaux, la société civile et les citoyens. Cette aspiration a été de nouveau exprimée avec force par l'ensemble des acteurs de la santé rencontrés durant de la première étape du dialogue et de la concertation engagée depuis le mois d'août 2020<sup>19</sup>.

#### III.1.2. Une nécessité accélérer par la pandémie du COVID 19

Par ses multiples impacts, la pandémie du Covid- 9 est venue rappeler la nécessité de repenser tous les systèmes de santé dans l'objectif d'une plus grande résilience face aux crises sanitaires de nature à permettre aux acteurs de santé, aux institutions et à la population d'avoir les capacités de se préparer et de riposter avec efficacité à ces crises, de maintenir les fonctions fondamentales dès la survenue d'une crise et de se réorganiser à partir des enseignements tirés durant la crise.

La pandémie actuelle est venue révéler, malgré le fort engagement des pouvoirs publics et la mobilisation sans précédent des professionnels de la santé, non seulement les limites du système de santé actuel mais également la gravité de la menace pandémique sur la sécurité

---

<sup>19</sup> Secrétariat d'état chargé de la réforme hospitalière, LA REFORME HOSPITALIERE cadre conceptuel et démarche opérationnelle, Mars 2021.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

nationale tant les conséquences de cette pandémie ont été à la fois sanitaires mais également économiques et sociales<sup>20</sup>.

## III.1.3. Un cadre politique et législatif

Ce processus de réforme hospitalière est d'autant plus facilité qu'il dispose actuellement du cadre référentiel offert par la nouvelle constitution promulguée par Monsieur le Président de la République qui stipule dans son article 63 « l'Etat veille à assurer au citoyen a protection de sa santé notamment des personnes démunies ainsi que la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ».

Le programme d'action du gouvernement qui accorde à la modernisation du service public de santé et à l'amélioration de l'accès aux soins une priorité affirmée. La nouvelle loi sanitaire n°18-11 du 18 Choual 1439 correspondant au 02 juillet 2018 qui est venue : réaffirmer le droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain d'une part et le principe de la gratuité des soins dans le secteur public d'autre part apporter des modifications et des innovations dans l'organisation et le fonctionnement du secteur public et du secteur privé d'une part et dans le financement d'autre part.

## III.2. Elément d'analyse et de réforme du système national de système de santé

### III.2.1. Des atouts du système national de santé qu'il importe de consolider

#### III.2.1.1 Une approche fondée sur le souci de la consécration de droit de la santé

La protection de la santé des citoyens a été et reste un droit constitutionnel réaffirmé dans toutes les constitutions depuis L'indépendance, il est stipulé dans l'article 63 « l'Etat veille à assurer au citoyen la protection de sa santé notamment des personnes démunies ainsi que la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ».

Cette politique, fondée sur la volonté des pouvoirs publics de mettre en œuvre le droit fondamental de chaque citoyen à la santé, a fait de l'accès universel aux soins l'objectifs principal. Pour cela, la stratégie nationale a reposé sur :

- L'instauration en 1974, de la médecine gratuite ;

---

<sup>20</sup> Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du Oovid-9 quels enseignements sur ses défaillances. Z. Snoussi. Cahiers du CREAD Volume 36 n°03 2020

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- La mise en œuvre de programmes sanitaires successifs ;
- Le rôle pivot accordé au secteur public ;
- La mise en place d'un système de protection sociale.

## III.2.1.2 Une approche globale prenant en compte l'intérêt d'agir sur les déterminants sociaux de la santé

Notre pays a considéré la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé comme un axe stratégique du plan de développement de l'Algérie. Cette action sur les déterminants sociaux de la santé, Compte tenu du caractère nécessairement intersectoriel de la protection et de la promotion de la santé a notamment porté à titre d'illustration sur<sup>21</sup> :

- L'éducation ;
- L'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

## III.2.1.3. Des résultats globaux encourageants

Les investissements considérables et les efforts consentis ont permis à l'Algérie de relever de nombreux défis et d'obtenir des résultats encourageants.

Les progrès enregistrés du fait de l'impact bénéfique du développement socio-économique et des programmes de prévention sur l'état de santé de la population sont illustrés, notamment, par<sup>22</sup> :

- L'amélioration indiscutable des indicateurs sanitaires ;
- Le net recul voire élimination de certaines maladies transmissibles prévalentes ;
- L'amélioration également de la couverture sanitaire ;
- Le développement d'une expertise nationale.

## III.3. Des faiblesses et des contraintes du système de santé en Algérie

Le système de santé algérien, organisé autour du secteur public et privé est confronté aujourd'hui à plusieurs problèmes qui rendent d'une part le malade algérien insatisfait des

---

<sup>21</sup> Idem.

<sup>22</sup> Idem.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

prestations de soins offertes et d'autre part l'offre et l'accès aux soins difficiles. Une offre qui est très étendue mais appelée à s'adapter aux nouveaux défis sanitaires<sup>23</sup>.

## III.3.1 Des dysfonctionnements multiples et récurrents dans différents domaines d'activité à différents niveaux de gouvernance et niveaux de services<sup>24</sup>

### ✚ Des faiblesses et des contraintes dans l'accès aux soins

Qui portent principalement sur :

- La difficulté d'accéder aux structures du secteur public, en particulier, aux consultations spécialisées et aux explorations ;
- Les conditions d'organisation de l'accueil, de l'orientation et de la prise en charge des patients dans le cadre de l'urgence ;
- La qualité de l'accueil et de l'hébergement dans les structures Hospitalières ;
- La perte du continuum de soins et la hiérarchisation des soins dans le secteur public ainsi que la problématique de l'intégration et de la complémentarité du secteur privé de santé.

### ✚ Des faiblesses et des contraintes dans la gestion et le fonctionnement

Liées notamment :

- À la centralisation du niveau décisionnel avec pour corollaire une gestion non participative ;
- Des systèmes de base des établissements de santé qui ne permettent pas une gestion souple de l'impact, leur permettant de s'adapter à l'état de santé de leur bassin de population et de développer une réponse rapide aux demandes et besoins exprimés en termes de ressources. Matériaux, produits pharmaceutiques, ressources humaines et maintenance ;
- À l'absence d'outils de planification et de gestion des prestations fournies par les différents services médicaux, médicotechniques de l'établissement ;

---

<sup>23</sup> MAHFOUD Nacera, LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES, THÈSE Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN SCIENCES Filière : Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université A.MIRA-BEJAIA, 2018 / 2019.

<sup>24</sup> Société Algérienne de Médecine La réforme du système de santé. 2001

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- Une faible intégration du secteur privé, dont l'expansion a été anarchique et n'a pas respecté les principes d'intégration et de coordination avec le secteur public d'une part et d'autre part, car sa pratique reste régie par la responsabilité économique directe. ;
- Développement insuffisant des outils informatiques, notamment en termes de gestion des services médicaux, de gestion administrative et financière, ainsi qu'en termes de connectivité au réseau du système national d'information sanitaire ;
- L'absence de système d'évaluation externe et d'audit pour identifier les insuffisances et mettre en œuvre les ajustements nécessaires.

## **Des faiblesses et des contraintes en matière de financement**

Liées notamment :

- Aux sources de financement basées sur l'état et la sécurité sociale d'une part et d'autre part sur les ménages dont la participation est de plus en plus importante créant ainsi une situation qui bat en brèche le principe de la « gratuité de la médecine » dès lors que les soins payants, non remboursés ou faiblement remboursés, pèsent de plus en plus lourd sur la bourse de ces ménages créant ainsi de facto des inégalités dans l'accès aux soins ;
- Au mode de financement basé sur « le forfait hôpitaux » sans aucune évaluation ni a priori ni à posteriori et au découplage entre le budget de fonctionnement et le budget d'investissement ;
- Aux capacités de gestion et au mode d'allocation des ressources faisant prévaloir la logique des structures sur celle des activités ;
- À la répartition des ressources financières souvent inadaptées et insuffisantes à l'origine notamment d'un endettement de plus en plus important.

## **Des faiblesses et des contraintes en matière d'information sanitaire**

Liées notamment :

- À la lourdeur du circuit de l'information et à la faible retro-information ;
- Au non renseignement systématique des supports habituels d'information et à la perte des réflexes de transcription obligatoire des tâches (fiches navettes, registres...) et de déclaration obligatoire des maladies transmissibles ;

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- Au morcellement et au cloisonnement de l'information et l'absence de connexions entre les sous-systèmes.

## **✚ Des faiblesses et des contraintes en matière de ressources humaines, de formation et de recherche**

Liées notamment à :

- La large démotivation des personnels de santé toutes catégories confondues voire leur départ en nombre en raison de leurs conditions de travail et de la gestion de leur mode d'exercice et de leurs carrières avec des statuts peu valorisant ;
- L'inadéquation entre le contenu et les profils de formation des professionnels de santé avec les compétences exigées pour répondre aux besoins de santé de la population ;
- La qualité inégale de la formation offerte dans les différentes filières de formation des professionnels de santé selon les lieux de formation ;
- La faiblesse dans la planification et l'organisation de l'affectation des professionnels de santé formés quel que soit leur mode d'exercice ;
- La faible part accordée à la recherche dans les sciences de la santé.

### **III.4. Des défis multiples actuels et futurs qu'il importe de relever<sup>25</sup>**

La transition sanitaire et démographique et les changements politiques et socio-économiques que notre pays a connu d'une part et les progrès scientifiques et technologiques avec la mondialisation et les nouvelles menaces sur la sécurité sanitaire d'autre part constituent autant de défis et rendent incontournable la nécessaire adaptation de notre système national de santé.

#### **III.4.1. Des défis globaux résultant de la transition sanitaire et démographique qui constituent une tendance lourde et durable**

Les principales causes affectant l'état de santé principalement, de la transition sanitaire que connaît notre pays à travers<sup>26</sup> :

---

<sup>25</sup> Ministère de la santé et de la population : développement du système national de santé stratégies et développement. Mai 2001

<sup>26</sup> Perspectives de la réforme : expériences étrangères. Septembre 2002

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- La transition démographique, d'une part, la population a quadruplé en 50 ans, et d'autre part une augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 49 ans en 1962 à 77,8 ans en 2019, entraînant une augmentation du nombre de personnes âgées avec leurs besoins démographiques et des résultats spécifiques en matière de santé :
- Changement de mode de vie dû aux efforts de développement, à l'urbanisation et à la perturbation des habitudes et comportements de la population (restauration rapide, véhicule sédentaire, télévision.) qui posent de nombreux facteurs de risque de maladies non transmissibles de plus en plus préoccupantes.
- Le nombre élevé d'accidents et de traumatismes liés aux conditions de vie et de travail.
- L'émergence de risques sanitaires résultant des changements environnementaux et climatiques.

Cette transition sanitaire rend compte de l'intérêt primordial qu'il conviendra d'accorder aux problématiques :

- De la demande accrue de soins générée ;
- Du coût des soins de plus en plus importants ;
- De la maîtrise des processus de gestion et de l'amélioration de la performance des établissements de soins ;
- De l'intersectorialité ;
- De l'équité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins de qualité.

## III.4.2. Des défis résultant de la mise en œuvre des actions de réforme passées qu'il importe de prendre en considération

Les résultats de l'analyse de la situation du système de santé, il convient d'avoir à l'esprit que des contraintes et des difficultés souvent structurelles ont déjà été identifiées dans la mise en œuvre des actions de réformes antérieures.

Il s'agit principalement <sup>27</sup>:

- Du déficit en termes de capacités techniques et administratives pour formuler et piloter les stratégies de réforme ainsi que pour coordonner les programmes en faveur de l'efficacité des investissements consentis,
- De l'absence d'un système d'information global et intégré permettant

---

<sup>27</sup> Idem.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- ✓ L'identification précise des besoins en santé,
- ✓ L'évaluation de la performance sur la base de tableaux de bord et d'indicateurs précis permettant d'assurer un suivi en continu des programmes de santé,
- ✓ La planification stratégique des infrastructures, des moyens et des ressources humaines ;
- ✓ Un suivi épidémiologique efficace ;
- Des difficultés d'application sur le plan budgétaire de nombreuses mesures telle que la contractualisation<sup>28</sup>.

## III.4.3. Des défis qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire

### III.4.3.1. Défi de la gouvernance

De l'avis unanime, la méthode de jugement applicable constitue, bien que les investissements, un des principaux facteurs limitant la performance système national de santé.

Ce style de gouvernance se caractérise notamment par une centralisation excessive de la prise de décision, une faible participation des acteurs de santé, une faible autonomie de gestion et l'absence d'un cadre de régulation et d'évaluation. Dans le cadre de ce processus de réparation, il sera nécessaire de se concentrer spécifiquement sur<sup>29</sup> :

- Améliorer l'organisation et la gestion vers une réelle décentralisation dans la gestion et l'administration du système de santé ;
- Mettre en place le cadre et les instances de coordination et de régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- Introduire la culture de la pertinence et du résultat dans les pratiques managériales et de fonctionnement et renforcer la responsabilisation des acteurs de la santé ;
- Développer les outils de contrôle, d'audit et de suivi-évaluation ;
- Introduire les mécanismes d'accréditation et de certification dans la perspective de l'alignement sur les standards internationaux de qualité et de sécurité.

