

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de Master

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Science Economique

Spécialité : Economie de la santé

Thème

***Le secteur privé de soins complément
de secteur public***

***Cas : Etablissement hospitalier privé « Les
Oliviers »***

Présenté par :

- ALICHE Roza
- BELDJILAI Louiza

Encadré par :

Mr. SALMI, Madjid, UMMTO

Devant le jury composé de :

Président: Me. LOUGAR..... à l'UMMTO.

Rapporteur : Mr. SALMI..... à l'UMMTO.

Examinatrice : Mr OUNASSI..... à l'UMMTO.

Promotion 2017

Remerciements

Nous tenons tout d'abord et avant tout à rendre grâce à Dieu de nous avoir donné le courage et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.

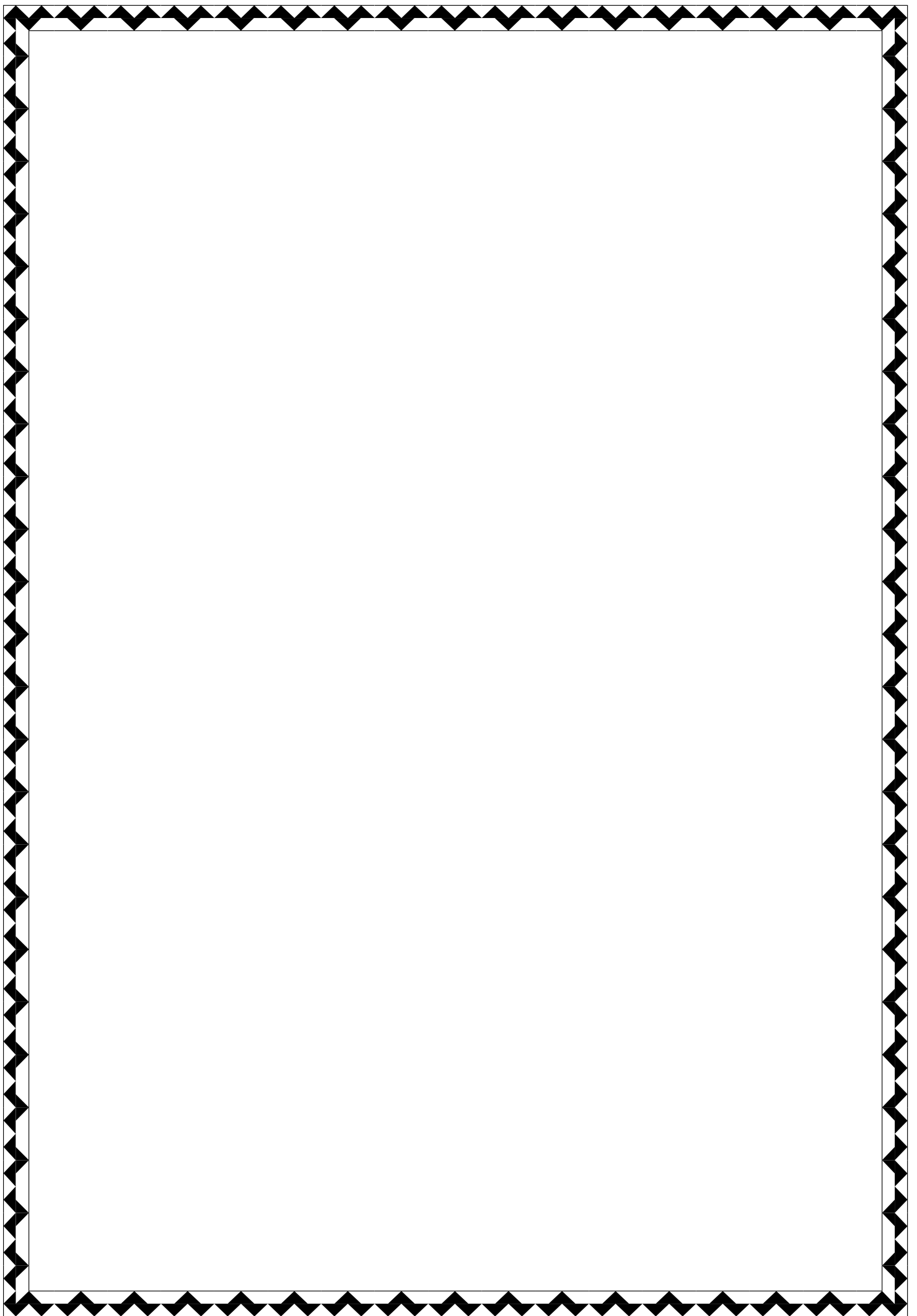
La réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

Nous exprimons nos *sincères reconnaissances et plus vifs remerciements* à Mr SALMI Madjid pour son encadrement, *ses conseils, ses encouragements et ses orientations* qui nous a permis d'avancer sur ce travail et grâce aux lui ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Nous remercions chaleureusement les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements le directeur général du L'EHP de Les Oliviers, M^{me} AKHELIOUAT Katia, du L'EHP, et les médecins du L'EHP, qui nous ont accordé un peu de leur temps lors des entretiens, sans quoi la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Nous voudrions remercier également tous ceux qui ont apporté leur aide de près ou de loin et contribué à la réalisation de ce mémoire, qui fut pour nous une expérience très enrichissante.





DÉDICACES

À nos chers parents

À nos familles

À nos amis



Liste des tableaux

Tableau	Titre	N°
<i>Tableau n° 01</i>	Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé	15
<i>Tableau n° 02</i>	Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe	22
<i>Tableau n° 03</i>	Nombre de cliniques fonctionnelles et en projet (sans l'hémodialyse) en 2010	47
<i>Tableau n° 04</i>	réparation des cliniques privées selon la spécialité investie en 2010	48
<i>Tableau n° 05</i>	Capacité litière et nombre de salles d'opération suivant la nature de la clinique en 2010	49
<i>Tableau n° 06</i>	Répartition du nombre de lits selon la nature de l'activité dans le secteur public en 2010	49
<i>Tableau n° 07</i>	Nombre de tables d'opération en état de marché dans le secteur public en 2010	50
<i>Tableau n° 08</i>	Effectifs du personnel de l'EHP par catégorie	59
<i>Tableau n° 09</i>	L'évolution du nombre des patients hospitalisés	62

Liste des figures

Figure N°01 : Le réseau privé des soins.....
Figure N°02 : l'évolution des nombres des cliniques médico-chirurgicale: 1990-2013
Figure N°03 : problématique de recherche
Figure N°04 : Objectif de recherche
Figure N°05 : L'évolution du nombre des patients hospitalisés
Figure N° 06 : Effectifs du personnel de l'EHP par catégorie.....
Figure N° 07 : organigramme de la clinique des olivier

Listes des annexes

Annexe N° 01 : Décret n°88-204 du 18 octobre qui a suivi la loi n°88-15 a fixé les conditions de réalisation

Annexe N° 02 : Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

Annexe N° 03 : Convention entre praticiens et l'EHP

Annexe N° 04 : les coordonnées de l'EHP

Annexe N° 05 : Fiche d'évacuation de malade entre établissements de santé de l'EPH de tizirt

Annexe N° 06 : Fiche d'évacuation de malade entre établissements de santé de l'EHS S'BIHI Tassadit TIZI-OUZOU

Annexe N° 07 : Fiche d'évacuation de malade entre établissements de santé

Liste des signes et abréviations

B.A.O : Biais Du Bouche A Oreille

B.M : Banque Mondial

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

F.M.I: Font Monétaire International

G.H.M : Groupes Homogènes De Malades

O.M.S : Organisation Mondiale De La Santé

O.R.L: Oto-rhino-laryngologies

P.A.S: Plan d'Ajustement Structural

P.I.B : Produit Intérieur Brut

P.M.A : Procréation Médicalement Assistées

S.S : Secteur Sanitaire

Sommaire

Introduction générale..... 01

Chapitre I:le secteur public de soins en Algérie.

Introduction 07

I-1 Présentation de système de santé Algérien..... 07

I-2 Le financement de système national de santé 15

I-3 Les dysfonctionnements du système de soins 21

Conclusion 29

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Introduction 31

II-1 l'émergence de secteur privée de soins en Algérie 31

II-2 les cliniques prive en Algérie..... 39

II-3 l'évolution et le fonctionnement des cliniques privées en Algérie 46

Conclusion 52

Chapitre III : le secteur privé de soins complément de secteur public.

Introduction..... 55

III-1 1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude 55

III-2La complémentarité « public-privé ». 64

III-3Analyse et interprétation des résultats..... 69

Conclusion 74

Conclusion générale 76

Bibliographie..... 80

Annexes.

Tables des matières.

Introduction général

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* »¹

Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, dans des sanatoriums des centres de santé, un centre de lutte contre le cancer, 13 cliniques totalisant 40000 lits d'hospitalisations 12, 820 unités légères (160 polycliniques et 660 centres de santé), la plupart résultant de reconversion de différentes unités légères, 1344 salles de soins.

En effet l'Algérie comme tous les pays en voie de développement a accompli des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population, Le système de santé en Algérie est fondé sur une répartition des soins et la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective de malades, afin d'assurer le bien être social en facilitant l'accès aux soins pour la population. « *Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques* », surtout dans un contexte économique favorable et l'absence des contraintes financières au cours des années 70 et au début des années 80, grâce aux recettes pétrolières. Cette période a été marquée par une réorganisation profonde du système de santé avec d'abord, l'instauration de la gratuité des soins en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant la gratuités des soins), puis la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires (les hôpitaux, polycliniques et centres de santé....etc.) et enfin l'investissement dans la formation du personnel médical, ce qui a donné plus tard des résultats satisfaisants en terme d'amélioration de l'état de santé de la population.

Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système national de santé et qui risquent de remettre en cause deux principes fondamentaux à savoir l'accessibilité et l'équité. Ainsi, le système de santé connaît un certain nombre de faiblesses (l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ces modalités de financement face aux mutations socio-économiques, démographiques et

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

épidémiologique que connaît le pays)¹, sur la base de ces faiblesses est avec La crise économique qu'ont connue les pays en 1986 suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne , l'Etat entrainent un freinage de la création de l'emploi dans la fonction publique. L'ouverture ou secteur privé était plus que nécessaire, Dans le secteur de la sante, toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin de service civil, et la suppression du zoning², Le secteur Privé passe alors de la contrainte a la liberté³.

Intérêt et importance de sujet

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

Sur le plan scientifique, ce sujet peut servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, et procurer des informations qui peuvent se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

L'importance de ce sujet vue qui est un sujet d'actualité et se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

Motifs de choix du sujet de recherche

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

Motifs objectifs : on a choisi ce sujet pour des raisons objectives suivantes:

La transition que connaît l'Algérie en l'occurrence l'émergence du secteur privé de sante ces dernières années.

- Manque des travaux universitaires sur le sujet.

¹ Abdlahak SAIHI, *le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives*, Maitre de conférences, ENA, Alger, avril 2006, (disponible sur : <https://fr.scribd.com/document/253683229/Le-systeme-de-sante-publique-en-Algerie>), 17/09/2017

² Mesure par les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une réparation équilibrée des professionnels de santé sur le territoire

³

- Le choix de la clinique privée « les oliviers » comme terrain d'étude de notre sujet est justifié par le fait que le CHU de tizi ousou est proche de celle-ci, ce qui permis une meilleure prise en charge des malades adressés par l'hôpital.

Motifs subjectifs: et pour raisons subjectifs telle que

- Vu que notre sujet est un sujet très riche et vivant donc on a essayé de le traiter dans le domaine de l'économie de la santé.
- En traitant ce sujet, nous avons en l'occasion d'approfondir nos connaissances dans le domaine de l'économie de santé ce qui nous permettra de mieux exercer dans l'avenir.

Problématique .:

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

De ce fait notre problématique s'articule autour de la question suivante :**est ce que le secteur privé de soins est complément du secteur public, en prenant comme cas d'étude la clinique privée « les olivier » ?.**

Pour élargir notre champ d'analyse, on a subdivisé cette question principale en trois sous question à savoir :

- Comment se présente le système de sante public de soins en Algérie ?
- Quel est l'apport de l'émergence du privé dans le secteur de la santé ?
- existe-il une complémentarité entre le secteur prive de soins et le secteur public ?

L'objectif de l'étude :

L'objectif général de la présente recherche est d'évaluer la relation qui existe entre le secteur privé de soins est le secteur public en nous basant sur les données collectées au sein de la clinique privé « les oliviers ».

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

- Identifier le secteur public de soins en Algérie
- Déterminé les causes de l'émergence de secteur prive de soins, ces contraintes est son apport.
- Evaluer La relation entre les deux secteurs.

Méthodologie de recherche :

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons adoptés une démarche de travail basée sur des notions théoriques par des recherche bibliographique est une étude sur terrain.

La recherche bibliographique portent essentiellement sur :

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

Quant à l'étude réalisée sur terrain, nous avons distribué des questionnaires destinés aux professionnels de sante exerçants au CHU de Tizi-Ouzou et à la clinique prive « les oliviers » a fin de collecter de mémoire vivants les informations recherchées et de les analyser.

Structure de l'étude

Le plan de notre travail de recherche sera subdivisé en trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.il est présenté de la façon suivante :

- Le premier chapitre est subdivisé en trois sections. Dan la premier section on va présente le système de sante nationale et comment la sante est développer dans le secteur public de soins et La deuxième sera consacrée sur le financement des hôpitaux public, et enfin on va voir les déférents problèmes(les disfonctionnement) de secteur public de soins.
- Pour le deuxième chapitre va traiter le secteur privé de soins en Algérie celui-ci va présenter L'émergence de secteur privé de soin e Algérie, et les couses de développement de ce dernier, dans la deuxième section on va expliquer la naissance des cliniques privée et leur répartition territorial. Enfin on va voir l'évolution des cliniques privée en Algérie depuis leur autorisation jusque à l'année de 2013.
- Le dernier chapitre représente une analyse du processus de complémentarité entre le secteur prive de soin et le secteur public de soins en Algérie et les passerelles qui existe entre le privée et le public.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

Introduction :

A l'indépendance, le système de santé, fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentré dans les centres urbains (Alger, Constantine, Oran), était inadapté à la réalité sociale. Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé. En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué et, la constitution de 1976 intègre le principe de gratuité. L'Etat était devenu alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses. Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont pas abouti aux résultats espérés, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.

Dans ce chapitre, nous présenterons le système national de santé et les étapes de son évolution depuis l'indépendance, puis le financement et à la fin le dysfonctionnement de ce système.

I-1 présentation de système national de santé

Le système national de santé : Loi sanitaire 85.05: Art 4 « Le SNS se définit comme l'ensemble des activités et des ressources humaines matérielles et financières, destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population »¹.

« Le SNS doit être organisé pour prendre en charge les besoins en santé de manière globale, cohérente et continue»

- 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.

¹ Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

- Ce système est basé sur le renforcement du secteur public afin d'assurer un développement réel de la gratuité des soins .il est piloté par l'Etat, au niveau national comme au niveau régional.

L'objectif d'un système de santé est la mise en oeuvre concrète de la politique de santé, en vue d'améliorer la santé des citoyens.