---

<sup>28</sup> Idem.

<sup>29</sup> Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspective, avril 2006.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## III.4.3.2. Défi de l'organisation l'offre de soins et de la répartition des ressources

Malgré les ressources investies, force est de constater que les inégalités de la répartition des ressources se poursuit et constitue une véritable source d'inégalité dans prendre soin. C'est le défi qui doit tenir compte de la nouvelle. Les enjeux régionaux dans l'approche de la santé.

En effet, la première partie de l'approche de la santé une approche d'actualité qui devrait consister à recueillir sur les régions n'est pas seulement exprimer une réalité sanitaire avec des besoins divers selon les régions géographiquement mais aussi comme espace de décision et d'orientation d'une part et d'autre part, comme espace d'organisation des services de santé.

Ce défi inclut une vision renouvelée de la carte sanitaire qui doit être conçue comme élément de référence et d'appui au développement sain du pays et l'instrument normatif du plan d'un organisme de santé qui doit, notamment, s'assurer :

- Assurer de façon équitable la prise en charge sanitaire des bassins de population à travers tout le territoire national avec un intérêt particulier pour l'offre de soins dans les régions et les zones spécifiques d'une part et pour les urgences et la santé de proximité d'autre part ;
- Faire émerger des pôles de pilotage au niveau régional voire local qui deviendront des espaces de dialogue, de participation, de choix et de décision en matière d'offre de soins
- Normaliser les effectifs, les infrastructures et les équipements ;
- Développer les structures de référence notamment pour les soins de haut niveau, les réseaux de Soins et les partenariats.

## III.4.3.3. Défi de l'intersectorialité

La collaboration intersectorielle pour atteindre des objectifs de santé cohérents c'est l'un des principes directeurs de la stratégie de santé adoptée en conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, 1978).

Cependant, la cohérence et l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé mis en œuvre par différents secteurs confrontés à de multiples contraintes difficiles efficacité et portée du travail de santé, en particulier dans les domaines de travail sur les déterminants sociaux de la santé, la prévention et la promotion la santé<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Idem.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

Dans ce cadre, Il s'agira, pour tous les secteurs, de :

- Considérer la santé comme une partie intégrante du processus de développement socioéconomique du pays et par conséquent comme un investissement
- Surmonter les cloisonnements traditionnels existants à l'intérieur même des pouvoirs publics, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales et entre le secteur public et le secteur privé ;
- Développer l'indispensable coopération entre les acteurs de santé par la création de nouveaux partenariats à tous les niveaux de la gestion des politiques publiques en faveur de la Santé en intégrant les problématiques sanitaires liées à l'environnement et au climat.

## III.4.4. Des défis liés aux menaces pour la santé

### III.4.4.1. Défis liés aux maladies contagieuses

La lutte contre les maladies transmissibles constitue un défi permanent dominé par le risque d'émergence et/ou de réémergence de ces maladies d'une part et les menaces pandémiques d'autre part. Il s'agit, dans ce cadre de<sup>31</sup>;

- Consolider et renforcer les programmes nationaux de santé qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes.
- Développer de nouveaux programmes de prévention.
- Développer le dispositif de veille, d'alerte épidémiologique et de riposte.

### III.4.4.2. Défis liés aux maladies non contagieuses

Les maladies non transmissibles constituent actuellement un problème de santé publique mondial majeur et la problématique générale, en Algérie, résulte de la transition qui a connu notre pays.

Ce défi majeur repose sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte intégrée et multisectorielle prenant en compte les déterminants sociaux, comportementaux, environnementaux, climatiques, économiques et axée avant tout sur la prévention.

Dans ce cadre, il s'agit, pour notre pays, de :

---

<sup>31</sup> Rapport intérimaire sur les stratégies de santé publique et la sécurité sanitaire nationale. Octobre 2010

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- Développer avec les secteurs institutionnels et la société civile la stratégie nationale visant à créer un environnement favorable à la santé
- Développer un système de Surveillance et de suivi permettant de disposer de données fiables et standardisés
- Promouvoir le dépistage des maladies non transmissibles prévalentes comme action prioritaire
- Consolider ci/ou développer des plans ct/ou programmes de lutte ct de prise en charge des pathologies prévalentes.

## III.4.5. Des défis transversaux connexes

Le défi de la sécurité sanitaire, au demeurant complexe, passe également par la prise en compte d'un certain nombre de défis transversaux connexes.

Il s'agit principalement des défis, ci-dessous, présentés<sup>32</sup>.

### Défi de la ressource humaine

Il est marqué par une démotivation de plus en plus importante des professionnels de la santé en raison de leurs conditions de travail, de la progression dans leur carrière et leurs statuts dont le système de rémunération et les perspectives d'évolution demeurent peu attractifs.

Ce défi qui conditionne la réussite du processus de réforme dès lors que la ressource humaine est le facteur essentiel du changement, passe, notamment, par la nécessité :

- D'améliorer les conditions d'exercice et la progression des carrières de toutes les catégories des professionnels de la santé avec l'introduction d'un dispositif intéressement motivant et de mesures incitatives qu'il conviendra de définir durant ce processus de réforme ;
- De repenser le contenu et les profils de formation des professionnels de santé avec les compétences exigées pour répondre aux besoins de santé actuels et futurs de la population ;
- D'assurer une formation de qualité dans les différentes filières de formation des professionnels de santé selon les lieux de formation tout en développant les moyens pédagogiques modernes (télémédecine, simulation...)

---

<sup>32</sup> Idem.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- D'institutionnaliser la formation continue ;
- D'adapter la planification et l'organisation de l'affectation des professionnels de santé formée quel que soit leur mode d'exercice selon les besoins des différents bassins de population.

## **Défi lié à l'introduction des nouvelles technologies en matière de santé**

Dans la mesure où elles offrent d'immenses perspectives en termes d'amélioration des prestations de santé au profit des patients. Cependant, l'enjeu majeur demeure l'adoption de technologies médicales efficaces et efficientes les plus adaptées non seulement à nos besoins mais à nos moyens.

## **Défi de la sécurité pharmaceutique et de la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité**

La sûreté pharmaceutique et sécurité d'approvisionnement en produits médicaux. La qualité de la santé est un enjeu très problématique du point de vue d'un point de vue thérapeutique, éthique et économique. Il doit être construit en priorité parce qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique pour l'accès aux soins qualité et performance des programmes de santé.

Ce défi stratégique, dans lequel l'Etat doit rester souverain dans les choix stratégiques, passe par l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique rénovée tenant compte des besoins et des moyens du pays qui portera, notamment, sur

- Les prescripteurs ;
- Les acteurs de la pharmacie ;
- Les médicaments essentiels ;
- Les référentiels thérapeutiques ;
- L'industrie pharmaceutique ;
- L'information sanitaire en direction de la population.

## **Défi de la sécurité des patients et la protection des professionnels de la santé vis-à-vis du risque infectieux en milieu de soins**

Dans la mesure où les infections en milieu de soins par leur gravité, leur charge de morbidité et l'importance de leur impact économique constituent un fardeau, au demeurant évitable, pour les systèmes de santé. L'enjeu consistera à :

- Adopter et mettre en œuvre les stratégies pour prévenir les infections liées aux soins ;

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- Implémenter la sécurité et la sûreté biologique dans les laboratoires.

## ✚ Défi du développement de la recherche en santé :

Dans la mesure où la recherche avec formation est nécessaire à tout développement et à tout progrès, d'autant plus que c'est l'un des meilleurs investissements dans la santé pour améliorer la qualité des services de santé et des activités de prévention qui assurent une meilleure gestion des problèmes de santé de la population.

Il s'agira, dans ce cadre, notamment, de s'appuyer sur

- ✓ Le développement de la formation en méthodologie de la recherche,
- ✓ La facilitation de l'accès aux projets de recherche et leur orientation vers des objectifs opérationnels en rapport avec les défis du système national de santé,
- ✓ Un financement conséquent et accessible.

## ✚ Défi du développement de la communication et de la participation communautaire

Dans la mesure où il constitue un axe stratégique nouveau dont l'un des enjeux consiste à identifier les canaux à travers lesquels la communication pourra s'établir entre tous les intervenants afin de permettre une plus grande implication multisectorielle. Une réelle participation communautaire et la promotion des initiatives locales.

### III.5. Mesures opérationnelles à court et moyen terme

#### III.5.1. Mesures visant à mettre en place les outils de la réforme hospitalière et à préparer l'environnement

##### III.5.1.1. La contractualisation

Le principe de la contractualisation consiste à redéfinir le rôle de l'Etat dans le système de santé et la nature des relations entre les Organismes de la sécurité sociale et les établissements de la santé en matière de financement<sup>33</sup>.

Le principe de la contractualisation est une priorité gouvernementale et qu'elle a un rôle déterminant dans l'amélioration des performances du système de santé et la responsabilisation

---

<sup>33</sup> MAHFOUD Nacera, LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES, THÈSE Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN SCIENCES Filière : Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université A.MIRA-BEJAIA, 2018 / 2019.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

des différents acteurs intervenants, L'approche retenue devra s'appuyer sur une large concertation avec toutes les parties prenantes. Il s'agira, dans ce cadre, de<sup>34</sup> :

- Poursuivre la mise en œuvre de la feuille de route de compte sectoriel pour la contractualisation du MSPRH ;
- Réactivation du compte intersectoriel de sécurité sanitaire ;
- Mettre à jour le nom et les prix des entreprises de parrainage ;
- Lancement et mesure des opérations pilotes complètes ;
- De nature à éviter tout dérapage des dépenses de santé par la création des conditions d'une inflation des actes médicaux.

## III.5.1.2. Les comptes nationaux de la santé

Ils constituent un outil nécessaire pour l'analyse efficace du financement de la dépense nationale de santé. Leur mise en place, prévue dans l'article 338 de la loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé.

- Aura pour objectifs :
  - ✓ D'apprécier l'ampleur du financement utilisé (public et privé) ;
  - ✓ D'identifier et d'évaluer les capacités des différentes sources de financement et leur contribution (Etat, caisses de sécurité sociale, ménages, collectivités locales, entreprises économiques.) ;
  - ✓ D'analyser la répartition de ces ressources entre les différents prestataires (public, parapublic, privé).
- Permettra notamment de répondre au besoin d'information pour la prise de décision en matière de politique sanitaire et d'appuyer le processus de réforme en tant qu'outil d'évaluation des stratégies mises en œuvre et de leurs impacts.

Dans ce cadre et sur la base de l'expérience initiée en 2001, il s'agira, dans une première étape de :

- Créer un comité intersectoriel chargé des comptes nationaux de la santé
- Lancer le processus de préparation de ces comptes nationaux de la santé.

---

<sup>34</sup> Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière Réforme hospitalière- Rapport final, Septembre 2003.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

## III.5.1.3. La simplification et la dématérialisation des procédures

Elle entre dans le cadre de la politique gouvernementale de lutte contre la bureaucratie compte-tenu de son impact néfaste sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle des usagers notamment dans un Secteur aussi sensible que celui de la santé. Elle s'appuiera sur la numérisation du secteur et devra être un véritable outil de transparence et d'amélioration de la proximité du service public de santé.

Il s'agira, dans une première phase, de procéder au recensement de l'ensemble des procédures administratives mises en place et de formuler, dans un cadre concerté, toutes les propositions d'assouplissement et d'allègement qu'il conviendra d'engager dans les meilleurs délais.

Ce processus a été, déjà, engagé et il est intégré dans le cadre du plan d'action du MSPRH. Il porte sur la poursuite du processus de lutte contre la bureaucratie à travers la simplification et dématérialisation des procédures concernant, notamment<sup>35</sup>:

- La formation : pré-inscription et inscription, demandes d'agrément, demandes d'équivalence des diplômes, délivrance de diplômes ;
- Les ressources humaines allègement des procédures de nomination et de désignation pour les postes prononcés par arrêté ministériel.

## III.5.1.4. La décentralisation

La gestion du système national de santé demeure caractérisée par son caractère centralisé qui a montré ses limites et engendré des multiples frustrations aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, la décentralisation est devenue un point nodal de la politique nationale de santé et une nécessité pour évoluer vers un système de santé performant, résilient et de qualité.

A court terme, le processus de décentralisation du droit de gestion sera lancé en tant que mesure traduisant la volonté des pouvoirs publics de faciliter les procédures aux professionnels et aux usagers de la santé. Ce processus a été, déjà, initié par le MSPRH et il porte, dans une première étape, sur les actes suivants :

---

<sup>35</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière Comptes nationaux de la santé de l'Algérie 2000-2001, Mai 2003.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

- Étude des projets de réalisation et mise en fonction des établissements de santé privés ainsi que la création des centres médico-sociaux ;
- Installation en cabinet privé des praticiens spécialistes, installation en officine ainsi que la nomination des directeurs techniques des établissements de santé privés ;
- Authentification des documents de santé ;
- Projets d'investissement et d'équipement inscrits à l'indicatif des établissements publics de santé<sup>36</sup>.