I-1-1 Historique de système de santé en Algérie de 1962-1989 :

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962 ce qui engendre à avoir plusieurs changement dans le système de santé. Deux périodes essentielles s'étendant schématiquement de 1962 à 1973, de 1974 à 1988, ont marqué l'évolution de notre systeme de santé.

Avant l'indépendancel'introduction graduelle de la médecine moderne les colons dévolus dans un premier temps au service de l'armée, et destinée principalement à la population européenne, qui a fini par gommer au fur et à mesure de son extension, la pratique ancestral de médecine traditionnelle qui elle-même trait en grande partie ses origines de la médecine arabe. Durant la période coloniale, l'accès aux soins était inéquitable, et les indigènes étaient particulièrement défavorisés.

I-1-1-1 La phase 1962-1973: reconstruction d'un système dévasté par la guerre.

L'Algérie héritait en 1962 d'un système de soins profondément marqué par la logique de la colonie de peuplement. Contrairement à beaucoup d'autres pays anciennement colonisés. L'Algérie s'est retrouvée à l'indépendance avec une infrastructure des équipements de soins en nombre relativement important même si leur répartition géographique était très déséquilibrée. On compter un hôpitalo-centriste, répartie au Nord, dans les villes, dans les grandes métropoles et dans les zones agricoles riches, couvrent ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins.

En 1962 dans le secteur public: trois hôpitaux régionaux, un hôpital dans la plupart des villes du nord du pays, et des dispensaires et centres d'assistance médicales gratuites (AMG) dans presque toutes les agglomérations.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

Au total, ce secteur disposait de 40 000 lits pour dix millions d'habitants. Le secteur privé était constitué de 2500 cabinets dans les grandes villes et couvrait presque l'ensemble des spécialités. En janvier 1962, il y avait environ 2500 médecins; ils n'étaient plus que 600, dont 300 algériens, en juillet 1962.

Quelques indicateurs:

- Mortalité infantile très élevée: 180/1000 en milieu urbain.
- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans.
- Densité de 1, 2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants.
- Densité de 1 à 2 chirurgien-dentiste / 100 000 habitants.
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants.
- Accès aux soins difficile pour les populations rurales.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé publique marquée par deux orientations majeures : d'une part la volonté d'une prise en charge massive des problèmes de santé de la population par l'Etat (Médecine quasi exclusivement publique) ; d'autre part, un financement des dépenses de santé assuré essentiellement par la fiscalité étatique.

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

- La réactivation des structures de santé laissées en place et offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- L'établissement d'un programme de santé pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité)
- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programme par l'Etat du fait de revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400\$ US).

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

I- 1-1-2 La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé

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

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

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

Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973 instituant la gratuité des soins, la mise en oeuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire (1000 médecins par an) ou encore la programmation sanitaire du pays (PSP) en 1975 avec l'adoption de normes de santé :

- Un centre de santé pour 6 à 7000 habitants ;
- Une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants
- Un hôpital par daïra
- Un hôpital par wilaya

Entre 1975 et 1979, plusieurs programmes ont vu le jour : la mise en oeuvre dans tout le pays, du programme élargi de vaccination, l'instauration du service civil (notamment pour les médecins) et la création par décret du «secteur sanitaire » et des « sous-secteurs sanitaires»¹.

Ces actions ont sensiblement amélioré l'état de santé de la population algérienne par rapport à la situation qui prévalait à l'indépendance. Néanmoins, les disparités régionales qui existaient

¹ Rapport NABNI 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, Janvier 2013, p 6, (disponible sur : www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/rapport-nabni-20201.pdf) consulté le 10/09/2017

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

déjà à l'Indépendance (polarisation des infrastructures et des compétences médicales dans les grandes villes du Nord du pays) demeurent importantes.

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la santé atteint près de 7% du PIB. Ce qui a engendré les améliorations suivantes :

- Les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux sont édifiés, Cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la couverture nationale en lits, mais pêche malheureusement par une implantation géographique inadéquate des unités par rapport aux évolutions des besoins et, souvent, par une architecture inadaptée au milieu environnant.

Une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans étude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à la maintenance

I-1-1-3 La phase 1988-1999 Les effets du PAS sur le système de soins en Algérie

En 1994, L'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du programme d'ajustement structurel (PAS) imposé par le FMI en raison des difficultés économiques auxquelles elle était confrontée. En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel (PAS) sont :

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

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique tentent de limiter les déficits publics et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit essentiellement par une double action¹:

- Action de limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts.
- Action d'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

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

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

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

Depuis la réorganisation de décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements hospitalo-universitaires (EHU), et des établissements publics hospitaliers (EPH), et des centres hospitalo-universitaires (CHU) ou établissements hospitaliers spécialisés (EHS), et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP), il n'existe pas dans les textes d'articles concernant la hiérarchisation des soins et précisant les relations entre ces différentes structures publiques. Les structures du secteur public : hôpitaux, polycliniques, maternités, centres de santé et salles de soins.

¹ Oufriha F.Z, *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*, Revue de Cahiers du CREAD n° 41, 3ème trimestre 1997. P. 89, disponible sur : <https://www.asjp.dz/en/downArticle/22/12/41/15379>, (consulté le 21/0/2017).

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

I-1-2 La remise en cause partielle de la gratuité des soins en 1984

La mise en place du ticket modérateur, La généralisation¹ de l'accès aux soins est inscrite dans les textes doctrinaux de l'Algérie qu'il faut à tout prix concrétiser sur le terrain. Les dispensaires antituberculeux, les centres d'hygiène scolaires sont rattachés aux établissements hospitaliers formant, peu à peu, ce qui devient les secteurs sanitaires actuels qui ont la charge de la distribution de soins à toute la population algérienne qu'elle soit citadine ou rurale.

L'absence de contraintes financières est, sans nul doute, l'hypothèse la mieux plausible de l'instauration de la médecine gratuite, prise en charge par l'Etat voulant instaurer à l'instar des pays socialistes le même système de gratuité des soins en vue de la promotion de la santé de toute la population. Le système de santé ainsi généré manque d'efficacité surtout au plan des objectifs qui ne sont pas, hélas, clairement et préalablement définis.

Les politiques de santé suivies jusque là sont axées sur le curatif en occultant la prévention et sur l'hospitalo-centrisme en marginalisant les structures de soins légères qui prodiguent les soins de base.

Le rétablissement du ticket modérateur a vu un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire ainsi que les analyses de laboratoire et de biologie devenir payants. Ce revirement d'attitude vis à vis de la médecine gratuite est la conséquence d'une consommation abusive de soins par les ménages algériens et surtout par le glissement opéré dans la politique algérienne de santé qui est passée d'une logique de la satisfaction des besoins à celle de l'endiguement des dépenses de santé.

Traditionnellement, on distingue plusieurs catégories d'établissements publics de santé :

- **Les centres hospitaliers universitaires(CHU)** : accueillent les étudiants en médecine durant leur cursus. Il existe un établissement hospitalo-universitaire à Oran, dont le statut est différent du statut des centres hospitalo-universitaires.
- **Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS)** : ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent

¹ La gratuité des soins est mise en application par l'ordonnance n°73.65 du 28 décembre 1973.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

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

- **Les établissements publics hospitaliers (EPH)** : sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

- **Les établissements publics de santé et de proximité (EPSP)** : sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques. Ainsi, en 2013 le secteur public de soins de santé comptait¹:

- ✚ 14 Centres Hospitalo-universitaires (CHU) avec 13 254 lits d'hospitalisation,
- ✚ 5 Etablissements Hospitaliers (EH) avec 850 lits d'hospitalisation,
- ✚ 69 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) avec 10952 lits d'hospitalisation,
- ✚ 195 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) avec 38 156 lits d'hospitalisation,
- ✚ 71 Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP),
- ✚ 1627 Poly Cliniques avec 3387 de lits d'urgence,
- ✚ 417 maternités avec 3022 lits,
- ✚ Et 5484 salles de soins.

¹ Khoukha MEKLALT et Brahim BRAHAMIA, *Le Système de Santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, disponible sur : <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?>, (consulté le 22/09/2017).

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

I-2 Le financement de système national de santé:

I-2-1 Financement de la santé en Algérie

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

Tableau n1°: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé

Année	L'Etat	La sécurité sociale	Les ménages
1974	76,51	23,49	00
1979	60,88	38,58	0,54
1986 ²	36,60	61,40	2,00
1992	31,50	38,87	29,63
1996	38,45	35,66	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
2000	47,27	26,03	26,7
2002	48,42	26,88	24,7
2003	50,38	27,01	22,6
2004	48,43	24,01	27,5
2006	53,8	27,4	18,8
2007	50,7	30,9	18,4
2008	55,1	31	13,9
2009	55,2	31	13,8

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

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

I-2-1-1 Maintien de la participation de l'Etat

La participation de l'Etat au financement de la santé est une priorité, il occupe le premier rang avec une participation majoritaire. Le gouvernement finance tous les titres de dépenses à savoir : les dépenses du personnel, de biens et services, transfert et d'investissement. Cette participation a pour garantir la solidarité sociale, la cohésion sociale et la promotion de la santé.

La plus grande part du financement budgétaire provient du ministère de la santé, plus de trois-quarts de budget général de l'Etat. Toutefois, cette part a connue une augmentation assez importante, en passant de 37,39% en 1997 à 50% en 2003, pour atteindre 55,2% en 2009, soit une augmentation de 18 % au cours de deuze ans.

D'autre part, les départements ministériels contribuent au budget de la santé, tels que :

le ministère de la défense par le financement des hôpitaux militaire, le ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique par la prise en charge des médecins des CHU, le ministère de l'éducation et le Ministère de la jeunesse et du sport mènent les activités de prévention. Aussi, d'autres ministères finances les établissements de la santé destinés à des groupes biens précis¹.

I-2-1-2 Consolidation de la sécurité sociale

La sécurité sociale constitue un important agent « financeur » de la santé en Algérie. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement surtout à partir de 1985, après les premiers signes des difficultés économiques et financières induites après la chute des prix des hydrocarbures à la fin des années 1980².

Durant les années 70, la participation de la sécurité sociale aux dépenses totales de santé connaît une faible part, soit 23,49% en 1974. Cette faible participation se justifie par la participation de l'Etat qui couvrait une part dominante (76,51%), en raison de l'excédent financier de cette époque. Cependant, la participation de la sécurité sociale se chiffre suite à la crise qu'a connue le

¹ MSPRH : La politique nationale de la santé. MSPRH, Algérie, 2006.

² Larbi L : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, p 51.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

pays (chute des rentes pétrolières), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1999, la part de la sécurité sociale dans les dépenses totales de santé a connue une baisse, soit 29,33%. Cette situation est due à l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières enregistrées, soit 28,9 dollars pour le baril en 2003 et 65,40% en 2006.

En 2008, la part de contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé est prépondérante, elle présente plus de 33%, comparativement aux années précédentes, celle-ci a baissée, puisque elle était de 45% auparavant¹.

I-2-1-3 Contribution des ménages

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

Les dépenses de santé des ménages commencèrent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé du pays.⁶² En effet, elles représentent près qu'un quart des dépenses de santé entre 1992 jusqu'à 2005.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître, soit 18,8% en 2006, 18,4% en 2007 et atteindre 13,8% en 2009. Cette situation peut être expliquée par la part importante de l'Etat suite à l'embellie financière qui a caractérisée l'économie algérienne à partir de cette période, et cela grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures.

¹ Foudi Brahim : La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et Marocain : Etat des lieux, Mémoire de magister en sciences économiques, Université A Mira de Béjaia, 2011, p117.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

I-2-2 Le financement de secteur public de soins :

I-2-2-1 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 antitarchomateux...peu développées alors, était financé théoriquement par trois sources distinctes et complémentaires correspondent ou trois catégories de malades qui pouvaient fréquenter l'hôpital.

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 sala correspond au recrutement dan ces catégories ou à une part de non-paiement.

Les remboursements de frais :

Ils devaient provenir des assurances sociales (ensembles des régimes) du fait des soins dispensés aux assurés ou à leurs ayant-droits hospitalisés.

Ces « remboursements » étaient calculés sur la bas 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 sembles t-il.

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 post-indépendance, 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,

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

toutefois le « manque à gagner », encouru par les hôpitaux qui n'envoient pas à temps leurs créances¹.

Les assurances sociales, qui accumulent par ailleurs des excédents financiers ne contribueront pas pour plus de 30% en moyenne sur la période ou financement des hôpitaux, et ne participent pas à concurrence de leur utilisation du système de soins. Il faut cependant remarquer que les excédents financiers de la sécurité sociale ne proviennent pas ou pas uniquement du fait des assurances sociales mais aussi des allocations familiales et des retraites.

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 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'indigènes, 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 le malade. Suite aux changements fréquents de résidence de la population au lendemain de

¹ 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), P41, 42.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

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 derniers¹.

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 deçà de ce que ces derniers devraient payer et que l'essentiel est financé par le biais du budget de l'Etat.

I-2-2-2 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 agents 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 la mesure où on ne spécifie pas le contour de ce qui va être gratuit, un certain nombre de

¹ OUFRIHA Fatima Zohra, Op. Cit, P43.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

tendances dont certaines inscrites déjà en filigrane, vont produire tous leur 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 ou plan individuel, il est reporté ou 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 social... question sur laquelle l'impasse a été totale.
- On aurait pu le faire financier par les assurances sociales complètement aménagées quand à leurs principes, et leur mode de fonctionnement. Il fallait alors trouver les modalités de participation au financement des deux principaux bailleurs de fonds.

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 social, 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 hospitalier 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 ».

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

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 sanitaires 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 extra-hospitalières, 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 au 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.

I-3- les dysfonctionnements du systeme de sante

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 indéniable¹.

I-3-1- les causes principales des dysfonctionnements du système de santé algérien

L'Algérie subi depuis 30 ans les conséquences d'une transition sanitaire accélérée, avec la combinaison des 3 transitions : une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques ; une transition démographique avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population; et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité².

I-3-1-1-Transition démographique :

Au lendemain de l'indépendance, en Juillet 1962, le pays comprenait environ 8 millions d'habitants. Sortant d'une longue et meurtrière guerre, cette population était souvent localisée dans des zones de regroupements forcés de l'armée française ou agglutinée dans les banlieues des grandes villes. Elle ne connaissait ni hygiène ni scolarité des enfants ni même la protection

¹ MSPRH, état de santé des algériennes et des algériens, rapport annuel, 7 AVRIL 2002.P36.

² Khoukha MEKLALT et Brahim BRAHAMIA, *Le Système de Santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, disponible sur : <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?>, (consulté le 22/09/2017).

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

contre la sous-alimentation et la mortalité infantile était très élevée. Il passe à un effectif de 36,8 millions d'habitants en 2011.

La mortalité et l'espérance de vie constituent des indicateurs démographiques les plus importants en santé publique et leurs taux représentent l'état global de santé d'une population.

L'espérance de vie : L'espérance de vie est légèrement plus élevée, une fois le premier anniversaire dépassé et ce, en raison de l'impact encore important de la mortalité infantile.