## III.5.2. Mesures visant à améliorer la connaissance de la situation pour l'aide à la décision

### III.5.2.1. L'audit de la gestion dans les établissements publics de santé

Pour faire face à la demande croissante de soins, les établissements publics de santé ont connu, au cours de ces dernières décennies, des investissements publics importants et des actions de réforme qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs assignés en termes d'amélioration de la prise en charge des patients d'une part et des conditions de travail des professionnels de la santé d'autre part.

En effet, les méthodes administratives et bureaucratiques appliquées dans ces établissements de santé ont abouti à des dysfonctionnements et à une augmentation des charges.

L'approche de modernisation du processus de réforme hospitalière dans le but d'accroître la flexibilité et le style de gestion participative nécessite d'abord une analyse de la situation objective qui définit tous les secteurs de la charge puisqu'il s'agissait de gestion administrative, technique, du personnel. Gestion financière, gestion des ressources, gestion des médicaments et des équipements, ainsi que gestion du dialogue social<sup>37</sup>.

### III.5.2.2. L'enquête sur la perception et les attitudes des usagers de la santé par rapport à l'offre de soins publique et privée

En effet le vécu, le ressenti et le degré de satisfaction des usagers vis-à-vis de l'offre de soins sont autant d'éléments qu'il importe de prendre en compte dans élaboration

---

<sup>36</sup> Idem.

<sup>37</sup> Perspectives de la réforme : Problématique de la gestion de l'établissement public de santé. Septembre 2002

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

de tout processus de réforme des lors que la satisfaction de l'utilisateur est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins de l'OMS.

Il s'agira d'intégrer dans le processus de réforme la diversité des besoins et des attentes des usagers de la santé qui reposent essentiellement sur une réponse technico-médicale vis-à-vis de leurs troubles, mais aussi sur une réponse psychologique et sociale vis-à-vis de la situation de rupture par rapport à leur environnement et à leurs contacts sociaux induite par la maladie qu'il importe de ne pas négliger.

## IV.5.2.3. L'enquête sur les dépenses de santé des ménages

Le processus de réforme dans sa double dimension de l'accès aux soins et de son financement nécessite, à cette étape, une connaissance approfondie de la consommation des ménages en prestations de santé de nature à disposer de données récentes, fiables et solides sur les filières de soins et le financement de la santé par les ménages.

Il s'agira de répondre à deux questions essentielles : à qui s'adressent les algériens pour se soigner ? Combien dépensent-ils pour les soins de santé ? Cette enquête devra, notamment, permettre de mieux connaître<sup>38</sup> :

- Les modes d'accès aux services de santé selon le statut du prestataire, la qualification du prestataire et le statut des usagers ;
- Les difficultés d'accès aux services de santé notamment géographiques (disponibilité des prestations) et financières ;
- Le niveau de dépenses de santé des ménages selon certaines caractéristiques des ménages et de la population enquêtée : âge, sexe, état matrimonial, lieu de résidence, revenu, catégorie socioprofessionnelle, type de couverture sociale ;
- Le niveau des dépenses de santé des ménages par nature (soins infirmiers, soins spécialisés /soins généraux, soins de santé mentale, soins de rééducation, hospitalisation. bien médicaux...) et/ou par pathologie.

La mise en œuvre du processus de réforme du système de santé national est maintenant nécessaire. Cette réforme est certes complexe mais elle bénéficie d'une volonté et d'un

---

<sup>38</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière financement de la santé en Algérie, Février 2004.

# Chapitre I : Le secteur public de soins en Algérie

engagement politiques affirmés au plus haut niveau de l'Etat et du gouvernement, elle se fonde sur un consensus social sur sa nécessité réaffirmée par toutes les parties prenantes, elle s'inscrit dans une démarche pragmatique, par étapes, basée sur une approche participative et consensuelle qui permettra au présent, appropriation et soutien de toutes les parties prenantes en cours de développement, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation.

## Conclusion

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa constitution de droit des citoyens à la protection de leur santé.

L'Algérie comme tous les pays a mis en évidence une stratégie de soins afin de satisfaire les besoins de la population, ainsi le système sanitaire public est le système de santé des algériens avec la gratuité des soins.

Le système de santé en Algérie est financé essentiellement par l'État, la sécurité sociale ainsi qu'une participation des ménages. Aujourd'hui, la charge devient trop pesante, surtout pour les moins nantis et les plus démunis.

On a conclu qu'en Algérie, n'y a pas un changement dans les dépenses consacrées au secteur de la santé (le financement de ce secteur reste insuffisant), malgré la demande de soins qui ne s'arrête pas de s'augmenter à cause de la transition épidémiologique qui est élevée, ainsi que la croissance démographique.

Ce qui conduit à l'augmentation des problèmes, et difficultés qui touchent les infrastructures, et les installations de santé, pour garantir la santé des malades ce qui reflète sur la qualité donnée.

Nous ne constatons que l'organisation du système de santé fait ressortir de nombreux dysfonctionnements. Et cela malgré tous les efforts consentis à ce jour, l'offre sanitaire algérienne reste inférieure aux besoins du pays, tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi qu'à l'offre en médicament.



*Chapitre II : le secteur privé de soins en  
Algérie*

### Introduction

Les problèmes de secteur de soins publique ainsi les insuffisances que présente ce secteur, de plus la perte de confiance de la part de la population en général, surtout du patient en ce secteur a précipité le processus d'ouverture du secteur de santé privé.

L'insatisfaction de peuples algériens vis-à-vis du service de soins public à donner naissance à un secteur plus active qui est le secteur de soins privé, ce dernier est créé pour couvrir le manque qui a du secteur de soins.

L'apparition des clinique médicale et les laboratoires d'analyse ainsi les médecines libérales états condamné par des lois strictes qui freine les capacités de e dernier.

Dans ce chapitre nous présenterons les obstacles que le secteur privé a rencontrés pendant son apparition jusqu'à son émergence, ainsi on découvrira son évolution, à la fin nous aborderons l'effet de la privatisation sur les établissements de soin public.

### Section 1 : L'évolution des établissements privés

La constitution d'un secteur hospitalier privé algérien a été rendue possible et encadrée à partir de 1988 par une série de lois et de décrets. Des créations de cliniques ont rapidement concrétisé cette opportunité et aboutissent aujourd'hui à un paysage hospitalier privé qui mérite d'être caractérisé. L'émergence et le développement de ces cliniques privées ont eu lieu dans un contexte propice, qu'il s'agisse de la situation macro-économique du pays ou de la configuration de son système de santé.

#### I.1 Un cadre légal des établissements privé dans le secteur de santé :

L'Algérie a autorisé les cliniques privées depuis une loi de 1988, qui avait été désignée par décret et arrêté jusqu'en 2007, par exemple, stipulant la forme juridique Les possibilités de ces institutions, la composition du conseil, leurs capacités Normes d'accueil ou techniques et sanitaires. Les conditions d'exploitation encadrées sont encore très courantes : il y a un encadrement interne, un nombre suffisant d'employés, du personnel médical et paramédical nommé, etc<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup>Ahcène et PEYRON, Article ZEHNATI, Christine. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement, Monde en développement 2015 (n°170), p.124. Consulté le 25/10/2017.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

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 établissements hospitaliers privés (EHP)<sup>40</sup>, l'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière<sup>41</sup>.

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 faibles.

### **I.2 Situation du secteur sanitaire privé en Algérie :**

Les données généralement inédites que nous pouvons collecter auprès des services du MSPRH donnent un aperçu quantitatif de l'émergence et du développement des cliniques privées.

#### **I.2.1 Nombre d'établissement :**

Depuis 1990, le nombre d'institutions n'a cessé de croître. Mais cela varie de temps en temps. De 1990 à 1992, une seule clinique médico-chirurgicale était ouverte chaque année. En 1997, 8 à 6 cliniques étaient utilisées chaque année. Cliniques ouvertes de 1998 à 2006 En moyenne, 14 cliniques sont ouvertes chaque année. Depuis 2007, la moyenne Créer 9 cliniques chaque année. En 2013, un total de 227 cliniques médicales et chirurgicales ont été ouvertes. Le nombre de cliniques médico-chirurgicales devrait continuer à augmenter : en 2010, 130 Le MSPRH examine la demande d'autorisation ouverte. Clinique Depuis 2002, les entreprises spécialisées en hémodialyse ont connu une forte croissance. Décidé de rembourser

<sup>40</sup> Journal officiel, 22 /10 /2007 <https://www.google.com/search?q...> (consulté le 23 /9 /2017)

<sup>41</sup> Ahcène et PEYRON, op. cit.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

intégralement le coût des soins d'hémodialyse La sécurité sociale rend cette activité privée attractive et sans risque. Oui 154 De telles institutions en 2013.

En 2005, d'après les statistiques du MSPRH, 3 165 lits privés étaient installés (soit 20 lits en moyenne par clinique), en 2010, 4 800 lits (soit en moyenne 15 lits par clinique). Cette diminution du nombre moyen de lits par établissement s'explique par la création croissante de cliniques de chirurgie ambulatoire. En 2009, 70% des cliniques avec lits avaient une capacité comprise entre 10 et 30 lits. Globalement, les lits privés ne constituent qu'une part encore faible du nombre de lits d'hospitalisation installés en Algérie (7,5% des lits en 2010).

### I.2.2 Moyens techniques et humains :

Par contre, les cliniques privées ont beaucoup de ressources techniques. Selon les données ministérielles, elles auraient, 25% des tableaux en 2010 En 2003, 89 % des scanners, 45 % des échographies et 17 % Radiologie du travail (MSPRH, 2003). Cependant, les efforts d'équipement dont le secteur public a bénéficié au cours de la dernière décennie peuvent les relativiser dans une certaine mesure tendance.

En termes de personnel médical, différentes identités coexistent : le personnel médical réduire les salariés réguliers, médecins privés ou non conventionnés, médecins du service Le public avec ou sans autorisation de double activité<sup>42</sup>, les médecins retraités, Médecins algériens et médecins d'autres nationalités établis à l'étranger (Surtout dans les cliniques ayant des activités de cardiologie interventionnelle). Personnel la capacité des ambulanciers paramédicaux à représenter les cliniques privées est limitée parce qu'Il est interdit aux agents formés dans le secteur public d'exercer dans le secteur privé : Le personnel paramédical des cliniques privées ne peut être que des retraités. Le nombre d'employés ayant une formation « sur le tas » ou d'employés d'écoles privées est encore très faible.

### I.2.3 Activité et localisation :

Au début du processus d'émergence, la clinique se spécialise dans Les activités de pathologie, parfois deux, sont organisées autour d'une petite plateforme technologique.

Aujourd'hui, certaines institutions s'apparentent à la structure de type hôpital clinique, Disposer d'une variété de plates-formes technologiques professionnelles et les plus avancées.

---

<sup>42</sup> Depuis 1999, les médecins du secteur public ont la possibilité, en complément de leur activité publique, d'exercer dans le secteur privé (pour une analyse de cette double activité, voir Zehnati et Peyron, 2014)

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

Activités de la clinique privée est spécialisé en obstétrique et gynécologie, en hémodialyse et en chirurgie.

La gynécologie-obstétrique a été la première spécialité investie, juste après l'ouverture du secteur à l'investissement privé. Le taux de natalité algérien est une garantie d'activité et la disposition à payer des familles est en général assez forte pour ce type de prise en charge. Pour certaines spécialités ou certains actes, un relatif partage d'activité semble se dessiner entre secteur privé et public. La chirurgie, notamment ambulatoire, est un segment d'activité attractif pour les établissements privés qui ne sont pas soumis aux exigences d'accueil du service public et qui peuvent choisir de se limiter à une chirurgie programmée et peu lourde.

L'essor des cliniques privées est aussi marqué par une forte disparité géographique. Les cliniques sont localisées dans les grandes métropoles et plus particulièrement dans certaines wilayas : Alger et Oran concentrent 34,5% des cliniques, celles-ci étant généralement installées dans des wilayas abritant un CHU. Les wilayas du sud de l'Algérie, à faible densité de population et à faible niveau de vie, n'accueillent aucune clinique.

### **I.2.4 Recours des ménages au prestataire privés de la santé :**

L'obstétrique-gynécologie a été le premier investissement majeur, juste après l'ouverture du secteur à l'investissement privé. Le taux de natalité en Algérie est un gage d'activité, et le consentement des familles à payer pour ce type de soins est généralement assez élevé. Pour certaines professions ou certains comportements, une relative division du travail semble se dessiner entre le secteur privé et le secteur public. La chirurgie, en particulier la chirurgie ambulatoire, est un domaine d'activité attractif pour les organismes privés qui ne sont pas tenus de bénéficier des services publics et qui peuvent choisir de se limiter à des opérations régulières et légères.

En 2013, on a dénombré près de 2000 cabinets médicaux privé (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

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

également appelées à croître fortement en application de la prochaine décision d'ouverture d'hôpitaux privés.

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 développées s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière. Les logiques et les mécanismes de son développement sont :

- Une solvabilité des ménages assurée par la réduction de leur épargne sous forme monétaire ou capital non monétaire (vente de biens meubles et immeubles, bijoux de famille, troupeaux de moutons et de vaches...)
- Une option pour les activités « médiocres » (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 malsains et dangereux pour les ménages économiquement faibles : 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 financière 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 établie à 76,5 ans en 2013 impliquant une accélération du processus de

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

vieillesse de la population et son exposition aux maladies chroniques (double transition démographique et épidémiologique).

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.

### **Section 2 : les contraintes de secteur privé de soins en Algérie.**

Durant la période coloniale l'organisation de la distribution des soins en Algérie avait pour objectif de servir l'occupant désireux de fournir une prestation de qualité aux militaires et aux colons ainsi qu'aux algériens de service, et la prédominance du secteur privé dans l'organisation sanitaire générale.

Après l'indépendance l'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie. En effet, les possibilités d'installation sont strictement interdites, limitées par la mise en Place de certains critères.

#### **I.3 Les critères à respecter pour le secteur privé :**

Le secteur privé de la santé a rencontré plusieurs obstacles lors de son émergence, car les hôpitaux existants étaient majoritairement publics. Le pays algérien a adopté des lois et des critères condamnant les services médicaux privés, et le pays s'est ouvert pour freiner les particuliers.

##### **I.3.1 La permission de s'installer :**

Les permis d'établissement sont obligatoires et délivrés par la Commission médicale centrale au niveau ministériel. L'un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional tout en permettant le bon fonctionnement de toutes les structures publiques du pays. Il ne faut pas oublier que l'Algérie s'est vidée tous ses cadres après l'indépendance, et donc aussi des médecins (quasi tous français). La nouvelle promotion du docteur n'est pas apparue disposé à se déplacer à l'intérieur du pays, ce qui fait très défaut,

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

encore moins travailler dans des institutions publiques. Il faut se forcer les mains au début ou même après, mais d'une manière différente<sup>43</sup>.

### **I.3.2 Modification de l'allocation du temps de travail pour les médecins libéraux :**

La mi-temps fait également partie du même processus, et la même vision de couvrir le pays de manière équilibrée avec une structure publique.

L'instauration de la gratuité de l'enseignement en 1974 n'a affecté explicitement que le secteur public. Cela n'affecte pas le secteur privé. À partir de 1976, les médecins devaient, en théorie, Choisir entre "temps plein" et "temps partiel". En 1977, d'importants Les mouvements de grève des professionnels exerçant dans les structures publiques reposent sur cette question basée sur les conditions de travail et la rémunération, jugée peu attractive. En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement et fortement gonflé, suite au desserrement de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicales, opéré par la réforme universitaire de 1970. Elle concerne en fait, toutes les études supérieures et donc les conditions d'accès à l'Université. Un choix "définitif" est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendu plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé.

C'est peut-être l'une des mesures qui influencera le plus la constitution du corps hospitalier-universitaire sur lequel tous les spécialistes, automatiquement affectés aux hôpitaux, feront pression sur eux et expliqueront la pression des patients sur les consultations externes organisées à leur niveau. Il faut préciser que les médecins spécialistes non seulement n'étaient pas, ou très peu, autorisés alors à s'installer, mais aussi peu nombreux... Il n'y en a (presque) pas en ville pendant longtemps. Actuellement, ils sont en pléthore dans les grandes villes<sup>44</sup>.

### **I.3.3 L'instauration d'un zoning :**

La pratique privée maintenu implicitement puis explicitement, des professionnels de la santé a cessé d'être un privilège "octroyé" pour devenir une option offerte à partir de 1980, y compris les hospitalo-universitaires. Cependant cette possibilité reste purement théorique pour ces derniers, car après la mise en place d'un "zoning" leur clients se voient interdire de s'installer les villes universitaires qui constituent leur lieu privilégié. La zone 1 est considérée

---

<sup>43</sup> AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.

<sup>44</sup> Idem.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

comme car c'est la zone la plus défavorisée et conduit au service public le plus court. Cela attire fortement les candidats pour un déploiement rapide, mais entraîne une instabilité supplémentaire du personnel au sein du secteur public dans ces régions<sup>45</sup>.

En réalité, on peut dire que de 1962 à 1980, c'est une période d'intégration, plus ou moins forcée, de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle qui va aller jusqu'en 1986.

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

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<sup>46</sup>.

Le champ médical a changé avec l'émergence de l'expansion du secteur privé de la santé à but lucratif à ses deux composantes : les cliniques privées et la médecine, mettant ainsi fin à la diffusion des droits dans le domaine public pendant trois décennies.

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<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Idem.

<sup>46</sup> ZEHNATI Ahcen, *les inégalités de répartition 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/wpcontent/a2-1-zehnati-ahcene-communication.pdf>,

<sup>47</sup> Idem.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

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.

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.

### **I.3.4 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.

#### **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)<sup>48</sup>.

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

---

<sup>48</sup> Idem.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

nouvelles orientations économiques, et la loi de mai 1988 qui autorise les cliniques privées s'inscrit dans cette logique de développement d'entreprises privées.

D'un point de vue très opérationnel, l'émergence des cliniques privées a été favorisée par le dispositif généraliste mis en place au début des années 1990 pour accompagner et accompagner l'entrepreneuriat. En 1993, la loi sur l'investissement prévoyait la liberté d'investissement, elle s'accompagnait d'une série de mesures fiscales et quasi-fiscales. Ces équipements renforcent l'intention d'investissement et la faisabilité financière des projets privés en Algérie, y compris les projets de cliniques privées. Les pouvoirs publics ont renforcé ce dispositif d'aide dans les années 2000.

### I.4 La conception de secteur privé de soins en Algérie

Le secteur privé de soins en Algérie dans cette période s'est fait en deux étapes<sup>49</sup> :

- **Première étape** : c'est tout d'abord la privatisation de la pratique médicale en supprimant toutes les contraintes jusqu'alors : autorisation d'implantation, zonage, etc. Puis supprimée dès 1986.  
Elle est donc liée à la manière dont sont exercées les professions médicales en plus de leur mode de rémunération.
- **Deuxième étape** : puis l'autorisation d'ouvrir des cliniques privées à partir de 1990. Le mouvement était plutôt timide au début, mais semble prendre de l'ampleur ces dernières années<sup>50</sup>.

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction de ces principes : paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> ZIANI, Zouina. La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie : Références à des expériences étrangère et enquête auprès des médecins libéraux de la Wilaya de Bejaïa. Mémoire de Master. Economie de la santé. Bejaïa : Université ABDERAHMANE MIRA, 2013.

<sup>50</sup> AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.

<sup>51</sup> OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs « ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé », CREAD N°41 1997.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

### I.4.1 La suppression des contraintes de secteur privé :

La crise économique du pays après l'amélioration du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne, qui dépend à 97% des hydrocarbures, et a accéléré le processus d'ouverture. Ce choc exogène a fortement réduit les ressources financières du pays, rendant impossible le rétablissement d'une méga-région dominante. Les contraintes budgétaires de l'État ont ralenti la création d'emplois de fonctionnaires. L'ouverture au secteur privé est très nécessaire.

Tous les obstacles à l'installation sont progressivement levés, la première moitié du temps étant l'installation de médecins privés, de services publics, et la démolition de cloisons. Le secteur privé est ensuite passé de la retenue à la liberté<sup>52</sup>.

La privatisation répond également à l'immense pression de la démographie médicale. En 1971, la réforme active des politiques de formation à la recherche médicale double. Le corps est plein de liberté et de modèles biomédicaux, mais il a aussi les conditions de fonctionnement de la bureaucratie et du secteur public, et les dysfonctionnements sont nombreux.

Le lien public-privé a une tout autre dimension et une tout autre dimension. Ensuite, la privatisation est souhaitée et encouragée dans l'ensemble de l'économie et de la société. On oublie cependant qu'en matière de santé, de prescription et de consommation de soins, les déterminants du marché et les arbitrages ne diminuent pas, donc la demande augmente fortement les caractéristiques et l'offre et la demande, dans un contexte de consommation totalement socialisée par l'offre (gratuité) et la demande (Assurances sociales...)<sup>53</sup>.

**Tableau N° 1: Distribution des praticiens privés par catégorie (1988)**

Catégorie	Secteur privé	Secteur public
Médecins	3851	22700
Chirurgiens-dentistes	726	6400
Pharmaciens	1107	2080
Total	5684	31180

Source : MSPRH

<sup>52</sup> AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, op. cit.

<sup>53</sup> OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p. 51

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

À partir de ce tableau, on peut voir le poids important de la santé privée par rapport au secteur public, mais ce dernier reste le secteur dominant dans le système de santé.

En matière de répartition territoriale, il est concentré dans les grands centres urbains Alger, Oran, Constantine, Annaba, Tlemcen comme il est indiqué dans le tableau suivant :

**Tableau N° 2 : Distribution territoriale des praticiens privés.**

Catégorie	Alger	Oran	Constantine	Annaba	Tlemcen
Médecin	613	239	117	97	71
Chirurgien-dentiste	287	70	28	32	32
Pharmacie	182	36	18	37	45
Totale	1082	345	163	168	148

Source : MSPRH

### I.4.2 L'ouverture des cliniques privées :

Les réformes économiques initiées après l'ouverture de l'économie et de la politique en 1988 ont mis en évidence la méthode de privatisation de l'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret a été publié qui stipule que des cliniques médicales privées peuvent être ouvertes et exploitées. L'entreprise a adopté un plan d'ajustement structurel pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé de la santé ne s'est pas faite spontanément, elle a été le résultat de la combinaison de groupes exogènes et endogènes que nous venons d'énumérer.

Avec une nouvelle image dans le domaine de la santé, les cliniques privées sont une nouvelle organisation avec une forme de coopération inhabituelle et un nouveau modèle de coordination, brisant l'ancien modèle de fonctionnement, et créant une dynamique collective entre médecins et patients. Lorsque les patients recherchent un traitement, ils attireront également des médecins à la recherche de revenus, évitant ainsi de longues attentes en public.

Dans la relation entre différents facteurs basés sur les préférences, les sensibilités et les intérêts économiques, la division du travail dans le système de santé est remplacée par des fonctions de réseau<sup>54</sup>.

<sup>54</sup> AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

Les cliniques privées mobilisent un réseau de médecins généralistes et même de leurs médecins respectifs pour accroître leur activité, augmentant ainsi leurs profits. À l'instar des compagnies d'assurance privées, les cliniques adoptent également des stratégies de prise de risque et se positionnent sur des activités très rentables.

Par conséquent, ils profitent du marché de niche pour leur propre profit. Cette situation conduit à un partage relatif des activités entre les secteurs public et privé<sup>55</sup>.

Le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière espère vivement que les cliniques privées contribueront aux soins tertiaires et spécialisés. Cette contribution fait partie d'une série de moyens d'intégrer le secteur privé de la santé dans le système et les objectifs de santé nationaux.

Dans certaines cliniques, la mise en place de ces services de soins avancés a fait appel à des partenaires étrangers. Ces programmes participent de la réduction des transferts à l'étranger. Bien qu'ils soient rentables, ils perçoivent également un bénéfice, une disposition non réglementée car ils exercent les fonctions d'un médecin sans l'autorisation du ministre de la santé, du département de la population de la réforme hospitalière.

Depuis la mise en place de la nouvelle carte en 2007, les cliniques médicale et chirurgicales pour patients hospitalisés sont connues sous le nom d'hôpitaux privée (EHP)<sup>56</sup>.

L'article 2 du décret n°07-321 stipule qu'un hôpital privé est un établissement de soins et d'hospitalisation qui exerce des activités médico-chirurgicales dont des activités d'obstétrique et de gynécologie et des activités exploratoires.

Il doit assurer au minimum, 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. Établissement hospitalier privé doté de la personnalité morale et de la responsabilité effective et permanente du médecin technique et du comité médical<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> [www.cci-oran.dz/media/evenement/resume.conference.zehnati.medecins.gras.pdf](http://www.cci-oran.dz/media/evenement/resume.conference.zehnati.medecins.gras.pdf)

<sup>56</sup> Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

<sup>57</sup> ZEHNATI Ahcène. Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un Nouvel Acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013, n° 105/106, p. 196-197

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

**Tableau N° 3: L'évolution de cliniques privées de 2002 à 2015.**

2002	2010	2015	
62	141	479 dont 173 EHP (4679 lits) et 306 ETS de jour	Cliniques privé

Source : MSPRH

D'après ce tableau on remarque le développement rapide de nombre des cliniques privées, en 2015 en à marquer 479 cliniques.