Tableau 2 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe

Année	Hommes	Femmes	Ensemble
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,9	58,8	57,4
1985	72,7	64,2	63,6
1991	66,9	67,8	67,3
1996	66,8	68,4	67,7
2000	70,3	72,8	71,5

Source : ONS

Ainsi, l'espérance de vie à la naissance a gagné une vingtaine d'années depuis l'indépendance. A titre comparatif, les pays les plus développés ont une espérance de vie avoisinant les 80 ans, avec généralement une structure de population marquée par le poids des personnes âgées donc de catégories davantage soumises au risque de mortalité.

Dans les pays développés, l'espérance de vie à 60 ans se situe autour d'une vingtaine d'années : en France, en 2000, les hommes peuvent espérer vivre encore 20 ans à 60 ans et les femmes 25 ans.

En Algérie, l'espérance de vie à 60 ans est estimée en 2000 à 17 années et peut atteindre 18 ans pour les femmes. Ainsi, après avoir dépassé le cap difficile de l'enfance et pour les femmes, celui de la maternité, l'espérance de vie des Algériens et surtout celle des Algériennes se rapproche de celles des pays développés.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

La mortalité en Algérie

La mortalité générale a connu une réduction importante au cours de la période post indépendance. Le nombre de décès dans la population totale va en diminuant et ce malgré l'augmentation de l'effectif global de la population.

➤ **La mortalité générale**

Par groupe d'âge et conformément au schéma universel, la mortalité, toujours élevé aux premiers mois de la vie, diminue pour atteindre son minimum autour de l'âge de 10 ans ; elle augmente ensuite progressivement aux âges suivants. Il est à noter qu'au delà d'un an, les facteurs endogènes, généralement liés aux malformations, tares génétiques, traumatismes de grossesses et de la maternité.....etc, tendent à devenir nuls. L'essentiel des décès est du alors aux facteurs exogènes, liés ordinairement à l'environnement.

➤ **La mortalité infantile**

La mortalité infantile a nettement régressé depuis l'indépendance. De 142 pou mille en 1970, elle passe à 84,72 pour mille en 1980 pour atteindre 51,1 pour mille en 2000. Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales d'existence et de la mise en oeuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile, dans lequel la vaccination occupe une place de choix. Toutefois, il est à souligner que la mortalité pendant les premières années de vie reste toujours un sujet de préoccupation en matière de santé publique.

➤ **La mortalité maternelle**

Au cours des deux dernières décennies, l'Algérie a connue une diminution de taux de mortalité maternelle, le taux enregistré en 2012 est de 4.72%. Cette baisse est due à la fois, aux réductions de la fécondité et à l'amélioration générale de la prise en charge des grossesses et l'accouchement.

I-3-1-2- la transition socio- économique

La transition socio-économique se manifeste par le changement de plusieurs indicateurs socio-économiques caractérisant la population algérienne.

- **La sédentarité** : elle se manifeste par l'urbanisation accélérée de la population algérienne, passant de 1/3 de la population est urbain au lendemain de l'indépendance à plus des ¾ de la population en 2014 (75,39% en 2014).

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

- **Le changement des habitudes alimentaires :** la sédentarité et la baisse du pouvoir d'achat des algériens a modifié manifestement leurs habitudes alimentaires. La consommation des fruits et des légumes a sensiblement baissé en faveur des sandwiches, des pizzas, des sucreries et des surgelés. Ce qui engendre le problème de l'obésité, en Algérie un enfant sur trois est obèse et risque de le rester toute sa vie en 2010, et 60% des personnes âgées entre 35 ans et 70 ans ont un surpoids, dont 22% sont obèses selon le ministère de la santé. Le problème de malnutrition et du surpoids est souvent associé au diabète, aux cardiopathies, et au cancer.
- **Le déséquilibre du système de retraite :** Selon les statistiques, la moitié de la population algérienne n'est pas concernée par le système de sécurité sociale. L'équilibre actifs/inactifs risque de se dégrader, notamment si l'on sait qu'en 1998 on comptait 8 travailleurs qui cotisent pour un retraité, aujourd'hui (2014) on ne compte que 2 travailleurs qui cotisent pour un retraité. Ceci est le résultat du vieillissement de la population, l'augmentation du nombre des retraités (451 000 en 1986, 1 032 000 en 1998, 2 500 000 en 2014) tandis que la population active occupée ne progresse pas avec le même rythme (2 647 952 en 1977, 4 341 102 en 1987, 4 958 520 en 1991, 7 568 000 en 2001, 9 599 000 en 2011)¹. Depuis 1985, le taux de prélèvement par salarié pour couvrir les dépenses d'assurance vieillesse a plus que doublé ; 7% en 1985 à 16 % en 2000 et 17,25% à partir de 2006.
- **Le chamboulement du marché de l'emploi :** selon les prévisions, la population active va dépasser la moitié de la population totale d'ici 2020. En effet, la demande d'emploi additionnelle sera très importante entre 500 et 800 000 par an, avec un taux d'activité des -additionnelles s'ajoute naturellement au stock de demandeurs d'emplois déjà existant ce qui va augmenter encore le taux de chômage.
- **Le taux de scolarisation élevé :** Le taux de scolarisation en Algérie est parmi les taux les plus élevés, avoisinant les 98% en 2013. Quant au taux d'analphabétisme, il a reculé de 85% au lendemain de l'indépendance en 1962, 22% en 2008 et 18% en 2013. Le taux de

¹ ONS : enquête emploi auprès des ménages 2011, collections statistiques n°173, série S (statistiques sociales), Alger 2011. P. 6, disponible sur : http://www.ons.dz/img/pdf/publication_emploi2011.pdf.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

passage du primaire au moyen s'élevé à 80%. Quant au taux de passage du cycle moyen au cycle secondaire, il est de l'ordre de 40% en 2013.

- **Frais d'installation plus élevés pour les nouveaux couples :** Sur le plan social, le nombre de famille par ménage à connu compte à lui une baisse. Les recensements montrent une tendance générale à la réduction du nombre de familles par ménage (1,02 en 2011 contre 1,15 en 1998 contre ; 1,25 en 1987 et 1,31 famille par ménage en 1966) et du nombre de familles par logement. Ce phénomène est appelé la nucléarisation des ménages.

Les frais d'établissement engendrés pour les couples relèvent de moins en moins du groupe familial serait l'un des facteurs explicatif du relèvement de l'âge moyen au mariage. Selon l'ONS, l'âge moyen au mariage en Algérie est de 30 ans pour les femmes et plus de 35 ans pour les hommes. Ce constat aura comme conséquence l'orientation de l'épargne vers l'achat de biens de consommation durable notamment immobiliers.

- **L'amélioration du niveau de vie des algériens :** l'IDH algérien est passé de moins de 0,5 en 1980 à plus de 0,7 en 2014 grâce à l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance, au taux de scolarisation et d'alphabétisation et l'augmentation du PIB par habitant (estimé à près de 7500 \$par habitant en 2014).

I-3-1-3- La transition épidémiologique

L'Algérie traverse depuis plus de deux décennies 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 en ce début du XXI e siècle 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 ».

Le système d'information sanitaire ne recense pas l'ensemble des pathologies qui peuvent survenir. De nombreuses maladies échappent ainsi au système d'information. Il est difficile d'obtenir les informations concernant le secteur privé. En plus du secteur privé, de nombreux

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

malades se soignent par les méthodes traditionnelles ou par eux mêmes. Les données disponibles sont loin de représenter la réalité sanitaire de toute la population.

L'Algérie est dans une phase de transition épidémiologique, marquée par la persistance des maladies transmissibles (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses,) dites maladies de la pauvreté, caractéristiques des pays en développement. A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, dites maladies de l'opulence (cancers, diabète, affections cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques), prédominantes dans les pays développés. Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse, va s'accroître avec le vieillissement de la population. Une préoccupation supplémentaire est constituée par les problèmes de santé mentale, dont l'ampleur actuelle et les effets à moyen et long terme ne sont pas à négliger¹.

¹ D. Belarbi Zoubida, transition épidémiologique en Algérie, Université Blida 2, p 197.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

Les maladies transmissibles : Les maladies du programme élargi de vaccination sont les plus fréquentes jusqu'en 1986, suivies par les maladies à transmission hydrique. La plus forte incidence durant cette période a été observée en 1982 avec une incidence de 161,8 pour 100 000 et en 2005, l'incidence étant tombée à 19 pour 100 000 habitants. Quant aux maladies à transmission hydrique, elle constitue toujours des pathologies fréquentes affectant la morbidité et la mortalité. L'incidence a dépassé les 100 pour 100 000 durant les années 1982 et 1983. Ce groupe de pathologies a connu une forte baisse entre 1982 et 2005, période au cours de laquelle le nombre de cas a été divisé par 9.

Les maladies non transmissibles : La situation sanitaire a été dominée par les maladies transmissibles. Comme nous l'avons vu précédemment de grands efforts ont été déployés pour venir à bout de certaines pathologies. Mais depuis plus de quinze ans, un autre type de maladie occupe les premières places dans les causes de morbidité et de décès, «les informations partielles disponibles montrent que la courbe descendante des maladies infectieuses et notamment à transmission hydrique croise celle, des affections propres aux pays développés (cancer, diabète, pathologies cardio-vasculaires...)»

Les maladies chroniques les plus fréquentes, qui touchent de plus en plus les algériens sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies respiratoires chroniques, le cancer, le diabète et les maladies rénales. «Toutefois l'incidence de ces maladies n'est toujours pas mesurée avec rigueur en raison de l'insuffisance de données nationales annuelles MSPRH. La première enquête qui a mis en exergue le poids des maladies non transmissibles date de 1990.

La société algérienne a connue plusieurs mutations d'ordre épidémiologique, social et économique, l'ayant plongée dans un processus de transition sanitaire accéléré, d'une part les maladies transmissibles qui persistent encore à l'égard des zoonoses et des maladies sexuellement transmissibles, qui ne cessent de faire des ravages dans le pays.

D'autre part, le développement des maladies chroniques, maladies dégénératives de longues durées et surtout mortelles suite à l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, la dégradation de l'hygiène alimentaire et de vie, l'urbanisation, l'alphabétisation accrue et la baisse de la fécondité.

CHAPITRE I : Le secteur public de soin en algérie.

De ce fait, le système de santé algérien se trouve contraint de faire face à des coûts de prise en charge importants, mais surtout doit adapter son offre de soins à la nouvelle demande en termes de personnel et de structures sanitaires

Conclusion :

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

Nous avons relevé à travers ce chapitre que, l'Algérie a voulu mettre fin à un système qui ne répondait pas aux besoins de toute une population, en supprimant la médecine libérale et en instaurant un système médical qui se voulait socialiste gratuit et entièrement contrôlé par l'état.

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

Ce qui conduisant à l'augmentation des problèmes, et difficultés qui touche les infrastructures, et les installations de santé, pour garantie la santé des malades ce qui refléter sur la qualité donné

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'a l'offre en médicament. En plus, et malgré tous les efforts, l'Algérie continue à dépendre de l'étranger pour assurer le fonctionnement normal du secteur.

Le système de santé algérien est toujours à la recherche d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des services rendus à la population. Ce système connaît de très profonds problèmes au niveau de l'organisation, de financement, de la formation et de l'information. Ce contexte les a incités à engager des réformes

Introduction

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

L'ouverture du secteur privé était plus que nécessaire, dans le secteur de la santé. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin de service civil, et la suppression du zoning¹, Le secteur Privé passe alors de la contrainte à la liberté.²

Dans ce chapitre nous présenterons l'apport de l'émergence des cliniques privées et les différents entraves qui sont levées. Dans un second point nous tenterons de décrire le paysage des cliniques privées. Ainsi que la forme juridique des structures privées et la répartition territoriale des cliniques. Enfin en terminant par l'évolution des cliniques privées.

II-1 L'émergence de secteur privé de soins.

II-1-1 La privatisation de l'exercice médical en Algérie

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

II-1-1-1 Les contraintes qui pèsent le secteur privé de soins

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

¹ Mesure par les médecins à s'installer dans des zones géographiques définies par les pouvoirs publics afin d'assurer une répartition équilibrée des professionnels de santé sur le territoire.

² Oufriha FZ. (2002). « Système de santé et population en Algérie ». Editions ANEP, Alger

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

heurtera à une forte opposition prendra alors des formes différenciées en fonction du rapport de force des deux courants identifiés¹

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

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

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

L'articulation et l'interpénétration secteur public - secteur privé est donc réalisée par le double système du service civil et de la mi-temps. L'affrontement tourne donc essentiellement autour de la possibilité ou de l'impossibilité de s'installer à titre privé qui conditionne le mode d'exercice libéral pour les médecins et à contrario de l'étatisation pour les décideurs publics².

II-1-1-1-1- l'autorisation de s'installer : délivrée par une commission centrale d'affectation des médecins siégeant au niveau du ministère. Un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional et de faire fonctionner toutes les structures publiques de l'intérieur du pays.

¹ OUFRIHA Fatima Zohra, *la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?*, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1993, pages 13- 15.

² *Ibidem*

II-1-1-1-2- Modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé :

(La mi-temps)¹ s'inscrit, elle aussi, dans la même démarche, et la même vision de couverture du pays de structures publiques de façon équilibrée.

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

II-1-1-1-3-La mise en place d'un zoning : L'exercice privé maintenu implicitement puis explicitement cesse d'être Un privilège octroyé pour devenir un choix offert y compris aux hospitalo-universitaires... Cette possibilité reste toutefois tout à fait théorique pour ces derniers dans la mesure où leur sont interdites les installations dans les villes universitaires par suite de la mise en place d'un zoning. Ce dernier comporte en effet une modulation de la durée du service civil (de deux à cinq ans). Compte tenu de quatre zones géographiques, à priorité croissante en fonction de leur situation plus ou moins favorable. La zone une, jugée prioritaire parce que la plus défavorisée, donnant lieu au service civil le plus écourté. Ce qui attire les candidats à l'installation rapide mais provoque une plus grande instabilité des professionnels de soins.

II-1-1-2 -la liberté totale : La levée de toutes les contraintes.

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

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

¹ Choisir la mi-temps, c'est accepte d'exercer le matin dans un service public moyennant une rémunération symbolique pour pouvoir travailler dans son propre cabinet l'après-midi.

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

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

Finalement la levée de l'ensemble des mesures a permis de donner une configuration nouvelle au secteur privé : quantitative et qualitative¹ coercitives ou volontaristes ces dernières années, semble. L'articulation publique privée prend donc un contenu totalement différent. Elle s'oriente vers un nouveau découpage des activités et des fonctions.

II-1-2-La privatisation des personnels de soins

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

- **Première étape :** c'est tout d'abord la privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes qui pesaient jusque-là sur l'offre : autorisation de s'installer, zoning etc., sont alors supprimés dès 1986. Elle concerne donc le mode d'exercice des professions médicales et au-delà leur mode de rémunération.
- **Deuxième étape :** c'est ensuite l'autorisation d'ouverture des cliniques privées à partir de 1990. Le mouvement est d'abord timide, mais semble prendre de plus en plus d'ampleur ces dernières années.

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction des ces principes: paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions²

II-1-3-Règlementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirurgiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes

La privatisation de l'exercice médical en Algérie est déclarée officiellement par les articles suivants : art. 197- 202 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé, suivant de l'article 203 qui précise en particulier, à réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans la cadre de la carte sanitaire, décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé³.

¹ OUFRIHA Fatima Zohra., p 13- 15.

² OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs, op cit, P 89.

³ ZIANI, Zouina, *la problématique de la régulation de la médecine libérale : références à des expériences et enquête auprès de médecins libérales de la wilaya de Bejaia*, mémoire de master en science économie.

Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25, disponible sur :

www.univbejaia.dz/.../La%20problématique%20de%20la%20régulation%20de%20la (consulté le 18/09/2017).

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Jusqu'à nos jours, aucune loi n'est instaurée pour le suivi des ces installations à titres privés, d'ailleurs aucune forma de régulation n'a été déjà faite pour le régime privé de l'exercice libéral, les seules sanctions que peut subir un médecin exerçant à titre privé est une fermeture de son cabinet qui ne dépasse pas les trois mois suite à une faute professionnelle voir médicale¹.

En plus de la quasi inexistence d'un cadre de régulation pour la médecine libérale en Algérie, la carte sanitaire, qui est considérée comme étant un outil de planification quantitative, dans la mesure où elle détermine la nature et l'importance des moyens, des installations et des équipements sanitaires à mettre en place dans une région ou dans un territoire, n'intègre pas le secteur privé (médecine libérale et cliniques privées). Aujourd'hui, on ne peut plus parler de planification sanitaire pertinente sans la prise en compte du secteur privé qui concentre à lui seul plus de 60% des médecins spécialistes. On peut dire donc cette situation est à l'origine d'une mauvaise répartition spatiale des professionnels de santé².

2. L'offre de soins

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

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 période³

II-2-L'apport de l'émergence du privé dans le secteur de la santé.

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif dans ses deux composantes : cliniques privées et médecine de

¹ Ibidem

² Ibidem

³ ZEHNATI Ahcen, *les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales*, Université de Béjaïa, p 1, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zahnati-ahcene-communication.pdf>, (consulté le 12/07/2017).

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

ville, mettant ainsi fin à l'hégémonie durant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté avec un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements qui nourrissent un secteur privé en pleine croissance.

Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle :

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

Le secteur privé a connu une forte dynamique durant ces deux dernières décennies. La médecine libérale connaît une extension surtout dans certaines spécialités où l'offre privée est supérieure à l'offre publique à l'exemple de la radiologie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL¹.

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

Dans ce contexte spécifique, la clinique privée est présentée comme le contre-exemple de l'hôpital public. Ces organisations sanitaires basées ontologiquement sur le mode réseau sont devenues le noyau autour duquel gravitent les professionnels de santé de différents statuts. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé².

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

¹ ZEHNATI Ahcène, *économiste de la santé en parle* « fin de la gratuité des soins », disponible sur : <http://forumdesdemocrates.over-blog.com/2015/02/fin-de-la-gratuite-des-soins-ahcene-zehnat-economiste-de-la-sante-en-parle.html>, (consulté le 10/10/2017).

² *Ibidem*.

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

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.

II-2-1- 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.

II-2-1-1-La transition économique : le passage d'une économie planifiée à une économie de marché

À la fin des années 1980, l'Algérie est marquée par des mutations de son cadre économique global, à travers le passage d'une économie planifiée à une économie de marché où la liberté d'investir est mise en avant comme un levier du développement. Ce mouvement de libéralisation s'accroît en 1994 avec le «début de l'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du fonds monétaire international (FMI)¹.

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

De façon très opérationnelle, l'émergence des cliniques privées a été favorisée par un système général d'appui et de soutien à la création d'entreprise qui a été mis en place au début des années 1990. En 1993, le code des investissements consacre la liberté d'investir; il est accompagné par une série de dispositifs fiscaux et parafiscaux. Ces dispositifs ont conforté les intentions d'investissement et la faisabilité financière des projets privés en Algérie, dont les

¹ ZENATI, Ahcene. , PEYRON Cristine, « *les cliniques privées en Algérie : logique d'émergence et stratégies de développement* », Mondes en développement 2015/2(n°170), p 09[**En ligne**].format PDF disponible sur <http://www.cairn.info/revuemodes-endéveloppement-2015>. (Consulté le 21 10 2017).

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

projets de cliniques privées. Ce système d'aide a été renforcé dans les années 2000 par les pouvoirs publics¹.

II-2-1-2-Les carences du secteur public et la solvabilité de la demande :

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

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

Les médecins se plaignent d'une pression continue due à un trop grand nombre de malades qui leur imposeraient de soigner à un rythme journalier incompatible avec des soins de qualité et qui leur ôterait toute possibilité de perfectionnement, réduisant ainsi leurs chances (réelles ou supposées) de promotion. Ils analysent leur niveau de salaire comme une trop faible valorisation sociale de leur travail. Pour les patients, comme pour les médecins, cette crise d'efficacité du secteur public, en grande partie liée à un manque de moyens, a en quelque sorte légitimé l'ouverture au secteur privé. Elle a rehaussé l'image de la médecine libérale qui avait été considérée, depuis l'indépendance, comme peu souhaitable dans une société socialiste en construction².

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

¹Ibedem.

² Ibedem .

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

privé¹. Les mutuelles et les compagnies d'assurance privées interviennent pour l'instant très peu dans la prise en charge des dépenses privées de soins. Leur part dans la dépense nationale de santé (DNS) est insignifiante, même si, ces dernières années, une offre de couverture de santé par des compagnies d'assurance nationales et étrangères commence à se développer.

La contrainte d'une dépense privée à la charge quasi intégrale du patient n'a pourtant pas découragé l'investissement dans le secteur privé de la santé : la perception d'une forte disposition à payer des ménages pour échapper aux carences objectives ou subjectives du secteur public a sans doute convaincu de la rentabilité potentielle du secteur².

I-2-1-3-Démographie médicale et emploi public :

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

L'Algérie a consenti de grands efforts dans la formation des professionnels de santé. La réforme des études médicales de 1971 a desserré la contrainte d'accès aux études médicales et augmenté le nombre et la capacité des lieux de formation. Si les effectifs dans le cycle de graduation³ sont à peu près stables depuis 2002, l'effectif des inscrits en post graduation a doublé en 10 ans.

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

¹ Par exemple, le tarif de remboursement pour une consultation spécialisée est de 100 dinars algériens (DA), alors que les tarifs pratiqués se situent entre 1000 et 1500.

² ZENATI Ahcene et CRISTINE Peyron, op cit, p10.

³ La graduation dure 7ans et aboutit au titre de médecin généraliste. Elle peut être suivie par la post graduation qui dure de 3 à5 ans et aboutit à un titre de spécialiste.

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

une réelle offre alternative au secteur public. Les spécialistes ont, en effet, fréquemment besoin pour leur exercice d'un plateau Technique dont ils ne peuvent bénéficier dans le cadre d'un cabinet de ville : l'autorisation de création de cliniques privées était alors le complément nécessaire au développement d'une médecine de ville libérale.

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

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

II-1-les cliniques privées en Algérie :

II-1-1-La naissance des cliniques privées

La loi n°88-15 du 3 mai 1988 dans son article 208 bis a explicitement consacré la naissance des cliniques privées en Algérie. Il est précisé que la clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecins, des mutuelles et autres associations à but non lucratif¹. Le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 qui a suivi la loi n°88-15 a fixé les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées. A aucun moment, la législation n'a fait le distinguo entre la propriété du capital et l'exploitation technique des cliniques.

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

¹ Article 208 bis de la loi n88-15 du 3mai 1988 modifiant et complétant la loi n85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé

proximité avec le domaine médical.

II-1-2-Définition des cliniques privées :

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

Les cliniques peuvent être distinguées suivant la nature de leur activité ; on y retrouve des cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un autre type d'établissement dénommé centre d'hémodialyse allégé de proximité (CHAP) existe et qui peut être exploité par un médecin généraliste ayant suivi une formation en néphrologie (médecin dialyseur). Par ailleurs, certaines cliniques médico-chirurgicales assurent aussi des activités d'hémodialyse¹.

II-1-3- : établissements hospitaliers privés (EHP) :

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

¹ ZEHNATI, Ahécène, *les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire*, Revue de cahiers de CREAD n°105 /106-2013, disponible sur : <https://www.ajol.info/index.php/cread/article/download/124244/113765>, (consulté le 22/09/2017).

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

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

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

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

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

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

L'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière¹.

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

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

II-1-3-1-Les cliniques d'accouchement : historiquement détenues par des sages femmes, doivent, depuis 1988, obligatoirement se reconvertir en cliniques médico-chirurgicales, elles deviennent, sinon, soit des « établissements en voie d'extinction » jusqu'à

¹ ZENHATI, Ahcene : « les cliniques privées en Algérie : un affaire de « doctorpreneurs » [En ligne].format PDF disponible sur <https://www.djazairess.com/fr/lqo/5199790> (consulte le 18/09/2017)

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

la cessation d'activité de leurs exploitantes titulaires, soit des cabinets de soins. Afin de répondre à une offre publique insuffisante en quantité

II-1-3-2-Les centres d'hémodialyse : les centres privés d'hémodialyse sont autorisés en 1995. Ils sont complétés en 2002 par les centres d'hémodialyse allégés de proximité qui, pouvant être dirigés par un médecin généraliste avec une formation de base en néphrologie, répondent à la pénurie de néphrologues.

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

Pour les centres d'hémodialyse privés, le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale a conduit, en 2002, à une politique de conventionnement spécifique : la sécurité sociale prend en charge intégralement les dépenses des patients des centres privés. Le cadre légal demeure donc assez peu contraignant. Des objets et des modalités de contrôle sont certes présentés dans le décret de 2007, mais les moyens, et parfois la volonté de surveiller ces établissements, restent plutôt faible¹

II-2-Le paysage des cliniques privées :

II-2-1- La prédominance de l'entrepreneuriat médical :

En 2010, 200 cliniques médico-chirurgicales et 115 cliniques d'hémodialyse ont été recensées. La majorité des cliniques ont été fondées par des médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les Doctorepreneurs Prédominent donc dans le paysage des cliniques privées en Algérie. Sur les 200 cliniques répertoriées, les cliniques médicochirurgicales avec hospitalisation sont bien représentées (75% de l'ensemble).

Ce type de clinique offre une gamme variée de prestations: les urgences, les consultations médicales générales et spécialisées, les actes chirurgicaux et les explorations médicales pour certaines d'entre elles. Les cliniques médico-chirurgicales en ambulatoire représentent 20 % de l'ensemble².

¹ *Ibidem*

² *Ibidem*

II-2-1-1-Les segments d'activités des cliniques privées :

Ces structures se positionnent généralement sur un ou deux segments d'activité: ophtalmologie, ORL, Enfin, les cliniques médicales avec hospitalisation et en ambulatoire représentent respectivement 2% et 3% de l'ensemble des cliniques.

Elles interviennent généralement dans la prise en charge d'une pathologie :

- Le diabète.
- les maladies cardiaques,...

II-2-1-2-La forme juridique des cliniques privées :

1^{er} forme : La forme juridique dominante est la clinique appartenant à un seul médecin (personne physique). 44,63% des cliniques médico-chirurgicales sont dans cette configuration.

2^{eme} forme : La deuxième forme juridique bien représentée dans le paysage des cliniques est la SARL, soit 35% de l'ensemble des cliniques.

Il est difficile d'identifier les véritables propriétaires¹ de cette forme juridique des cliniques. Il faut revenir aux statuts de ces cliniques pour identifier les véritables propriétaires.

Les cliniques constituées en EURL ont représenté 7,6% de l'ensemble des cliniques. Les cliniques appartenant à deux médecins, voire plus ont représenté 7% de l'ensemble des cliniques. Les associations de médecins dans la création des cliniques n'est pas une pratique répandue en Algérie. La clinique se confond généralement avec le nom d'une personne. Enfin, 6,45% de l'ensemble des cliniques appartiennent aux personnes étrangères au domaine médical (y compris celles appartenant aux sages femmes).

II-2-1-3-Le choix d'activités des cliniques privées :

Le choix des activités: une présence ciblée sur certaines spécialités, L'activité des cliniques privées se concentre principalement sur :

- Le secteur de la chirurgie.
- La gynéco-obstétrique et.
- Les spécialités conventionnées.

D'après nos estimations, le taux de césarienne au niveau des cliniques privées est évalué à 70% contre 20% au niveau du secteur public. Le gain financier y est pour beaucoup, en plus

¹ Appartenant ou corps médical ou ce sont des bailleurs de fonds, étrangers ou domaine médical.

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

l'acte se réalise en moins de temps et à moindre risque contrairement à l'accouchement normal, plus long et plus risqué. D'après une récente étude un taux de césarienne à l'échelle de la population au-dessus de 10 à 15 pour cent n'est guère justifié du point de vue médical¹.

Le tiers des cliniques est dédié à l'activité d'hémodialyse surtout après l'année 2002 quand la sécurité sociale avait décidé de prendre en charge intégralement les dépenses occasionnées dans le privé pour cette spécialité. Cette mesure a entraîné un véritable «effet d'aubaine», le nombre de cliniques d'hémodialyse (création ex nihilo) a évolué de façon exponentielle. En 2013, 153 cliniques relèvent exclusivement de l'activité de l'hémodialyse (cliniques mono-spécialisées). Viennent ensuite, l'ophtalmologie, l'orthopédie, l'urologie et l'ORL. Le modèle économique des cliniques induit ainsi une présence ciblée sur certaines activités. Déchargées des contraintes du service public, les cliniques se sont développées sur certaines activités : grandement en chirurgie, et plus faiblement en médecine².

II-2-1-4-L'investissement privé dans le secteur de la santé :

L'investissement privé dans le secteur de la santé : ne semble pas s'infléchir comme l'atteste le nombre de cliniques en cours de réalisation qui semble important. 130 nouvelles cliniques viendront étoffer le réseau des structures privées déjà existantes avec une capacité litière additionnelle de 3542 lits. La capacité litière des cliniques privées progresse, mais reste faible en comparaison avec le secteur public. En 2010, elle a représenté 6,83 % de l'ensemble des lits disponibles, soit un peu plus que le nombre de lits dans les spécialités chirurgicales disponibles au niveau des CHU.

II-2-1-4-La répartition territoriale des cliniques privées :

Même si les cliniques privées connaissent une forte dynamique, elles se concentrent dans les grands centres urbains. La grande majorité des cliniques privées se localise dans les grandes métropoles. Quatre groupes peuvent être distingués.

- ✓ **Le premier groupe** : est constitué de deux wilayas: Alger et d'Oran qui recensent respectivement 24 et 46 cliniques médico-chirurgicales en 2010, soit 34,5% de l'ensemble des cliniques médico-chirurgicales pour une population

¹ ZEHNATI. Ahcène, *L'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie*, revue de CREAD et Université de Bejaia/Université de Bourgogne p 7-8 **En ligne**.format PDF disponible sur www.erudite.univ-paris-est.fr/.../atm-2013-communications-full-papers/?elD consulte le 11/05/2017

² Ibidem

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

totale de presque 5 millions d'habitants. Elles sont les deux foyers majeurs des cliniques privées en Algérie.