Les cliniques et hôpitaux privés en Algérie sont désormais placés sous le contrôle légitime du Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme hospitalière.

La mise en place de l'établissement hospitalier privé est soumise au ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier de cas dossier technique et administratif remis par le directeur de la santé département wilaya, comprenant, outre les documents nécessaires à la construction, le plan et les détails du projet, les localisations des activités et les actions envisagées, sur la base du dossier administratif et technique remis à la direction de wilaya chargée de la santé qui comprend, outre les documents nécessaires à la formulation, la planification et le détail du projet, la localisation des activités et actions prévues<sup>58</sup>.

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 informelles ne pouvant différer le temps de traitements à la gravité de l'affectation ou des listes d'attentes, n'ont pas d'autres choix que d'accepter « l'offre » quelles que soient leurs ressources.

Il peut s'agir de patients couverts par l'assurance maladie, qui n'ont pas accès aux services de santé publique, en raison d'un encombrement par une liste ou en raison de l'absence d'équipement de plus aujourd'hui, la plupart des agents de santé publique et des patients ambulatoires se transférant dans leur clinique de pratique ou pour l'ensemble.

<sup>58</sup> Article 8 de décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

## Chapitre II : La réforme du secteur privé de soins en Algérie

A noter que les remboursements des assurances sont calculés sur la base du prix des actes datent de plus de vingt ans et sont censés. De ce fait, le montant des honoraires déboursés pour le recours aux soins hospitaliers, perçus par l'assurance maladie, reste tourné en dérision.

De telles attitudes ne font que souligner les inégalités d'accès aux soins et les risques liés au développement d'une médecine à double vitesse. La médecine du secteur publique accepte les demandes d'avoir des relations informelles avec ces personnes ; il s'agit rarement de patient démunis.

Le secteur privé de la santé est ouvert à deux catégories de demandeurs de soins : les patients solvables, qu'ils soient ou non couverts par l'assurance maladie, en quête de confort supérieur et de meilleure qualité dans l'accueil et la prise en charge, et qui sont généralement insensibles aux dépenses. L'autre catégorie de patients qui choisiront les soins privés seront ceux qui se heurtent à des obstacles aux structures publiques, voire à la prise en charge par l'assurance maladie, et sont contraints à la médecine libérale, dont la sévérité des dépenses au-dessus de leurs capacités.

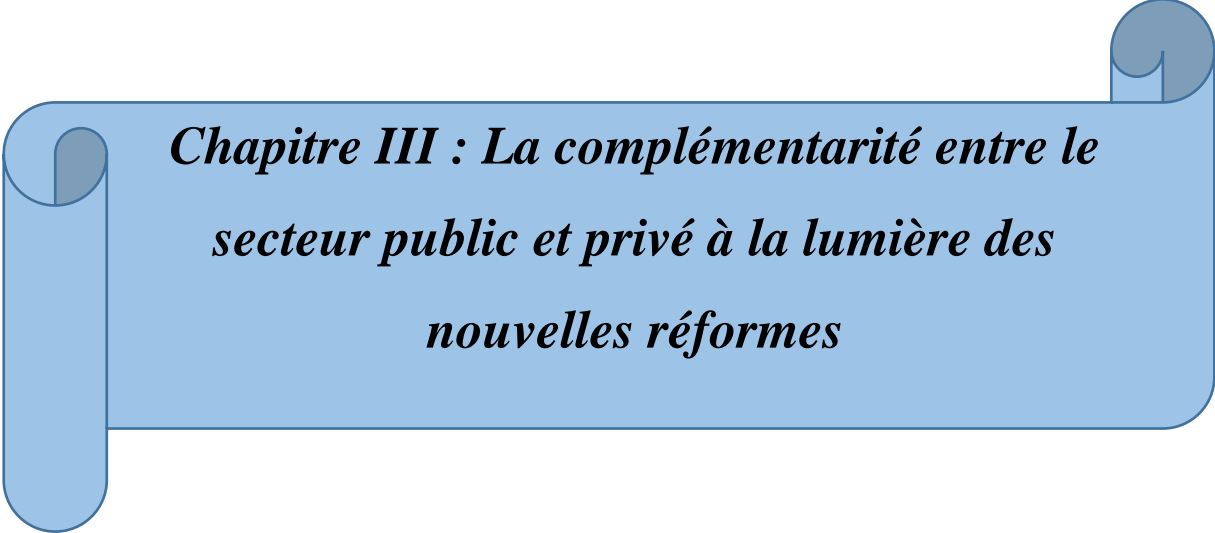
### **Conclusion**

En Algérie il a des principaux facteurs qui ont permis au secteur privé de se développer et de ne plus être marginal dans le système de la santé s'avère nécessaire.

Les réforme qu'ont touché le secteur privé a ouvert les portes à ce dernier pour se développer et pour élargir son activité et c'est de là qu'il y avait autant d'établissements publique et de clinique privé, ces derniers proposent des prestations de qualité et ont des moyens techniques plus performant.

L'absence de politiques claires dans le secteur de la santé public entraîne la baisse d'efficacité et les mauvaises performances que déplorent les acteurs de la santé, et utilisateur. Résolution des problèmes de ressources humaines et d'organisation.

Le secteur privé aussi a besoin des médecins et de personnel hospitalier du publique, ce qui fait qu'une complémentarité entre les deux secteurs est bien nécessaire. Les deux secteurs engager à prendre les mesures pour



*Chapitre III : La complémentarité entre le  
secteur public et privé à la lumière des  
nouvelles réformes*

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

### **Introduction :**

La question de la complémentarité entre les deux secteurs est très importante car elle soulève des questions sur la politique générale à mettre en œuvre. Les professionnels de la santé jouent souvent un rôle dans ces deux secteurs pour augmenter leur activité et leurs revenus.

Il faut savoir de quelle partie on parle. Ceci est bénéfique pour la santé publique et la qualité des soins aux patients, ou est motivé par les intérêts des professionnels de santé ou des investisseurs. De toute façon, il n'y a plus de mur entre ces deux départements.

S'il y a un secteur public dans le secteur privé à travers la double activité des médecins du secteur public, il y a aussi un secteur privé dans le secteur public à travers une convention ouverte aux médecins indépendants dans les domaines dépourvus de médecine spécialisée.

### **Section 1 : Présentation de la loi n° 18-11**

Le mouvement législatif lié aux lois sanitaires en Algérie, a débuté avec la loi sanitaire n°85 cela comprend la protection et la promotion de la santé, suivi du Code de déontologie de la profession médicale par la loi n° 92-276, puis une série d'amendements ont été apportés à la loi de protection et de promotion de la santé pour les années successives, dont le dernier a été en 2008, mais les amendements n'étaient en fait pas consacrés à protéger la volonté du patient à l'égard des évolutions dont il a été témoin. Le monde est dans le domaine de la santé aux niveaux médical et juridique, notamment en ce qui concerne les questions de consentement à des l'avortement médicamenteux, l'insémination artificielle et l'assistance médicale à la procréation, en passant par le problème des expérimentations médicales sur le corps de la patiente, conduisant à la thérapie par cellules souches, pour que le législateur algérien promulgue la loi n°11-18 relative à la santé du 02 juillet 2018, que nous tentons à travers cette étude de montrer ce qu'il y a de nouveau avec cette loi par rapport à la loi précédente, et de clarifier les lacunes qui ne la réglementaient pas d'un point de vue juridique, d'autant plus que les progrès scientifiques progressent à un rythme accéléré, donc Les textes juridiques doivent suivre le rythme des progrès médicaux dont sont témoins la science et le monde d'aujourd'hui.

#### **1.1. Définition de la loi 18-11 :**

Loi n° 18-11 correspondant au 2 juillet 2018, relative aux garanties de santé, à l'accompagnement aux soins de base, aux soins curatifs et préventifs de base, y compris notamment ceux dispensés sous forme de service ambulatoire ainsi que les soins d'urgence.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

### 1.2. Dispositions et principes de base stipulés dans la loi n° 18-11 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé<sup>59</sup>

Le législateur algérien a prévu dans le premier article de la loi n° 18/11 que la loi portant réglementation et principes de base de la santé et visant à exprimer les droits et obligations des citoyens dans le domaine du secteur de la santé et à assurer la prévention et la protection de la santé des populations, en la préservant, en la rétablissant et en la promouvant, dans le cadre du respect de la dignité humaine, de la liberté, de la sécurité et de la vie privée.

Il ressort clairement de ce texte que cette loi visait à définir des dispositions générales et des principes de base et à atteindre certains objectifs.

#### 1.2.1. Le premier principe :

C'est le droit à la protection, à la prévention, au traitement et à l'accompagnement requis par l'état de santé du patient, à toutes les étapes de sa vie et partout. Ce droit est un droit fondamental que l'État algérien doit incarner sur le terrain et ne peut l'abandonner ou le tolérer.

Il convient de noter que le législateur algérien a utilisé deux termes dans le texte de l'article 1 de la loi n° 18/11, le premier terme est le terme citoyen et le deuxième terme dont il a parlé dans le deuxième paragraphe du même article est les personnes. Dans le premier paragraphe, il a mentionné le terme « incarnation des droits et devoirs des citoyens » et dans le deuxième paragraphe, il a utilisé l'expression « assurer la prévention et protéger, préserver, restaurer et promouvoir la santé des personnes » dans le cadre du respect de la dignité, de la liberté, de la sécurité et de la vie privée. Dans le premier paragraphe, il a voulu incarner pleinement les droits et devoirs des citoyens dans le domaine de la santé. Et complet qu'il s'agisse de prévenir les maladies ou de protéger la santé du citoyen ou de la préserver ou de la restaurer et de la promouvoir, et dans le deuxième paragraphe, il a voulu montrer qu'il n'y a pas de distinction entre le citoyen et le non-citoyen résidant légalement sur le territoire de l'État algérien en ce qui concerne les domaines de la santé, mais sans le droit ou le devoir de le faire en direction de l'étranger, mais lui garantit de prévenir et de protéger les maladies contre celles-ci et de maintenir sa santé, sa restauration et sa promotion, ce qui est confirmé par l'article 21 de la loi sur la santé en disant: Toute personne a droit à la protection, à la prévention, au

---

<sup>59</sup> Abdelmadjid Mahieddine, droit de la santé master 1, 2019-2020.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

traitement et à l'accompagnement requis par son état de santé à toutes les étapes de sa vie et partout, le législateur a donné droit à toute personne, qu'elle soit citoyenne ou non, à un traitement et à une protection... etc.

### **1.2.2. Le deuxième principe :**

Non-discrimination, il n'est pas permis de distinguer les personnes qu'elles soient et où qu'elles se trouvent (sur le territoire algérien) pour obtenir la prévention et le traitement des maladies, quoi que ce soit en raison de leur origine, de leurs croyances religieuses, de leur âge, de leur sexe, de leur situation sociale ou familiale ou de leur état de santé<sup>60</sup>.

### **1.2.3. Le troisième principe**

Le respect de la dignité humaine du patient, de l'étudiant en traitement ou de toute personne à risque, ce qui signifie que l'humanité du patient n'est réduite ni en raison de son sexe, de sa couleur, de son statut social ou de sa foi.

### **1.2.4. Le quatrième principe :**

Respecté la liberté individuelle et est destiné à ne pas effectuer de travail médical pour la personne, sauf après avoir obtenu son consentement ou le consentement de son tuteur légitime ou de son jugement. Dans le cas où la personne concernée par les preuves n'est pas en mesure de consentir, que ce soit en raison d'une maladie, d'un handicap gras ou en raison de son jeune âge. Sauf en cas d'urgence dans laquelle le législateur a autorisé le travail médical sans le consentement d'un patient ou en cas de nécessité (comme dans les cas de maladies infectieuses et de maladies graves à propagation rapide).

### **1.2.5. Le cinquième principe est le principe de sécurité :**

L'intégrité physique d'une personne peut et ne peut être soumise à aucune nécessité médicale légalement établie et conformément aux dispositions de la Loi sur la santé.

### **1.2.6. Le sixième principe d'égalité :**

En termes de traitement et d'assurance de la continuité du service public de santé et de sécurité sanitaire, il vise également à ne pas faire de distinction entre les patients qui accèdent

---

<sup>60</sup> Idem.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

aux services de santé du traitement et de l'hébergement dans les établissements hospitaliers et autres.

### **1.2.7. Le septième principe :**

C'est le principe du séquençage et de l'intégration des activités de prévention, de traitement, de réadapter et de réadaptation... etc.

### **1.2.8. Le huitième principe :**

Le principe de coopération et le principe de partenariat en matière de santé visent à coopérer entre elles avec différentes structures de santé ainsi qu'à la participation du secteur privé à la fourniture de services de santé<sup>61</sup>.