- ✓ **Le deuxième groupe :** concentre 9 wilayas où le nombre de cliniques est compris entre 6 et 11 cliniques. Certaines wilayas de cette classe abritent un CHU comme Constantine, Tlemcen, Annaba, Sétif, Batna et Tizi-Ouzou. A ces wilayas s'ajoute des wilayas de moindre importance à l'exemple d'Oum El Bouaghi, M'Sila et Béjaïa. Cette classe abrite 38,5% de l'ensemble des cliniques pour une population globale de 8 758 664 habitants.
- ✓ **Le troisième groupe :** est constitué de 24 wilayas abriant entre une et cinq cliniques, soit 31% de l'ensemble des cliniques implantées sur le territoire pour une population totale de 15 413 218 habitants. Dans ce groupe, seulement une wilaya du sud algérien appartient à cette classe en l'occurrence Ghardaïa qui dispose de trois cliniques.
- ✓ **Le quatrième groupe :** 14 wilayas ne disposent d'aucune clinique privée. La majorité d'entre elles est située dans le sud, à l'exception des wilayas d'Ain Defla, Guelma, El Tarf et Ain Témouchent.

II-3.La medecine liberale en algerie

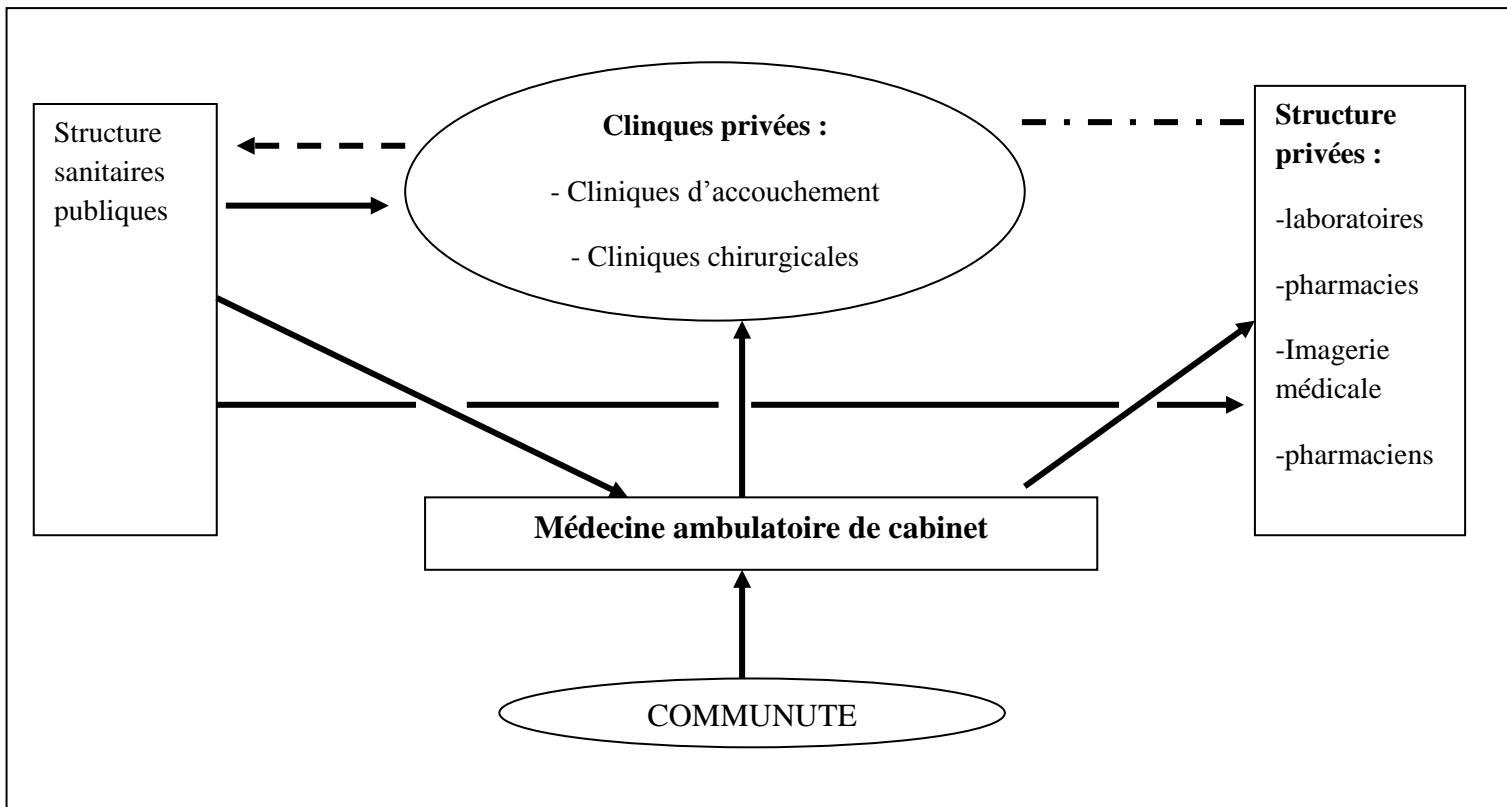
Ainsi, le mouvement de privatisation est bien antérieur à la politique des réformes qui, à partir de 1988, sera accru suite au retournement doctrinal sous la pression du violent choc pétrolier (baisse du prix du pétrole et des termes de l'échange). Le phénomène de privatisation étant favorisé par l'existence d'un fort effectif du corps médical produit suite à une politique de formation active. Ce corps médical, imprégné par le modèle libéral, rejette les conditions de fonctionnement d'un secteur public caractérisé par de multiple dysfonctionnement et une forte bureaucratisation. C'est ainsi que se multiplient les cabinets médicaux privés très rapidement, d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes

II-3-1-L'activité de prestation de la médecine ambulatoire privée

La circulation de flux entre patients et les structures de soin se présente dans le schéma suivant:

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Figure n° 1: Le réseau privé des soins



Source : Brahim BRAHMIA, « évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb », éd BAHAEEDDINE, Constantine, Algérie, 2010. P. 386.

Le schéma précédent tente d'expliquer la circulation du flux de patients au sein du réseau privé de soins et les rapports qu'ils entretiennent avec les structures sanitaires publiques.

Le secteur privé distribue les soins de santé généraux et de spécialistes ; les patients bénéficient des prestations moyennant paiement d'honoraires.

Il est important de signaler que les frais de soins engagés par le malade ici restent en grande partie à sa charge, quelle que soit l'étendu de la couverture de l'assurance maladie ou la nature du régime dont il relève. Depuis 1987, des tarifs en actes médicaux règlementés par la Sécurité Sociale et les tarifs non actualisés, les patients sont obligés de s'acquitter d'honoraires qui dépassent souvent leur capacité de payer¹.

¹ ZIANI Zouina, CHALANE Smail, op.cit, p 30- 31.

Modalité de financement de secteur privé de soins :

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

Au secteur privé les prestations sont en grande partie à la charge du malade, à

L'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse qui sont remboursés à des taux très inférieurs aux montants payés. Ce secteur reste donc difficile à accéder, pour une grande partie de la population. Et, en l'absence des comptes nationaux de la santé ; l'évolution des dépenses réelles effectuées dans ce secteur sont impossibles à établir

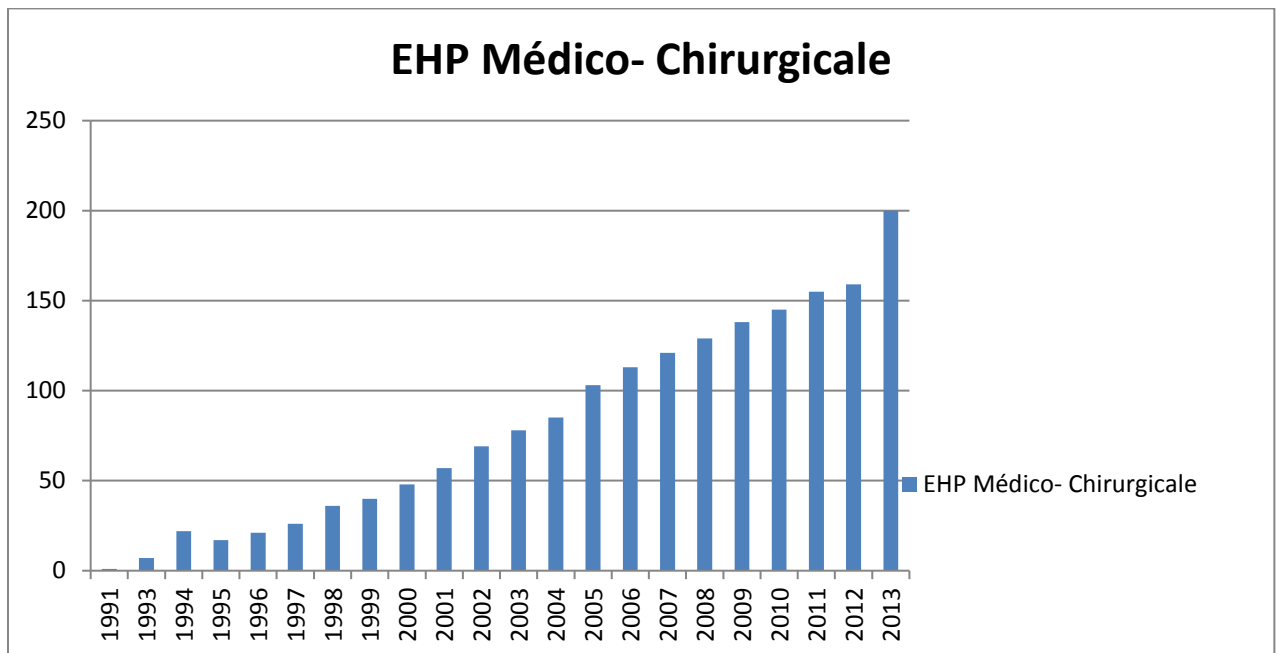
III-1- l'évolution et le fonctionnement des cliniques privées en Algérie:

III-1-1-Evolution du nombre de cliniques : 1990-2013

Le nombre de cliniques est en progression constante depuis l'émergence des cliniques à la fin des années 80. En 1990, on dénombrait deux cliniques en activité. Au début du processus d'émergence, le concept de clinique était dédiée à une ou deux pathologies, les activités étaient organisées autour d'un mini plateau technique, il n'y avait pas de structure de type clinique-hôpital où une variété de spécialités étaient assurées avec des technologies médicales sophistiquées. La diffusion des cliniques gagne graduellement les grands centres urbains. En 1994, date correspondant au début d'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du FMI, 22 cliniques étaient opérationnelles. Le nouveau credo des institutions internationales (OMS, FMI et la BM) était la nécessité d'intégrer le secteur privé, jugé complémentarité dans le système de soins, et encourager les partenariats public/privé. En 1998, leur nombre a atteint 58 cliniques, les graphiques 1 et retracent respectivement l'évolution du nombre des cliniques privées entre 1990 et 2013 et le nombre de cliniques créées annuellement¹.

¹ ZEHNATI, Achène. « *Les évolutions récentes du système de système de santé algérien* » édition CREAD ,premier semestre,2017, p 16.

Figure n° 02 : l'évolution des nombres des cliniques médico-chirurgicale: 1990-2013



Source : construite a partir des données de MSPRH

Le rythme de création des cliniques est fluctuant d'une année sur l'autre, mais reste soutenu surtout pendant la décennie 2000, 70% des cliniques MC ont été créées pendant cette période. Cet engouement pour l'investissement dans le secteur de la santé est catalysé par la forte demande de soins en dépit de l'absence d'une prise en charge collective des dépenses dans le secteur privé.

L'année 2005 a enregistré un pic de 23 créations. En revanche, pendant les premières années de la décennie 90 le rythme de création est assez faible, ce qui peut être expliqué surtout par la crise politico-économique et la situation d'insécurité qui prévalaient pendant cette période. L'investissement privé dans le secteur de la santé ne semble pas s'infléchir comme l'indique le nombre de cliniques en cours de réalisation qui semble important. En 2010, 16 nouvelles cliniques à 200 avec une capacité litière additionnelle de 207 lits. Le nombre de cliniques en construction est de 130, elles viendront étoffer réseau des structures privées de soins¹.

¹ Ibidem

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Tableau n° 4 : Nombre de cliniques fonctionnelles et en projet (sans l'hémodialyse) en 2010

	Nombre	Capacité litière
Cliniques médico-chirurgicales fonctionnelles	200	4 800
Cliniques médico-chirurgicales en projet	130	3 452
TOTAL	330	8 252

Source : construit par nous même à partir des données du MSPRH

III-1-1Le choix des activités : une présence ciblée sur certain Spécialités :

III-1-1-1Principale spécialités des cliniques privées :

L'activité principale des cliniques privées se concentre sur la gynécologie-obstétrique, l'hémodialyse et la chirurgie (tableau 5). 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 public¹, 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 lourde².

¹ZEHNATI, Ahcène, *L'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie*, Université de Bejaia/Université de Bourgogne CREAD, **En ligne** format PDF disponible sur <http://www.univ-paris-est.fr/...et.../ATM-2013-communications-full-papiers/?eID...> Consulter le 11/05/2017.

² Ibidem

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Tableau n° 05: répartition des cliniques privées selon la spécialité investie en 2010

Spécialités	Nombre des cliniques
Chirurgie général	133
Hémodialyse	108
Gynéco-obstétrique	92
Ophtalmologie	66
Orthopédie	60
Urologie	58
Orl	53
Chirurgie infantile	39
Neurochirurgie	32
Neurochirurgie gynécologique	14
Médecine interne	13
Cardiologie	12
Pédiatrie	12
Chirurgie cardiovasculaire	11
Autre	77

Sources : construit par nous même à partir des donnes MSPRH.

La répartition des cliniques privées suivant le nombre de spécialités assurées (les cliniques d'hémodialyse ne sont pas comptabilisées). Les données montrent que 29% des cliniques sont mono spécialisées, c'est-à-dire assurant un saule activité. 82% des cliniques assurent entre 1et 5 spécialités. En outre, seulement 5,43% des cliniques assurent des activités dans de 10 spécialités. C'est-à-dire que les cliniques privées adoptent des « stratégies de niche » en ciblant uniquement certaines spécialités, en général les plus lucratives et les spécialités conventionnées¹.

III-1-1-2-Evolution de la capacité potentielle d'activité :

III-1-1-2-1-Evolution de la capacité litière :

¹ Ibidem

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Dans ce point, nous commenterons quelques données sur la capacité litière des cliniques privées ainsi que le nombre de salles d'opérations. On aurait souhaité disposer de données récentes sur les équipements disponibles au niveau de ces structures pour pouvoir procéder à des comparaisons avec le secteur public. « En 2000, le secteur privé possédait 89% des scanners, 45% des échographes et 17% des appareils de radio en état de marche. Il disposait également de 14% des blocs chirurgicaux »¹.

Rappelons que l'appropriation, par le secteur privé, des moyens d'exploration était l'un des facteurs ayant contribué à l'émergence et au développement des cliniques privées, équipements souvent indisponibles ou en panne à l'hôpital².

Tableaux n° 06 : Capacité litière et nombre de salles d'opération suivant la nature de la clinique en 2010

	Nombre de lits	Nombre de salles d'opération
Cliniques MC avec hospitalisation	4 703	386
Cliniques chirurgicales en ambulatoire	12	42
Cliniques médicale avec hospitalisation	85	2
Cliniques médicale en ambulatoire	0	0
TOTAL	4 800	430

Source : construit par nous même à partir des données du MSPRH

La capacité litière des cliniques privées progresse. Elle passe de 3 165 à 4 593 en 2010, mais reste faible en comparaison avec le secteur public. En 2010, elle a représenté 6,83% de l'ensemble des lits disponibles, soit un peu plus que le nombre de lits dans les spécialités chirurgicales disponible au niveau des CHU (Tableau 7 et 8)

¹ Banque Mondiale (2007), groupe pour le développement socioéconomique Région Moyen Orient et Afrique du Nord. « A la recherche d'un investissement public de qualité. Une Revue des dépenses publiques ». Volume I, Rapport n° 36270_DZ, disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTALGERIAINFRENCH/Resources/ALGERIA.PER.French.VolumeI.pdf>, (consulté le 11/07/2017).

² ZENHATI, Achène. Op.cit p 19-20

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

Tableau 07 : Répartition du nombre de lits selon la nature de l'activité dans le secteur public en 2010

	Nombre de lits en spécialités médicale	Nombre de lits en spécialités chirurgicales	Nombre de lits en gynéco-obstétrique	Nombre de lits en maternités	Nombre de lits en activités des urgences (lites d'observation)	TOTAL
CHU	6 103	4 371	1 138	715	634	12 961
EHS	7 061	1 520	1 954	1 032	268	11 835
EH+EPH	16 466	10 068	5 441	3 990	2 110	37 475
EPSP				3 208		3 208
TOTAL	29 630	15 959	8 533	8 345	3 012	65 479

Source : construit par nous même à partir des données du MSPRH

Le nombre de salles d'opération au niveau des cliniques privées en 2010 était de 430 (tableau 6) dont 87 se concentrent au niveau des cliniques de wilaya d'Alger, ce qui représente 20,25% de l'ensemble. Comparativement au secteur public (tableau 7)¹. Le secteur privé représenta ¼ des salles d'opération au niveau national. Cet indicateur semble confirmer le positionnement des cliniques privées sur les spécialités chirurgicales².

Tableau n° 08: Nombre de tables d'opération en état de marché dans le secteur public en 2010 :

Type d'établissement	Nombre de tables d'opération
CHU+EHU	366
EHS	145
EPH+EH	775
TOTAL	1 286

Source : construit à partir de l'annuaire statistique du MSPRH, 2010.

¹ Les données du secteur public sont à prendre avec prudence, existe-t-il une différence entre une table d'opération et une salle d'opération ? Une salle d'opération peut telles contenir plusieurs tables ?

² ZEHNATI, Achène. Op .cit p21

III-1-1-3-l'hémodialyse et la cardiologie interventionnelle : une politique incitative des pouvoirs publics.

Relèvent exclusivement de l'hémodialyse (cliniques mono-spécialisées) Politique spécifique et donc à une évolution singulière. Le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale et des maladies cardiaques (cardiologie interventionnelle) a conduit les pouvoirs publics en 2002 à introduire une politique de conventionnement entre les caisses de la Ces deux spécialité sont traitées de façon particulière parce qu'elles à une sécurité sociale et les cliniques privées qui consisterait à prendre en charge intégralement les dépenses de soins occasionnées dans le secteur privé pour ces deux spécialités. Cette mesure a entraîné un véritable « effet d'aubaine », le nombre des cliniques d'hémodialyse mono-spécialisées a évolué de façon exponentielle depuis 2002. En 2013 ; 380 cliniques étaient opérationnelles dont 153 cliniques

La natalité des cliniques dédiées exclusivement à l'hémodialyse sur la période 1998-2013, la dynamique de ce segment d'activité ne semble pas s'estomper. Ces créations n'épuisent pas les lieux de prise en charge en hémodialyse puisque certains cliniques pluridisciplinaires ont aussi, à leur tour, élargi la gamme des spécialistes assurées à l'hémodialyse et/ au à la cardiologie interactionnelle, marché nouvellement solvabilisé par la sécurité sociale. En 2013, selon les données du MSPRH, ce sont 30 cliniques médico-chirurgicales qui assurant les activités d'hémodialyse, il ne s'agit donc pas de création ex nihilo, il s'agit plutôt d'extension d'activités.

III-2-Le fonctionnement des cliniques privées :

La figure de proue de cette transformation est le médecin.

Le médecin : est considéré comme un personnage clé ayant joué un rôle moteur dans l'émergence et la dynamique des cliniques privées.

Il apparaît comme un entrepreneur, insatisfait des anciens modes d'exercice, il crée une nouvelle façon de s'organiser et un nouvel support à son activité.

Les cliniques privées sont des nouvelles organisations, marqueurs des évolutions du système de santé algérien. Cette nouvelle figure dans le paysage sanitaire rompt avec les modes de fonctionnement anciens¹.

¹ ZENHATI, Ahcene : « les cliniques privées en Algérie : un affaire de « doctorpreneurs » [En ligne]. Disponible sur <https://www.djazairress.com/fr/lqo/5199790> (consulte le 18/09/2017)

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de santé au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers.

Ces organisations sanitaires basées ontologiquement sur le mode réseau sont devenues le noyau autour duquel gravitent les professionnels de santé de différents statuts.

Elles sont un véritable nœud de contrats formels/informels, écrits et non écrits passés autour d'un plateau technique, objet de négociation entre les cliniques et les professionnels de santé de différents statuts.

Les cliniques privées mobilisent un réseau de médecins de différents statuts et même des médecins correspondants afin d'augmenter leur volume d'activités et partant leur rentabilité.

A l'instar des compagnies d'assurance privées, elles pratiquent des stratégies d'écrémage des risques en sélectionnant les patients (le choix des bons risques) et se positionnent sur les activités fortement lucratives. Le bon fonctionnement du réseau clinique permet de renforcer la confiance entre ses membres, source de création de nouvelles ressources¹.

Le renforcement et la dynamique des cliniques privées ne peuvent être appréhendés sans rappeler les stratégies des médecins de l'hôpital qui influence l'activité des cliniques.

Différentes modalités d'action ou d'interactions peuvent être mobilisées. L'une de ces modalités transite par le comportement des médecins du secteur public notamment en termes de stratégie d'offre de travail ou de double activité.

Le double investissement des deux secteurs où la nature du service est la même et donc en compétition permet aux médecins l'élaboration de stratégies individuelles d'adaptation dans leurs interactions avec le marché des soins pour maximiser leur revenu.

La double activité peut alors être assimilée à un « portefeuille d'actifs » où le premier emploi dans le secteur public procure un revenu garanti, stable et déconnecté du nombre d'heures de travail effectuées (une obligation) et un second emploi procurant un salaire plus élevé en moyenne mais plus variable (une action).

L'arbitrage entre les deux actifs détermine le niveau de revenu du médecin. L'absence d'un système d'incitation (primes de rendement, heures supplémentaires rémunérées,...) dans le

¹ *Ibedem.*

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

secteur public laisserait les médecins de l'hôpital dans des stratégies actives de recherche d'activités dans un contexte où le système de régulation est faible, voire inexistant.

Le semblant d'encadrement de l'activité des médecins, s'avère insuffisant pour l'emporter sur les motivations et incitations du ressort des comportements individuels des professionnels de santé sur le marché du travail. Le manque de supervision de la double activité par les pouvoirs publics a induit sa quasi-généralisation (la double activité vient d'être gelée par le Ministère de la santé).

Conclusion :

L'émergence des cliniques privées a donc été en phase avec les logiques de libéralisation de l'économie algérienne. Les pouvoirs publics ont pu voir dans les cliniques privées une réponse aux revendications des patients et des médecins. Les fondateurs de ces établissements ont su saisir les opportunités et utiliser leurs connaissances et leurs réseaux antérieurs pour les développer.

Ces cliniques ont attiré une clientèle qui, au regard de l'offre publique, recherche un accès plus rapide à une prise en charge, et parfois de meilleures conditions d'accueil.

Aujourd'hui, la poursuite du développement des cliniques, et plus largement du secteur privé, semble liée aux évolutions possibles du système de Financement. Si, comme actuellement, les ressources nationales issues des hydrocarbures diminuent, les pouvoirs publics pourraient de nouveau préférer encourager l'offre privée de soins, à défaut d'investir dans le secteur public.

Toutefois, pour poursuivre avec moins d'incertitude leur activité et surtout leurs investissements, les fondateurs des cliniques attendent toujours un signal clair des pouvoirs publics, soit sur une possible contractualisation avec les caisses de sécurité sociale, soit sur le développement d'une assurance santé privée.

Quant aux patients algériens, ils rencontrent désormais deux barrières d'accès aux soins : celle du capital relationnel, pour accéder au service public, celle du capital financier, pour bénéficier de soins dans le secteur privé. Sans prise en charge collective, un nouvel essor du secteur privé aggraverait, pour les ménages les plus défavorisés, les inégalités d'accès, les inégalités financières, géographiques et sociales.

L'évolution ou le statu quo du système de financement des soins, les politiques hospitalières publiques et la place qui sera (ou laissée) aux cliniques par les pouvoirs publics vont avec

Chapitre II : le secteur privé de soins en Algérie.

certitude influencer leurs stratégies dans les prochaines années en matière de développement, de choix d'activités, de recrutement de patientée.

L'impact sur le système de santé algérien, entre réelle reconfiguration ou arrangement marginal, entre gain d'efficacité et perte d'équité, sera alors à évaluer.

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

Introduction :

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre de la recherche sur le terrain dont l'objectif d'apporter des éléments de réponses à la problématique de départ. A ce moment de notre travail de recherche, nous devrions confronter notre cadre conceptuel avec la réalité sur le terrain.

Pour ce faire, ce chapitre fera l'objet d'une analyse approfondie, d'un Etablissement-hospitalier privé. Donc il s'agit de déterminer et d'expliquer, comment le secteur privé des soins peut compléter le secteur public en Algérie.

Le présent chapitre est structuré de la façon suivante : dans la première section, nous présentons le cadre méthodologique de recherche, dans la deuxième section, nous présentons la complémentarité public- privé, enfin dans la troisième section, l'analyse et interprétation des résultats de la recherche.

III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude

La présente section portera sur la présentation de cadre méthodologie de recherche. De ce fait nous allons faire un rappel sur la problématique centrale de notre travaille et les objectifs, ainsi une présentation des caractéristiques de la population et l'échantillon de l'étude qui sera basé sur l'Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers » dont son organisation et ses effectifs. Elle abordera également son fonctionnement et sa gestion administrative et médicale.

III-1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de recherche

Avant de présenter la méthodologie de recherche, il est nécessaire de rappeler la problématique et les objectifs de recherche.

III-1-1-1 Rappel de la problématique de recherche

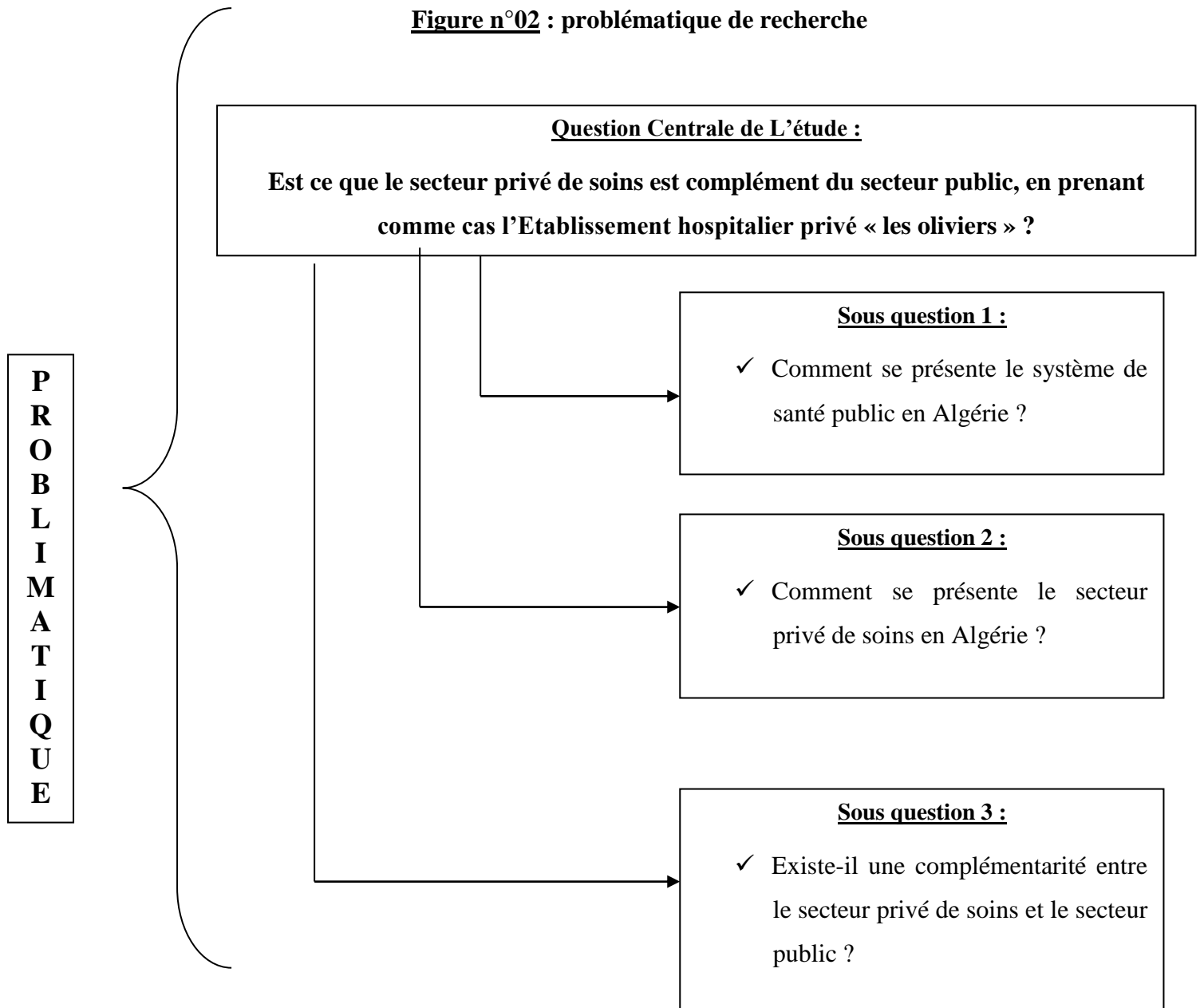
Notre problématique s'articule autour de la question suivante : **est ce que le secteur privé de soins est complément du secteur public, en prenant comme cas l'Etablissement hospitalier privé « les oliviers » ?**

Pour élargir notre champ d'analyse, on a subdivisé cette question principale en trois sous questions à savoir :

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

- Comment se présente le système de santé public en Algérie ?
- Comment se présente le secteur privé de soins en Algérie ?
- Existe-il une complémentarité entre le secteur privé de soins et le secteur public ?