## **1.3. Evolutions de la réglementation légale de certains travaux médicaux affectant le corps du patient**

Les procédures médicales et chirurgicales normales qui affectent le corps humain en vertu de la loi sur la protection de la santé et sa promotion - qui est la première loi promulguée pour protéger la santé du citoyen algérien - est dans une large mesure conservatrice, qu'elle soit liée à la nature même du travail médical ou qu'elle soit liée aux moyens utilisés pour le traitement, en termes de leur existence et de leur légitimité, et en conséquence la femme, par exemple, était autorisée à avorter, mais dans des cadres trop étroits et pour une seule justification, et les méthodes utilisées pour la procréation faisaient l'objet de controverses. La loi précédente sur l'insémination artificielle, et les expériences médicales étaient disponibles, comme leur incision thérapeutique sans recherche scientifique, mais que la révolution médicale que la médecine connaît maintenant, qui est le traitement avec des cellules souches, n'a pas été légalisée. 11-18 vient toucher ces points en les stipulant.

### **1.3.1. Premièrement : qu'y a-t-il de nouveau dans la santé des femmes ?**

Avant de parler de ce qu'est venu avec la loi n°18-11 concernant la protection de la santé des femmes, qui est liée à fondamentalement, sous deux aspects, l'assistance médicale à la procréation et l'avortement justifié, il faut rappeler ce qu'ils signifiaient, puis ce que le législateur a introduit par la loi n°18-11 relative à la santé.

---

<sup>61</sup> Idem.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

### A. L'assistance médicale à la procréation :

Pendant longtemps, la question de la procréation a été soulevée par la femme mariée et même le mari, surtout lorsque la cause est liée à un problème médical au niveau de l'appareil reproducteur de la femme. Ont permis la question de l'insémination artificielle, qui est constatée en son absence au titre de la loi n° 85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé, alors qu'entend-on par insémination artificielle et comment le législateur algérien l'a-t-il organisé au regard des dispositions de la loi n° 11-18 contenant la loi sur la santé

Le législateur algérien a traité la question de l'insémination artificielle dans le cadre de la loi sanitaire n° 11-18 avec des textes législatifs actualisés, alors qu'auparavant, elle ne pouvait être traitée que par des textes distincts du Code de la famille algérien.

Le législateur a abordé cette question dans la position du législateur algérien sur la base de la loi sanitaire n° 18-11, articles 370 à 376 de la loi précitée, où l'article 370 de celle-ci énonce : La Procréation Médicale Assistée est une activité médicale qui permet la procréation hors cours en cas d'infertilité médicalement confirmée.

### B. Avortement justifié :

L'avortement est défini comme expulsion du contenu de l'utérus grévide avant la fin de la période de grossesse. Ceci est égal à si le contenu de l'utérus a été vidé jusqu'au sixième mois de l'utérus - c'est-à-dire avant la viabilité du fœtus, alors cela s'exprime généralement comme un avortement ou s'il a été vidé par une naissance prématurée, et donc le l'avortement d'un point de vue juridique comprend la résiliation du contenu de l'utérus du fœtus qui n'est pas viable ou la naissance embryon viable prématuré<sup>62</sup>.

En me référant à la loi algérienne, je constate que la question de l'avortement féminin, par nécessité, a été abordée à deux endroits dans le Code pénal et un dans le Code de la santé, 11 du 02 juillet 2018 était plus large que la loi sanitaire n° 18 sur les sanctions en cas d'avortement, car elle ajoutait à la nécessité de sauver la vie de la mère pour maintenir son équilibre. En danger physiologique et mental.

---

<sup>62</sup>Amir Faraj Youssef, Dispositions en matière de responsabilité pour les infractions médicales, 2007, p227.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

En se référant à la loi sur la santé de 2018, nous constatons que la question de l'avortement a été traitée dans la première section du chapitre trois contenu dans la première partie sous le titre « Protéger la santé de la mère et de l'enfant » dans les articles 69 à 83 de celle-ci L'article 77 de la loi sur la santé stipule : « L'interruption thérapeutique de grossesse a pour but de protéger la santé de la mère. »

Lorsque sa vie ou son équilibre psychologique et psychique est en danger du fait de la grossesse », l'article 78 de la même loi ajoute que : « L'interruption thérapeutique de grossesse ne peut être pratiquée que dans les établissements publics hospitaliers.

Je note que le législateur a d'abord distingué les articles précités pour prévoir le cadre juridique de l'avortement, et a également élargi ses causes au danger qui soit menace la vie de la mère, soit menace son équilibre psychologique ou psychique, mais il a souligné la place de sa pratique et l'a fait n'avoir lieu qu'au niveau des établissements publics hospitaliers.

### **1.3.2. Deuxièmement : ce qui est nouveau en ce qui concerne les méthodes thérapeutiques**

La loi n°11-18 relative à la santé a distingué les moyens thérapeutiques avec des textes législatifs indépendants et quelque chose

De l'expansion, et il s'agit d'expériences cliniques (médicales) et d'un texte spécial pour la thérapie par cellules souches.

#### **A. Expériences médicales « cliniques » :**

Une expérience médicale se définit comme : « Interférence dans le cours de phénomènes pour révéler une hypothèse ou vérifier sa validité, c'est ce qui fonctionne ou non pour éviter une déficience en quelque chose et y remédier <sup>63</sup>», sont ceux qui l'ont définie comme : domaine de la prévention ou du traitement des maladies, même s'il s'agit d'une ingérence dans la vie privée »<sup>64</sup>, et les expériences médicales sont divisées en fonction de la finalité que vous recherchez pour traiter les expériences médicales et les expériences médicales non curatives, et la base légale pour la conduite des expériences médicales repose sur la loi sur la santé (article 378 de celle-ci) et le code de déontologie médicale (article 18 de celle-ci) :

---

<sup>63</sup> Ayman Mustafa, la légalité de l'utilisation d'embryons humains dans la conduite d'expériences de recherche scientifique, 2008, p37.

<sup>64</sup> Muftah Bashir, Responsabilité pénale des médecins dans les procès médicaux et scientifiques, 2005, p65

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

Se référant à la loi sanitaire n°18-11 modifiée en 2018, je constate que l'article 378 de cette loi stipule : « Les études cliniques doivent obligatoirement respecter les principes éthiques, scientifiques, moraux et éthiques qui régissent la pratique médicale. Etudier ou lorsque cela n'est pas possible par leurs représentants légaux avec leur consentement libre, exprès et éclairé par écrit.

A la lecture du texte de l'article 18 du code de déontologie algérien, on constate qu'il énonce : « Il n'est permis d'envisager l'utilisation d'un nouveau traitement pour le patient qu'après avoir réalisé des études biologiques appropriées sous contrôle strict et après s'être assuré que ce traitement bénéficie directement au patient... »

A travers les deux textes précédents, il est clair que le législateur algérien autorise les expérimentations médicales, qu'elles soient expériences médicales ou expériences scientifiques - non thérapeutiques, mais selon certaines conditions<sup>65</sup> :

- Le consentement de la personne soumise à l'expérimentation doit être donné, après avoir été informée des risques et conséquences de l'expérimentation, 03 de la Loi / Avec possibilité de recours à tout moment lorsque je le souhaite (selon le texte de l'article 386 la santé).
- L'obligation de veiller à la santé et à la vie de la personne soumise à l'expérimentation (selon les articles 17 et 18 du Code de l'éthique médicale).
- L'approbation du Conseil national d'éthique médicale est requise conformément aux dispositions légales et scientifiques et la moralité applicable (conformément à l'article 383 de la loi sur la santé).
- L'entité physique de la personne soumise à l'expérimentation doit être respectée ainsi que sa dignité humaine, et l'expérimentation ne vise qu'à réaliser un intérêt thérapeutique pour elle ou à des fins scientifiques (selon l'article 378 de la loi sur la santé).
- Les conditions de sécurité doivent être réunies pour la sécurité physique, mentale et psychologique de la personne soumise à l'expérimentation.

### **B. Thérapie par cellules souches :**

Les cellules souches sont connues sous d'autres termes tels que cellules souches ou cellules souches, qui sont les cellules souches qui composent les différents organes du corps,

---

<sup>65</sup> Dr. Belhaj Al-Arabi, Limites légales et éthiques des expériences médicales sur les humains, p102

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

cellules souches « originelles », au cours du développement embryonnaire<sup>66</sup>. Croissance et changement pour former de nouveaux tissus.

Il est à noter que le législateur algérien a autorisé l'utilisation de cellules souches obtenues à partir du sang. En ce qui concerne les mineurs, c'est par l'article 361/02 qui dit : « Il n'est permis de prélever des cellules souches hématopoïétiques d'un donneur mineur qu'au profit d'un frère ou d'une sœur », mais le législateur les a liés au consentement dès L'abbé Wayne ou son représentant légal, car le troisième alinéa de l'article 361 précise que : « ... cette exclusion requiert dans tous les cas le consentement éclairé des deux parents ou de leur représentant légal », qui n'était pas codifié auparavant par la loi n° 85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé.

### **1.4. L'absence de réglementation législative de certains travaux médicaux affectant le corps du patient**

L'étudiant en loi de santé n°18-11 y trouve des lacunes dans l'approche législative, soit parce qu'elle n'est pas incarnée la théorie du consentement éclairé, connue légalement et médicalement dans le monde entier, ou en raison de l'absence de légalisation de certaines procédures médicales telles que la chirurgie plastique et la transformation sexuelle.

#### **1.4.1. Premièrement : Ne pas incarner la théorie du consentement éclairé dans des textes uniques**

L'évolution doctrinale et juridique du XXe siècle a progressivement conduit à la tendance à une reconnaissance sociétale, plutôt que médicale, du principe d'indépendance et d'autonomie dans l'acceptation ou non du patient.

Vient ensuite la décision de Teyssier<sup>67</sup> en 1942, qui confirme que : « Le chirurgien hospitalier doit obtenir le consentement du patient avant de procéder à une intervention médicale.

Ces principes ont ensuite été inscrits dans le domaine des essais cliniques à travers le procès nazi de Nuremberg, en Allemagne.

---

<sup>66</sup> Dr. Anas Muhammad, Cadres juridiques pour l'utilisation des cellules souches, Dar al-Kutub al-Qanuniya, 2014, p16.

<sup>67</sup> Cass. Civ. 28 Janvier 1942, D 1942, I.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

L'idée du consentement éclairé telle que nous la connaissons aujourd'hui est apparue pour la première fois aux États-Unis en 1947, sous le vocable de « consentement éclairé » ou « consentement éclairé » à la suite d'un essai qui a eu lieu en Californie<sup>68</sup>, à partir duquel la première codification de l'éthique médicale a été publiée la même année.

Il faudrait 30 ans après cela, pour que les médecins reconnaissent la nécessité du consentement personnel du patient dans le cas contraire, il est nécessaire de l'informer au préalable comme préalable à une intervention médicale sur le corps du patient.

Quant à la législation algérienne, elle remonte à 1985 à travers la promulgation de la loi n°05/85 du 16/2/1986 complétant et complétant la loi 17/90 du 31/07/1990 et loi n°11/18 du 02 juillet 2018<sup>69</sup>, à travers les articles 343 et au-delà. Cependant, il est à noter que le législateur n'a pas répondu aux textes législatifs ou à une codification particulière qui clarifie et définit le régime juridique de contenu du consentement éclairé, sa qualité et la part de sa violation.

### **1.4.2. Deuxièmement : Absence de légalisation de certains travaux médicaux**

Ce qu'il faut noter également, c'est l'absence de textes juridiques réglementant les opérations de chirurgie esthétique, ni l'absence de textes juridiques réglementant les opérations de chirurgie esthétique. Les opérations de transformation sexuelle, bien que la plupart des lois du monde y opèrent, et même la justice tunisienne s'est saisie de l'affaire en septembre 2018.

#### **A. La chirurgie esthétique**

La chirurgie plastique est définie comme : « une chirurgie effectuée pour améliorer l'apparence ou la fonction d'une partie du corps visible s'il y a une déficience, des dommages ou une déformation », tandis que certains l'ont définie comme : « chirurgie dont le but n'est pas pour traiter une maladie par une intervention chirurgicale, mais plutôt pour supprimer une distorsion qui s'est produite dans le corps du patient par une action acquise ou congénitale »<sup>70</sup>.

---

<sup>68</sup> Meisel. A, legal and ethical myths about informed consent, archives of internal médecine, 1960-1966, 156 (2); 2521.2526.

<sup>69</sup> Voir l'article 343 de la loi sur la santé, qui requiert le consentement du patient à tout travail ou traitement médical.