Figure n°02 : problématique de recherche



Source : Réalisé par nous-mêmes

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

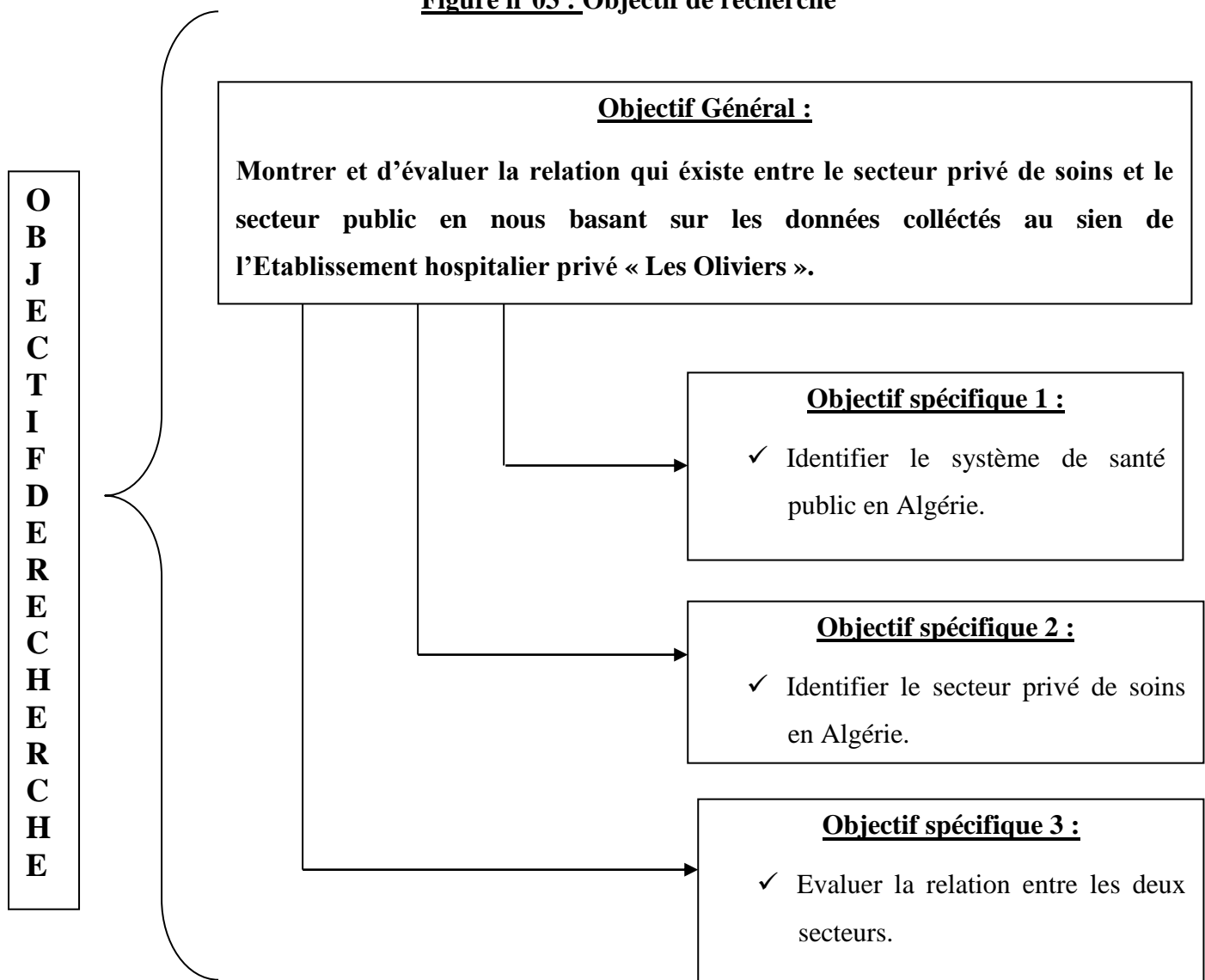
III-1-1-2 Rappel des objectifs de recherche

L'objectif général de la présente recherche est de **montrer et d'évaluer la relation qui existe entre le secteur privé de soins et le secteur public en nous basant sur les données collectés au sien de l'Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers ».**

Pour bien préciser notre objectif, nous nous sommes fixés trois objectifs spécifiques qui sont :

- Identifier le système de santé public en Algérie.
- Identifier le secteur privé de soins en Algérie.
- Evaluer la relation entre les deux secteurs.

Figure n°03 : Objectif de recherche



Source : Réalisé par nous-mêmes

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

III-1-2 Méthodologie de recherche

Pour atteindre notre objectif de recherche, nous avons utilisé la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données. Ce dernier est défini comme *«La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données»*¹.

Un recueil de données basé sur le cadre conceptuel et le terrain nous permettra par la suite de réaliser une analyse des informations en lien avec les apports théoriques et de synthétiser l'ensemble des résultats.

Pour une bonne validité de l'étude, nous avons choisi de recueillir des données réalisées au sein de l'Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers ».

III-1-2-1 Le choix de l'outil

Afin d'atteindre notre objectifs de recherche nous avons choisi de réaliser des entretiens dit non-directif, qui sont défini comme suit : *« l'entretien non directif a ceci de caractéristique que l'enquêteur ne pose à la personne qu'il interroge qu'une seule question directe, "la consigne" ; le reste de ses interventions a seulement pour but d'encourager la personne interviewée à enrichir et approfondir sa réponse. L'appellation "entretien nondirectif" vient de Carl Rogers et de la pratique thérapeutique qu'il a mise au point, le counseling⁴ • Mais la technique, elle, a été élaborée lors de l'enquête de la Western electric, une "recherche-action" qui visait à accroître la productivité dans cette entreprise »*²

L'entretien non directif laisse beaucoup de latitude à la personne interviewée, celle-ci peut s'exprimer librement sur le sujet qui lui a été présenté.

III-1-3 Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude

On commence par une présentation de la population de notre étude et ses caractéristiques, puis l'échantillon qui est un extrait de cette population.

¹ AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale, 2008, Vol. 19, N° 84, p143, disponible sur : www.bichat-larib.com/publications.../3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf, (consulté le 20-08-2017).

² DAHAK, Abdennour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou.Edition El-Amel, 2015, p.125.

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

III-1-3-1 Caractéristiques de la population d'étude

La population d'étude peut être définie comme « *l'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations* ».

Pour d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons fait le choix de recueillir des informations au sein d'Etablissement-hospitalier privé « Les Oliviers ».

Le décret n°88-204 du 18 octobre qui a suivi la loi n°88-15 a fixé les conditions de réalisation (Annexe n°1), d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées en Algérie. Il a aussi précisé que la clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecins, des mutuelles et autres associations à but non lucratif.

La clinique « Les Oliviers » est un établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale. Cet établissement est créé en 1994 et dans ce temp-là elle a été la première clinique constituée au niveau de la wilaya de tizi ousou. Sa nouvelle ouverture était en 2009, sous la propriété du M^r K.ZEMIRLI et sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique et d'un directeur des ressources humains jusqu'aujourd'hui.

L'EHP est basé sur une approche multidisciplinaire et multimodale intégrée pour la prise en charge du patient à tous les niveaux. Il est créé par décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés (annexe n°2) sous l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de la santé de comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus¹.

Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses²:

• **Au titre des recettes :**

- Les ressources propres,
- Les dons et legs
- Les recettes provenant de ses activités et prestations,

¹ Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

² *Exploitation des données du l'EPH*

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

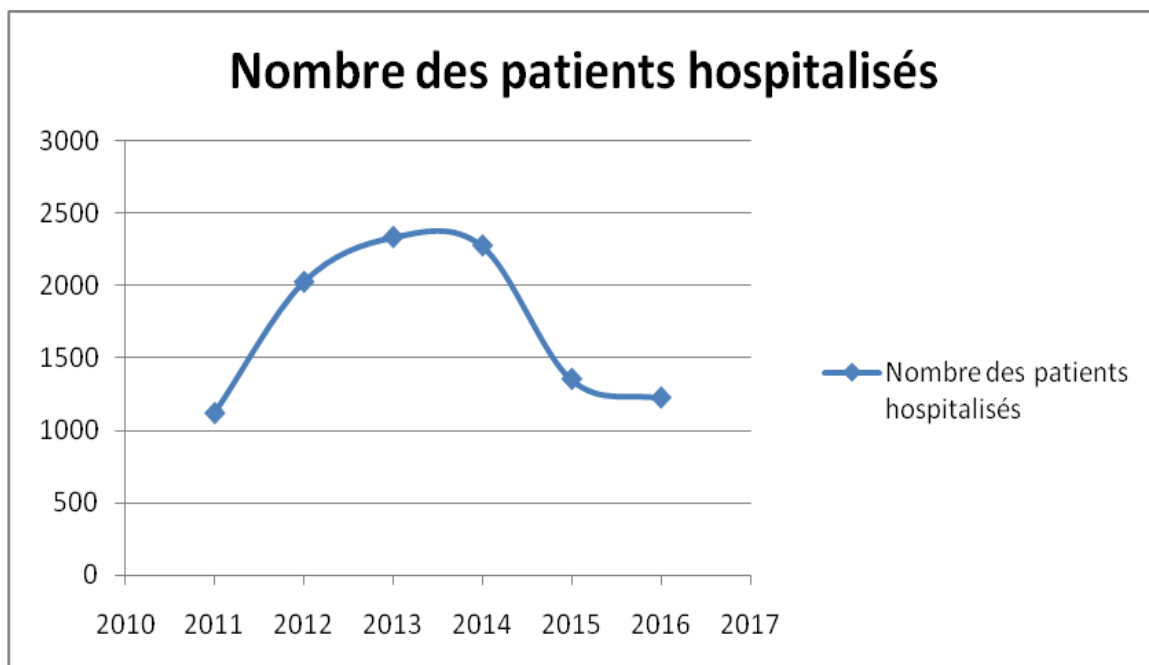
- Les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.
- **Au titre des dépenses :**
 - Les dépenses de fonctionnement,
 - Les dépenses d'équipement,
 - Toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

Le tableau suivant montre l'évolution du nombre des patients hospitalisés au cours des années précédentes.

Tableau N° 08 : L'évolution du nombre des patients hospitalisés :

Années	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre des patients hospitalisés	1117	2023	2333	2275	1353	1224

Source : Tableau établi à des données enregistrées au sien de la clinique privé.



Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

D'après ces données on constate que le nombre des patients hospitalisés s'accroît pendant trois ans (de 2011 jusqu'à 2014), mais à partir de 2014 on constate une décroissance de ce nombre, ça s'explique par la diminution de pouvoir d'achat de la population et ainsi le recours des ménages au prestataire public de la santé.

III-1-3-2 Organisation et fonctionnement de EHP « Les Oliviers » :

L'EHP est un établissement hospitalier privé déterminée qui est organisé en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur. Il est créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, son fonctionnement est assuré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur¹, ainsi par un corps médical de qui assurent les actes médicaux. De ce fait, le fonctionnement de l'EHP est assuré par deux volets : un volet administratif et un volet médical.

III-1-3-2-1 Organisation et gestion administrative du l'EHP

L'EHP est créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur².

III-1-3-2-1-1 Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé par un ensemble de personnel administratif qui délibère notamment sur : les programmes de travail d'EHP, les projets de budget et des comptes, les projets d'organisation interne et du règlement intérieur, ainsi les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement hospitalier privé, les acquisitions des biens meubles et immeubles, les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements, l'acceptation ou le refus des dons et legs, le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique, ainsi toute question intéressant le fonctionnement d'EHP.

III-1-3-2-1-2 le directeur

Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'EHP. À ce titre, il a pour mission: d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile, d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier

¹ Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

² Ibedem

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

privé, d'assurer la gestion administrative et financière, de préparer le budget et les comptes, de faire assurer un service de garde, de mettre en oeuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière.

Il est appelé ainsi de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'hôpital, soit adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient, de tenir un dossier médical pour chaque patient, de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé, enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.

III-1-3-2-1-3 Comité médicale

Il comprend, outre le président : un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé, un représentant du personnel paramédical désigné par le responsable de l'EHP. Elle élit en son sein un président et elle peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux qui sont principalement de donner un avis sur: les programmes d'activité de l'EHP, les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, la création ou suppression de services médicaux, les programmes des manifestations scientifiques et techniques, les conventions de formation, ainsi l'évaluation des activités de soins et de formation de l'EHP.

III-1-3-2-2 Organisation du personnel du l'EHP

Afin d'atteindre ses objectifs, l'EHP comporte une équipe médicale et paramédicale ainsi personnel administratif de pointe qui permet d'accomplir les tâches d'une manière optimale.

III-1-3-2-2-1 1e corps médical

Le corps médical de l'EHP est composé de 30 personnes comme effectif total.

On distingue notamment de¹ :

- Médecin généraliste qui assure le diagnostic et le suivi du patient atteint de la maladie. Sa fonction s'inscrit dans un contexte inter et multidisciplinaire.
- Chirurgien qui assure la chirurgie digestive (Estomac, Intestin, Colon...), Chirurgie Endocrinienne (Goitre, Parathyroïdes...).

¹Ibidem

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

- Neurochirurgien qui assure la prise en charge chirurgicale et médicale des affections de la tête et du cou (pathologies tumorales, malformatives et traumatique), ainsi Prise en charge chirurgicale et médicale des maladies de la colonne vertébrale et des nerfs (pathologies traumatiques et dégénératives, hernie discale, sciatique)
- Spécialiste en chirurgie pédiatrique qui assure la chirurgie (Digestiveurologique-Thoracique-Osseuse), Circoncision, ainsi les petites chirurgies.
- Pharmacien qui assure des tâches d'exploration, de préparation pharmaceutique, de la gestion et distribution des produits pharmaceutiques.
- Radiologue qui prend en charge le Scanner, Radios standards, Échographie...
- Médecin ORL qui assure la consultation ORL, ainsi Chirurgie ORL.
- L'EHP engobe ainsi des gynécologues, un urologue, un psychologue, un médecin anesthésiste, des traumatologues ainsi que des médecins conventionnés (Annexe n°3).

III-1-3-2-2-2 Personnel paramédical

Les cadres paramédicaux de la clinique sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, chacun dans sa filière, notamment : d'organiser les prestations de soins et de veiller, l'accueil et au confort du malade ,de contrôler le travail des équipes paramédicales , de veiller l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et du matériel médical, sa maintenance et sa préservation, d'accueillir les personnels, les étudiants et les stagiaires affectés aux structures publiques de santé, ainsi de participer à l'évaluation des besoins en personnel paramédical et d'élaborer le rapport d'activités du service.

De ce fait cette établissement comporte : un surveillant général médical, 04 Infirmières, un Orthophoniste, une sage femme.

III-1-3-2-2-2 Personnel administratif

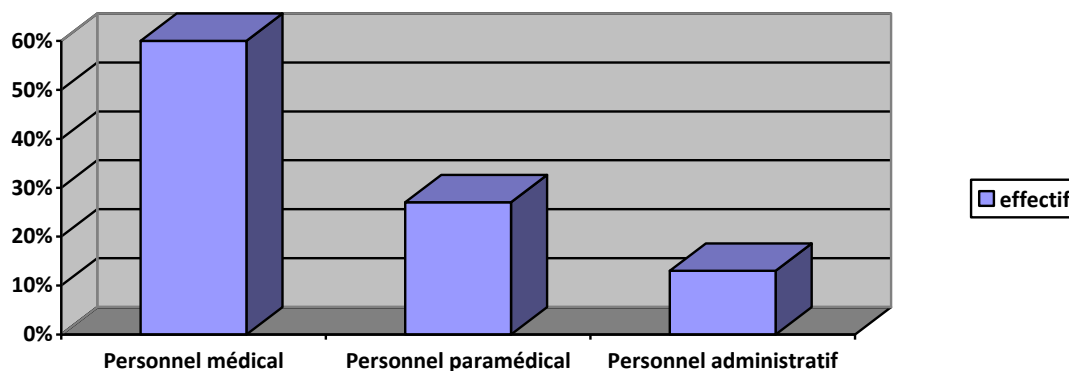
L'EHP dispose notamment d'un gérant, un directeur technique, un administrateur, et un comptable.