<sup>70</sup> Hamid Abdel-Wahhab, Responsabilité médicale pénale, Journal of Law and Sharia, cinquième année, 1981, p192.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

### B. Opérations de transformation sexuelle :

Changer de sexe, c'est remplacer le genre d'une personne par un autre genre, c'est-à-dire changer le sexe naturel d'une personne ayant un sexe artificiel opposé à son sexe d'origine<sup>71</sup>, de sorte qu'il s'applique aux personnes qui souhaitent remplacer leur sexe au sens médical, et en conséquence modifier leur statut juridique afin qu'elles puissent s'adapter à leur société en tant qu'hommes soit en tant que femmes selon leur sexe psychologique après pondération sur le sexe biologique et anatomique.

S'agissant de la position de la législation algérienne en particulier, l'étudiant des dispositions du droit de la famille, que ce soit l'article 4 qui disait que le mariage est entre un homme et une femme, ou l'article 32 de celui-ci, qui annule le contrat s'il contient un empêchement ou une condition contraire à ses exigences, et l'étude du texte de l'article 338 du code pénal algérien, qui punit d'un emprisonnement de deux mois à deux ans quiconque commet un acte d'homosexualité contre une personne du même sexe, ainsi que ce qui était stipulé à l'article 264 du Code pénal, où il était considéré qu'une des formes d'incapacité permanente punissable est la perte ou l'Amputation d'un organe, l'interdiction d'utiliser un organe... En effet, l'article 274 du Code pénal stipule qu'une personne est punie de la réclusion à perpétuité pour avoir commis le crime de castration, et la peine est portée à la peine de mort si elle conduit à la mort, et la loi médicale l'interdit, comme l'article 33 du Code de déontologie Le corps médical algérien précise que : « Un médecin ne peut pratiquer une opération d'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi. Raison... » Ainsi, le législateur algérien n'est pas intervenu par la loi n°11/18 relative à Il est valable de stipuler la question de la transformation sexuelle, non celle sur laquelle il y a accord à son sujet, ni celle qui diffère dans sa légalité.

Après cette étude analytique que j'ai réalisée, relative à l'analyse des dispositions les plus importantes de la loi sanitaire n°18-11 relative à la protection et à la promotion de la santé, le législateur Algérien a pris des mesures avancées vers la légalisation d'un groupe d'œuvres médicales qui n'étaient pas traitées dans le cadre de la loi de la santé précédente, et il a également permis des méthodes de traitement innovantes et codifiées dans diverses législations sanitaires comparatives, et c'est pourquoi son accent est noté lors de la prise de décision du patient. Consentement pour ces travaux médicaux, alors je dis que le législateur algérien a accordé une protection légale, même si les textes sont pris au pied de la lettre de la loi française sur la santé

---

<sup>71</sup> Djilali Chawar, Décisions islamiques sur les questions de changement sexuel et de clonage humain, Journal algérien des sciences, Juridique, économique et politique, Faculté de droit, Université d'Alger, n°3, 1998, p.29.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

publique, mais tout cela c'est pour suivre le mouvement législatif dans le monde et pour donner plus de protection au patient en permettant la médication à plus grande échelle.

### **Section 2 : l'effet de la nouvelle réforme sur la complémentarité entre le secteur public et privé de la santé en Algérie**

#### **I. La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes de la loi 18-11**

Après les réformes sur le secteur privé et depuis son émergence en Algérie, ce secteur prend de l'ampleur, son évolution en Algérie a fait que de nombreuses personnes font confiance au privé après la perte de confiance en établissements hospitaliers publics. Pour un équilibre entre les deux secteurs privés et le public ces derniers sont engagés à adopter une complémentarité entre eux. Donc les deux secteurs espèrent avoir une complicité qui rend leur travail plus harmonieux, le but ultime est de satisfaire les besoins de peuple algérien dans le cadre de fournir des soins de qualité.

Le secteur privé est évolué, ce qu'on observe avec le nombre d'établissements privés qui augmente et les moyens techniques qu'il fournit. Le secteur privé qui rencontre un manque de moyen n'a que le choix d'être complémentaire du privé.

Dans le deuxième chapitre de la loi 18-11 ; et selon l'article 269, L'organisation du système national de santé s'appuie sur la complémentarité entre le secteur public et privé en matière de prestation en santé, et la complémentarité des activités de prévention de soins et de réadaptations dans son aspect médical et social.

Cette complémentarité pour assurer la prise en charge des besoins de population à travers le déploiement du secteur public de santé sur l'ensemble du territoire national en tenant compte de la hiérarchisation de soins et de la complémentarité des activités des établissements organisés en réseau, il se structure autour d'établissements et structure de santé, public et privé et toute autre institution concourant à la santé des personnes, et les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure prise en charge des patients, la continuité des soins ainsi que la délivrance de soins de proximité de qualité, afin d'assurer l'accessibilité et l'équité en matière de santé les réseaux de soins peuvent associer des structures et des établissements de santé publics et privés et d'autres professionnels de santé et des organismes vocation sanitaire ou sociale ;

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

Dans les conditions :

- D'avoir ou signer une convention de coopération ;
- Constituer des réseaux de soins ou de télémédecine pour la prise en charge de population ou des problèmes particulières de santé, notamment dans les zones à couverture sanitaire insuffisante.

Dans le cadre de cette complémentarité les établissements de soins public et privé de santé peuvent également assurer :

- Les soins à domicile ;
- L'hospitalisation à domicile ;
- Les soins palliatifs.

L'un des aspects les plus importants dans la complémentarité entre le secteur public et privé est selon l'article 90 ; l'investissement dans les missions de services privés pour assurer gratuitement la couverture sanitaire de l'ensemble des personnes en difficulté.

L'autre aspect de la complémentarité est la formation (selon l'article 882) ; les structures et les établissements privés de santé peuvent dans la nécessité d'assurer des activités de formation paramédicale selon les modalités fixées par voie réglementaire ; et même les corps de professionnels de santé peuvent bénéficier d'une formation au niveau des structures et les établissements publics de santé ; et de même ces établissements peuvent créer des laboratoires de recherche, pour cette mission dans le cadre du programme de recherche en santé.

Selon l'article 289 et l'article 291, les structures et les établissements de santé publics et privé sont tenus d'assurer le service de garde conformément aux modalités fixées par voie réglementaire. La coopération dans la prise en charge médicale des personnes en difficulté dans leur structure à domicile et en établissements à vocation sanitaire et sociale des autres secteurs.

### **I.1. Les enquêtes épidémiologiques :**

- Dans le cas d'une enquête épidémiologiques, il faut que les établissements privés communiquent aux services sanitaires concernés les informations indispensables (et même pour des établissements de statistiques sanitaires).
- La mission de service public confiée au structure et établissement privé dans l'article 34 les établissements privés de santé appelés à assurer la mission de service public de santé (premièrement ils doivent répondre aux conditions d'un cahier des charges fixé par le

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

ministre chargé de la santé) ; ces missions sont temporaire et occasionnelle vise l'égal accès aux soins en assurant d'une manière continue, une couverture sanitaire dans les zones a couverture sanitaire insuffisante sur la base de la mise en œuvre des programmes nationaux et régionaux de santé ; et les dépense afférentes aux soins prodigués par les structures et les établissements privés de santé investis des missions de services public sont régis par des conventions établies avec le ministère chargé de la santé.

### **I.2. Les coopérations dans le système nationale de santé**

#### **I.2.1. Les coopérations et partenariat en matière de santé :**

Dans l'article 316 et pour reprendre aux besoins de santé de la population, les structures et les établissements de santé peuvent par convention de coopération, constituer des réseaux de soins ou des télémédecines pour la prise en charge de population ou des problèmes particuliers de santé, notamment dans les zones à couverture sanitaire insuffisantes. Cette coopération peut être nationale ou internationale, et tout forme de convention et/ou contrat de prestations de soins ou de recherche en matière de santé, conclus par les structures et les établissements de santé avec des personnes ou entités étrangère est soumise à l'autorisation des services compétents du ministère chargé de la santé.

#### **I.2.2. Les coopérations dans le système nationale d'information :**

Le système nationale d'information sanitaire intègre toutes les données sanitaire et assure l'interopérabilité avec les systèmes d'information d'autre secteurs d'activités (article 320), et les structures de santé publics et privés sont dans l'obligation d'intègre le système nationale d'information sanitaire et la mise en œuvre du système nationale d'information sanitaire s'effectue dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité, conformément à la législation et à la réglementation en rigueur.

#### **I.2.3. Les coopérations dans le financement :**

L'état assure le financement du secteur public de santé au titre de la prévention de la formation, de la recherche médicale et de la prise en charge sanitaire des démunis et des personnes en difficulté, et même les organismes de sécurité sociale assurent une contribution au titre de la couverture financière des frais de soins dispensés par les établissements publics de santé aux assurés sociaux et a leur ayant droit sur une base contractuelle avec le ministère chargé de la santé ainsi que les rôles des collectivité locales participent au financement de la

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

santé dans le cadre des programmes d'investissement et des programmes de préventions, d'hygiène et d'études pour la santé.

### II. La dualité « public-privé »

#### II.1. Les ménages se tournent vers les prestataires de soins privés<sup>72</sup>

Alors que le prix des hydrocarbures s'est poursuivi tout au long des années 2000 et au-delà jusqu'en 2014, l'Algérie a continué à maintenir une croissance économique positive : au cours de cette période, le PIB a augmenté à un taux annuel moyen de près de 5 %. Bien qu'il existe encore d'importants écarts de revenus et de régions, il ne se rend pas compte que le pouvoir d'achat de nombreuses classes en Algérie a augmenté au point qu'elles se tournent souvent vers les services médicaux du secteur privé.

En 2013, il y avait près de 2 000 établissements médicaux privés (spécialistes, médecins généralistes, dentistes), 170 cliniques spécialisées hospitalières, 2 200 lits, 160 centres d'hémodialyse, 56 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL, et 4 centres de dispositifs médicaux, centres du diabète, Centres de réadaptation fonctionnelle 800 centres de soins intégrés, 300 sociétés de transport médicalisé, 16 centres de procréation médicalement assistée et 36 laboratoires d'analyses médicales.

Ces capacités importantes croissent fortement d'une année sur l'autre, ce qui s'explique par les besoins de solvabilité des ménages (paiements directs). Avec l'application de la décision prochaine d'ouvrir un hôpital privé, ces capacités devraient également se développer fortement.

En plus des cartes de santé et des normes-cadres réglementaires qui sont élaborées et exploitées conformément aux règles sacrées de la rentabilité financière, le secteur privé s'est considérablement développé. La logique et le mécanisme de son développement sont :

- Assurer la solvabilité familiale en réduisant l'épargne monétaire ou non monétaire (vente de biens meubles et immeubles, bijoux familiaux, bovins et troupeaux, etc.)

---

<sup>72</sup> ALICHE Roza, BELDJILAI Louiza, Le secteur privé de soins complément de secteur public Cas : Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers », mémoire fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de Master en Science Economique Faculté des sciences économiques, commerciales Et des sciences de gestion Département des sciences économiques, Université mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 2017.

## Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

- Options pour les activités « Médiocre » (les plus chères et les plus rentables), telles que la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la cardiologie, la chirurgie et la procréation médicalement assistée (PAM) ;
- L'expansion passe par deux mécanismes, tous deux malsains et dangereux pour les ménages économiquement faibles : le développement et la réduction de l'épargne des ménages qui aurait pu être utilisée pour améliorer leurs conditions de vie.

Ce financement, qui réduit l'épargne des ménages et appauvrit les plus vulnérables d'entre eux, a connu des insuffisances causées par un financement solidaire insuffisant, entraînant de graves faiblesses dans le dispositif d'assurance maladie et des faiblesses dans l'encadrement du secteur privé approche à prix élevé<sup>73</sup>.

Outre la cardiologie et la dialyse et le transport sanitaire des patients dialysés, ou la convention entre la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNAS) et la Caisse de prévoyance sociale des non-salariés (CASNOS) permet à ces organismes d'apporter directement une aide financière aux prestations de santé de l'assuré.

Le secteur public n'a pas connu d'évolutions majeures pour répondre aux besoins de santé en rapide augmentation, notamment pour les maladies émergentes (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, accouchement compliqué, etc.).

Il s'agit de la population rurale et de la population de la région sud. Il faut prendre conscience que la population des communautés urbaines pauvres a des difficultés à obtenir des services spécialisés des hôpitaux publics quand il y a une grave pénurie d'équipements, de médecins spécialistes et de médicaments.

### **II.2. L'impact de la privatisation sur les hôpitaux publics**

Dans la création d'hôpitaux privés, les hôpitaux publics ne doivent pas être transformés en établissements privés (pas de remplacement des absents, concentration excessive, licenciement déguisé).

Les hôpitaux ne sont pas non plus des agences administratives. C'est avant tout une organisation complexe qui produit des services personnels et des biens non marchands. Même ces traitements et services sont maintenant tarifés. En raison des différences dans les missions

---

<sup>73</sup> Idem.

### Chapitre III : La complémentarité entre le secteur public et privé à la lumière des nouvelles réformes

des deux services (hormis les cabinets médicaux eux-mêmes), il ne devrait pas y avoir de convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et privés.

Les pouvoirs publics existent pour soutenir la mission d'intérêt universel et de soutien aux services publics. Sinon, les hôpitaux publics tomberont dans le danger du suicide et de la pauvreté. Puis il reviendra au Moyen Âge pour dispenser des soins palliatifs aux plus démunis (au sens d'instabilité, il n'y a pas de sens péjoratif). La future loi algérienne sur les hôpitaux (publics et privés) ne peut rester timide et ne peut pas succomber aux différents groupes de pression<sup>74</sup>.

#### **Conclusion :**

En Algérie, la fourniture de services de santé aux populations s'effectue dans le cadre d'un système de santé qui inclut les secteurs public et privé.

Elle est consciente de l'importance des besoins de soins des personnes, de la faible capacité de ces services publics de santé, des carences du secteur privé, et est fortement convaincue de la complémentarité de ces services utiles et nécessaires de ces deux domaines.

Le législateur l'Algérien a pris des mesures avancées vers la légalisation d'un groupe d'œuvres médicales qui n'étaient pas traitées dans le cadre de la loi sur la santé précédente, et il a également permis des méthodes de traitement innovantes et codifiées dans diverses législations sanitaires comparatives.

Le législateur algérien a accordé une protection légale, même si les textes sont pris au pied de la lettre de la loi française sur la santé publique, mais tout cela c'est pour suivre le mouvement législatif dans le monde et pour donner plus de protection au patient en permettant la médication à plus grande échelle.

---

<sup>74</sup> Idem.



*Conclusion générale*

## Conclusion générale

La santé publique est une priorité élevée pour différentes nations en dehors de leur orientations politiques, économiques et sociales. Par conséquent, le chercheur juridique en sciences médicales en Algérie se trouve face à un énorme arsenal juridique de accords, décrets et décisions de justice qui concernent différentes activités médicales, qui indiquent l'immense importance de la santé publique en Algérie, donnant circonstances et grèves du personnel médical dans tout le pays.

L'Algérie a donc adopté pour la réforme de son système de santé, un nouveau modèle en le secteur de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, sous une nouvelle structure étiquetée comme l'hôpital mixte numéro 18/114 nommé la loi fondamentale standard pour Hôpitaux mixtes publié au journal officiel numéro 22 de 2018, qui est civil et militaire dans la gestion et l'utilisation. Il assure les activités de diagnostic, urgences médicales et chirurgicales d'être avant tout un concurrent de premier ordre en termes de des ressources et de la structure aux hôpitaux militaires sophistiqués. En conséquence, l'objectif principal du législateur algérien est de poursuivre les modalités de développement du mécanisme pour maintenir la santé et le bien-être des citoyens grâce à la protection et le traitement par l'application de l'article 66 de la constitution de 1996 amendée et complétée par la constitution de 2016 qui stipule que « les soins de santé sont un droit des citoyens - l'Etat assure la prévention et le contrôle des épidémies et maladies infectieuses et l'État veille à ce que les conditions de traitement soient assurées aux personnes indigentes. » ceci conformément au nouveau numéro de la loi de la santé 18/11, qui affirme que la protection et le renforcement de la santé des personnes est un élément clé facteur de développement économique et social par la mise en œuvre de méthodes et de modèles avancés dans le secteur de la santé.

Ainsi que, « Afin de protéger ou de rétablir la santé des citoyens, d'assurer l'exécution des campagnes de prévention, de diagnostiquer et de traiter les malades et de protéger la population contre l'utilisation de médicaments non autorisés, les praticiens ne peuvent prescrire et utiliser que les produits pharmaceutiques figurant sur les nomenclatures nationales établies par la commission nationale de nomenclature ». Ceci conformément au la loi n° 85/05.

En vue de répondre à la satisfaction des besoins de la population, les établissements de santé publics et privés peuvent constituer, par convention, des réseaux de soins pour la prise en charge de populations spécifiques ou de problèmes particuliers de santé.

## Conclusion générale

Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, la continuité des soins et la délivrance de soins de proximité de qualité, sur la base de conventions qui assurent l'accessibilité et l'équité en matière de santé.

Les réseaux peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de la santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. La convention constitutive du réseau de soins est portée à la connaissance des services déconcentrés et de l'Agence régionale sanitaire compétente.

Les systèmes de santé sont chargés de planifier et d'organiser l'offre de soins dans le but de satisfaire les besoins des populations. Ces dernières dont les exigences sont de plus en plus importantes en termes d'efficacité et de qualité de soins, demandent de plus en plus des services pour répondre à leurs attentes, et cela par une couverture équilibrée des territoires et une interaction efficace des divers acteurs : établissements de santé (qu'ils soient publics ou privés), professions de santé, industrie pharmaceutique... etc.

Le système de soins en Algérie était public puis l'apparition de privé était une évidence pour remédier au problème de secteur public. Pour cela le secteur privé s'est mis à se développer dans tous les pays par la création des établissements privés tel que les cliniques privées, les laboratoires d'analyse médicale et les dentistes....

Le développement de secteur privé n'était pas facile, car il a eu des obstacles et pour remédier à ces obstacles et aux problèmes de secteur de la santé, il y eut un partenariat public privé pour atteindre ces objectifs ce partenariat représente plusieurs types ainsi plusieurs contrats.

Cette approche de partenariat apporte différents bénéfices et gains aux établissements de santé des secteurs publics et le secteur privé, y compris la réduction des dépenses publiques et l'augmentation de la capacité opérationnelle des entreprises du secteur privé, en plus d'une bonne gestion des soins.

De fait l'injustice de répartition des établissements sanitaires publics, le secteur de santé privé a de larges horizons à exploiter (l'investissement dans des cliniques privées dans la région isolée) et comme y a le partenariat public privé une justice régionale sanitaire est instaurée dans ces régions.

## Conclusion générale

Le système sanitaire algérien privé est connu pour ces prix excessifs, le partenariat entre le public et le privé met des solutions comme le service de remboursement ou bien l'assurance maladie ou la mutuelle, ces services rend les prix accessibles au citoyen algériens.

Le secteur sanitaire privé apporte au partenariat public, privé diverses améliorations, comme la dernière technologie est un matériel plus performant et plus puissant importer depuis l'étranger. Ainsi que les réactifs et les médicaments et les vaccins importés des pays européens en générale.

Donc on peut dire si ce n'est pas cette importation de l'étranger le privé n'as pas vraiment beaucoup de nouveauté à apporter au secteur de santé publique, de ce fait on peut dire sans un partenariat étranger, le PPP sanitaire n'apporte pas une amélioration significative au secteur de la santé algérienne.

On a constaté plusieurs problèmes de secteur de santé publique ; tels que les problèmes lient aux financements, le manque des infrastructures, le manque des moyens médicaux et le peu de personnel médical qualifié disponible. Ainsi le manque de l'organisation du système de santé qui malgré tous les efforts, l'offre sanitaire algérienne reste inférieure aux besoins du pays.

L'Algérie est une pays où le système de santé publique seul est insuffisant pour répondre au besoin de la population. Ainsi, le système de soins privé est apparu pour complimenter le public, de fait qu'il est impossible de remplacer un système aussi enceins, de plus dans une pays où le revenu moyen est insuffisant pour des soins payants.

Après l'apparition du système privé Algérien a mis des dispositifs et des lois pour mieux gérer le partenariat qu'est une nécessité pour améliorer le système de soins. Ainsi, avoir moins de problèmes entre les deux partenaires, et plus de bénéfices.

Le partenariat entre les deux systèmes public et privé est mis en place pour que le privé remédie au dysfonctionnement de privé, et en contrepartie le privé bénéficie de corps médical de la santé publique. La complémentarité aide à développer le secteur de la santé.



***Bibliographie***

## Bibliographie

### a. Livre

- CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. Sociologie de la santé, institutions profession malade. Paris : Armand, 2004.
- Dr.Anas Muhammad, Cadres juridiques pour l'utilisation des cellules souches, Dar al-Kutub al-Qanuniya, 2014, p16.
- Cass. Civ. 28 Janvier 1942, D 1942, I.

### b. Mémoires de magistères

- AMALOU.M : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009.
- ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012,
- MAHFOUD Nacera, LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES, THÈSE Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN SCIENCES Filière : Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université A.MIRA-BEJAIA, 2018 / 2019.
- MAHFOUD Nacera, LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES, THÈSE Pour l'obtention du grade de DOCTEUR EN SCIENCES Filière : Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, Université A. MIRA-BEJAIA, 2018 / 2019.
- AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.

- 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/wpcontent/a2-1zahnati-ahcene-communication.pdf>,
- ZIANI, Zouina. La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie : Références à des expériences étrangères et enquête auprès des médecins libéraux de la Wilaya de Bejaïa. Mémoire de Master.
- Economie de la santé. Bejaïa : Université ABDERAHMANE MIRA, 2013.
- AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.
- AOUCI Nacera, BELMADANI Farida, L'évolution du secteur privé de soins en Algérie : quelle trajectoire de 1962 à nos jours ? Mémoire de fin d'étude En vue de l'obtention du Diplôme de Master En sciences économique Option : Économie de la santé, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou faculté des sciences économiques commerciales et de gestion, Promotion : 2016-2017.
- Abdelmadjid Mahieddine, droit de la santé master 1, 2019-2020.
- Djilali Chawar, Décisions islamiques sur les questions de changement sexuel et de clonage humain, Journal algérien des sciences, Juridique, économique et politique, Faculté de droit, Université d'Alger, n°3, 1998, p.29.
- ALICHE Roza, BELDJILAI Louiza, Le secteur privé de soins complément de secteur public Cas : Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers », mémoire fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de Master en Science Economique Faculté des sciences économiques, commerciales Et des sciences de gestion Département des sciences économiques, Université mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, 2017.

### **c. Communication scientifique**

- Amir Faraj Youssef, Dispositions en matière de responsabilité pour les infractions médicales, 2007, p227.
- Ayman Mustafa, la légalité de l'utilisation d'embryons humains dans la conduite d'expériences de recherche scientifique, 2008, p37.
- Muftah Bashir, Responsabilité pénale des médecins dans les procès médicaux et scientifiques, 2005, p65.
- Dr. Belhaj Al-Arabi, Limites légales et éthiques des expériences médicales sur les humains, p102
- Société Algérienne de Médecine La réforme du système de santé. 2001
- Ministère de la santé et de la population : développement du système national de santé stratégies et développement. Mai 2001
- Perspectives de la réforme : expériences étrangères. Septembre 2002
- Perspectives de la réforme : expériences étrangères. Septembre 2002
- Le system de santé publique en Algérie : Analyse et perspective, avril 2006.
- Rapport intérimaire sur les stratégies de santé publique et la sécurité sanitaire nationale. Octobre 2010.
- MSPRH, état de santé des algériennes et des algériens, rapport annuel, 7 AVRIL 2002.
- Secrétariat d'état chargé de la réforme hospitalière, LA REFORME HOSPITALIERE cadre conceptuel et démarche opérationnelle, Mars 2021.
- Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du Oovid-9 quels enseignements sur ses défaillances. Z. Snoussi. Cahiers du CREAD Volume 36 n°03 2020.
- Comptes nationaux de la santé de l'Algérie, Années 2000-2001, mai 2003.
- OUFRIHA Fatima Zohra, CETTE CHERE SANTE, une analyse économique du système de soins en Algérie, centre de recherche en économie appliqué pour le développement (C R E A D).
- Hamid Abdel-Wahhab, Responsabilité médicale pénale, Journal of Law and Sharia, cinquième année, 1981, p192.
- OUFRIHA F-Z : *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, Alger, 1992.

- RT. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.
- CHAOUI F, LEGRO M« Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012.
- Système National de Santé ». Assises Nationales de la santé, Alger 26,27 et 28 Mai 1998.
- Cours de Prof Zoubida Zaidi, Les systèmes de santé Monde et Algérie. Document pdf.
- Agence canadienne de développement international [archive] : Qu'est-ce qu'un système de santé ?
- OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs « ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé », CREAD N°41 1997.
- OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p. 51
- Ahcène et PEYRON, Article ZEHNATI, Christine. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement, Monde en développement 2015 (n°170), p.124. Consulté le 25/10/2017.
- Journal officiel, **22 /10 /2007** <https://www.google.com/search?q...> (consulté le 23 /9 /2017).
- Depuis 1999, les médecins du secteur public ont la possibilité, en complément de leur activité publique, d'exercer dans le secteur privé (pour une analyse de cette double activité, voir Zehnati et Peyron, 2014).
- L'article 343 de la loi sur la santé, qui requiert le consentement du patient à tout travail ou traitement médical.

### **Lois et décret**

- Loi n°85-05 du 16Février 1985 relative à la promotion et la protection de la santé.
- Loi n°85-05 du 16Février 1985 relative à la promotion et la protection de la santé.
- Article de Droit de l'homme ONS
- Loi n° 18-11 du juillet 2018 relative à la santé. Journal officiel.
- Article 8 de décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.