De ce fait l'EHP dispose d'un effectif total de personnel qui peut être présenté dans le tableau suivant :

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

Tableau N° 9 : Effectifs du personnel de l'EHP par catégorie.

personnel	Personnel médical	Personnel paramédical	Personnel administratif
effectif	22	10	05



Source : exploitation des données de l'EHP.

D'après ces résultats, on constate que la majorité du personnel de l'établissement c'est le corps médical (60%) qui sont en majorité des médecins spécialistes qui assurent une bonne prise en charge des patients.

- La capacité de la clinique :

La clinique est dotée d'un personnel médical, para médical et technique, ainsi que d'un directeur technique et d'un directeur des ressources humaines et qui sont du nombre de trente-sept (37).

Le service d'accueil :

L'accueil téléphonique et physique constitue le premier contact d'un client potentiel avec l'EHP. Il s'agit donc, en réception des apparences, d'un poste stratégique.

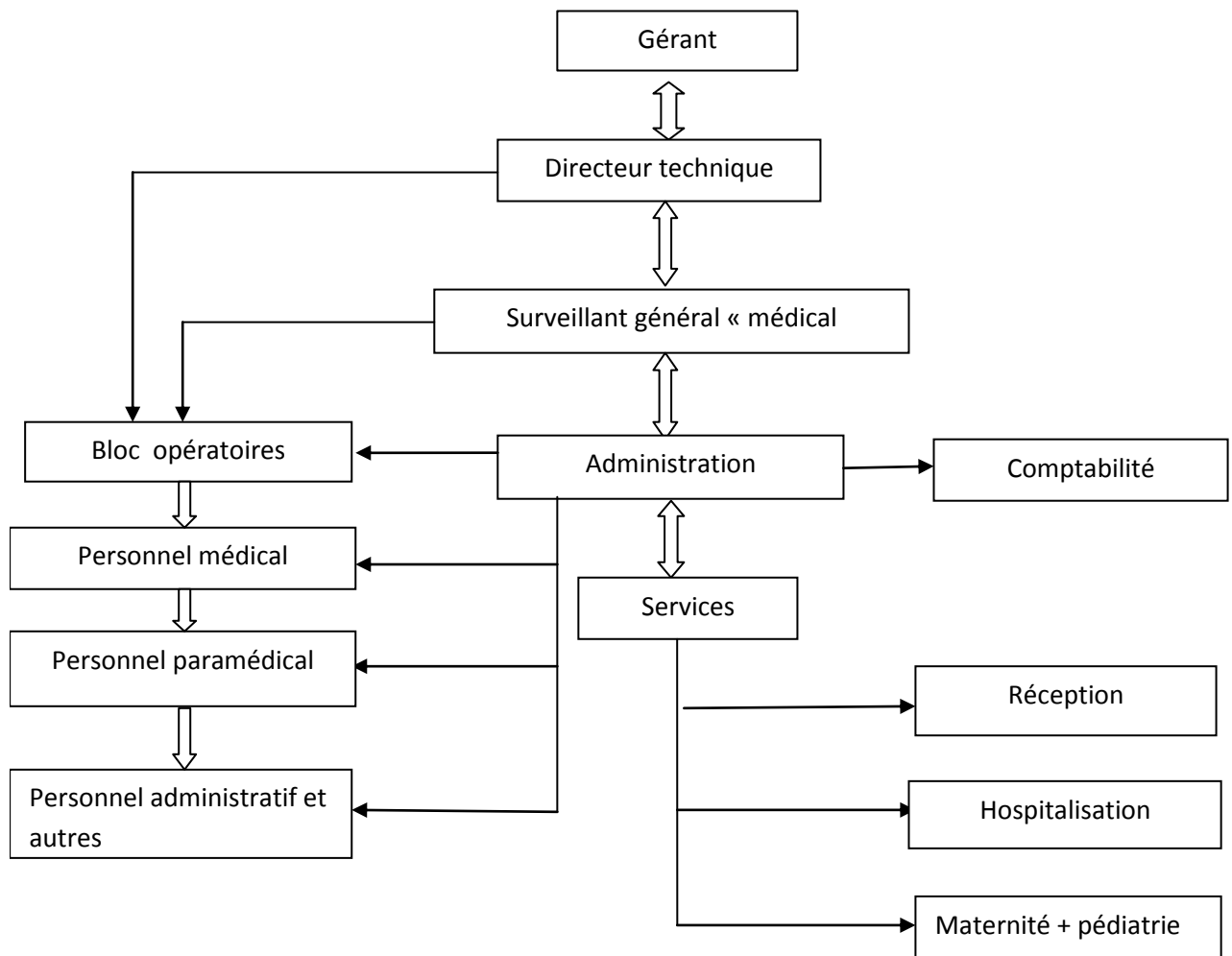
Le comportement et le professionnalisme du personnel d'accueil (les personnes chargées de l'accueil physique et téléphonique des clients, des fournisseurs, des visiteurs ou partenaires et des patients : standardistes, secrétaires, assistantes) permettent à chacun des visiteurs ou des appelants de se sentir unique. Ils créent un climat de confiance pour la quiétude de chaque patient et un espace de communication efficace.

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

A ce niveau, l'accueil physique et téléphonique est très important au sien de la clinique. Il s'agit du premier contact avec l'extérieur et permet :

- de véhiculer une bonne première impression décisive aux interlocuteurs/visiteurs.
- de véhiculer une bonne image par la qualité de sa prestation et organisation (Annexe n°4).

Organigramme de la clinique des oliviers



III-1-3-3 Échantillon d'étude

En raison du temps limité pour réaliser l'étude, il est difficile de porter cette dernière, sur la totalité de la population. L'échantillon utilisé dans notre étude qualitative est réduit et concernera des informations recueillies sur une période de temps assez limités, donc

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

l'échantillon ciblé qui a permis la collecte des données brutes pour notre étude a été sélectionnée comme suit : un entretien réalisé avec le directeur de l'établissement hospitalier privé « les oliviers », un autre réalisé avec les médecins, et un autre avec le personnel administratif de la clinique.

III- 2- La complémentarité « public-privé » :

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

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

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

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

III-2-1-Recours des ménages au prestataire privés de la santé :

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

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

technologies de pointe, IRM, scanner de dernières générations, centre de radiothérapie, laboratoires d'analyses...).

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 également appelées à croître fortement en application de la prochains décision d'ouverture d'hôpitaux privé.

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

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

- Une solvabilité des ménages assurée par la réduction de leur épargne sous forme monétaire ou capital non monétaire (vente de bien meubles et immeubles, bijoux de famille, troupeaux de moutons et de vaches...)
- Une option pour les activités « médicovores » (les plus chères et les plus rémunératrices) comme la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'ORL, la cardiologie, la chirurgie et la procréation médicalement assistées(PMA) ;

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

- Une expansion qui s'opère par deux mécanismes malsaine et dangereux pour les ménages économiquement faible : un développement et une réduction de l'épargne des ménages qui aurait pu servir à améliorer leur condition de vie.

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

En dehors de la cardiologie et de la dialyse et du transport médical pour les personnes dialysées ou le conventionnement par la Caisse Nationale Assurances Sociales (CNAS) et la Caisse d'Assurance Sociale des Non Salariés (CASNOS) a permis une prise en charge financières par ces organismes au profit des assurés prestations de santé sont directs.

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

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

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

III-2-2- Les missions de l'hôpital public

Prioritairement, le Code de santé publique fait obligation au service public hospitalier d'assurer et de concourir à la prise en charge de l'urgence et la permanence des soins aux patients. En effet, les établissements de santé assurant le service public hospitalier doivent être

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

en mesure d'accueillir les patients de jour et de nuit, en urgence ou d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier. L'hôpital public possède ses propres valeurs et qui lui sont spécifiques d'où découlent ses missions spécifiques, celles de la permanence des soins. Il a obligation d'assurer :

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

III-2-3-Effets de la privatisation sur l'hôpital public

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

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

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

Les pouvoirs publics sont là pour supporter le soutien des missions d'intérêt général et de service public. A défaut, l'hôpital public entrera dans une précarité et une indigence suicidaires. Il retrouvera alors son fonctionnement du moyen-âge, celui d'hospice pour

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

indigents (au sens précaire et sans connotation péjorative). La loi à venir, sur l'hôpital (public et privé) en Algérie, ne doit pas rester timide et céder aux divers lobbies.

III-2-4- Le secteur privé de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou :

Les structures sanitaires publiques de la wilaya de Tizi-ouzou ont du mal à répondre à la forte demande de malades provoquant ainsi une certaine tension et leur surutilisation.

C'est le cas notamment du CHU «Nédir Mohamed» du chef-lieu de wilaya. Toutefois, le privé qui s'est lancé dans ce créneau constitue une sorte d'appoint pour le secteur public.

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

Ainsi dans la wilaya de Tizi-Ouzou on compte quelques 232 cabinets de généralistes, 278 de spécialistes et 260 chirurgiens dentistes, soit un ratio d'un praticien pour près de 4.900 habitants pour chacune des spécialités précitées. Des privés qui viennent s'ajouter aux 471 spécialistes et 648 généralistes exerçant dans le public. Soit un ratio dans le public de l'ordre d'un spécialiste pour 2400 habitants et un généraliste pour 1750 habitants. Côté structures publiques il existe 01 CHU, 02 EHS (un de psychiatrie et un autre de gynécologie obstétrique), 07 EPH, 57 polycliniques et 268 salles de soins. Selon les services de la direction de la santé (DSP) de Tizi-Ouzou, la proportion de la couverture médicale du public et privé est d'un praticien pour 695 habitants pour une population globale de 1,133 million d'âmes.

A cela s'ajoute 12 cliniques médico-chirurgicales multidisciplinaires dont deux seulement sont implantées hors du chef-lieu de wilaya à Draâ-Ben-Khedda et Mekla, deux cliniques ambulatoires (ORL et ophtalmologie) et 04 centres de dialyse pour une capacité globale de pas plus de 260 lits contre les 4956 lits du public. En parallèle 244 pharmacies dont 05 grossistes et cinq entreprises de transport de malades exercent dans la wilaya.

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

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

Ce qui ne manque pas de générer des dépenses supplémentaires pour les patients obligés de se déplacer. Une situation qui pourrait être atténuée avec les 08 cliniques en voie de réalisation à Tizi-Ouzou, Boghni, Larbaâ-Nath-Irtahen, Azazga, Mekla et deux à Draâ-Ben-Khedda.

N'empêche, la couverture sanitaire dans la wilaya de Tizi-Ouzou est suffisante même si les normes nationales exigées qui sont de l'ordre d'un médecin généraliste pour 1.200 habitants ne sont pas encore atteintes. Mais avec l'apport du privé qui s'investit de plus en plus dans le segment, il est certain que la wilaya de Tizi-Ouzou disposera de plus de moyens humains et matériels.

III-3-Analyse et interprétation des résultats :

Cette dernière section est consacrée à l'analyse des résultats de notre étude et à la confrontation des données avec la revue de la littérature, dans le but de répondre aux objectifs fixés.

III-3-1- Les passerelles entre le public et le privé

D'après l'étude qu'on a réalisé au niveau de l'Etablissement hospitalier privé les oliviers on trouver qu'il existe une certaine complémentarité entre le secteur public et le secteur privé de soins, mais cette complémentarité reste limitée dans certaines spécialités seulement à savoir :

- ✓ La Gynécologie ;
- ✓ La Radiologie ;
- ✓ Neurochirurgie ;
- ✓ ORL ;
- ✓ Chirurgie générale ;
- ✓ Chirurgie infantile ;
- ✓ Les analyses médicales.

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

On a constaté que les malades peuvent être envoyés par les établissements publics de santé (CHU de Tizi Ouzou, EHS de Génécologie Sebihi, L'EPH de Azazga...), (Annexe n° 5, 6) dans les cas suivants :

- Les analyses biologiques.
- Consultations spécialisées ou pour avoir un deuxième avis.
- Radiologie (scanner, échographie...).
- Gynécologie (césarienne, accouchement, grossesse présumée à terme, macrosomie fœtale, travail long.....).

Ces malades sont envoyés avec des fiches d'évacuation qui indiquent le nom et prénom du malade, le motif d'évacuation, le moyen d'évacuation et les accompagnateurs et signées par le médecin traitant et le directeur de l'établissement (Annexe n° 7).

Les malades peuvent être aussi envoyés par des établissements privés vers les établissements publics dans les cas suivants :

- Les malades qui présentent des complications après l'intervention (chirurgicale, césarienne...).
- Les malades lourds comme les cancéreux, ces malades engendrent des frais supplémentaires sur l'établissement hospitalier privé.

III--3-2- Le Projet de la nouvelle loi sanitaire :

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

La nouvelle loi sanitaire :

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

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

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

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

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

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

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

III-3-2-Le développement des hôpitaux privés :

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

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

Conclusion :

En Algérie, l'offre de soins de santé sanitaire aux populations s'opère dans un système sanitaire de santé constitué du secteur public et du secteur privé.

C'est conscient de l'importance de la demande de soins de la population, des faibles capacités de ces services publics de santé, des lacunes du secteur privé et fort convaincu de la complémentarité utile et nécessaire de ces deux secteurs.

En Algérie, la santé est restée pendant longtemps en situation d'exception ; malgré les bouleversements économiques, l'accès aux soins est resté un droit constitutionnel fondamental pour tous les citoyens.

La politique de santé est administrée et régulée par les pouvoirs publics, son instrument la loi sanitaire de 1985 qui s'avère inadaptée aux mutations qu'a connues le pays tant sur les plans démographique, économique qu'épidémiologique.

L'absence de politique claire dans le secteur de la santé est la principale cause directe de la perte d'efficacité et des contre performances déplorées par les acteurs de santé et les usagers. La question de la ressource humaine ainsi que celle de l'organisation sont abordées avec légèreté dans la réforme du système de santé menée par les pouvoirs publics.

Les résultats de l'enquête de recherche réalisée au sein de l'EHP nous indiquent qu'il existe une complémentarité à accès limités entre le secteur privé de soins et le secteur public.

Chapitre III : Le secteur privé de soins complément de secteur public

L'objectif principal de cette étude est de montrer et d'évaluer la relation qui existe entre le secteur privé de soins et le secteur public en nous basant sur les données collectées au sein de l'Etablissement hospitalier privé « Les Oliviers ».

Les questions de recherches auxquelles nous avons tenté de répondre sont les suivantes : Comment se présente le système de santé public en Algérie ?, Comment se présente le secteur privé de soins en Algérie ?, Existe-il une complémentarité entre le secteur privé de soins et le secteur public ?

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponse à ces questions nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté le système de santé public en Algérie sa prédominance, son financement ainsi que son dysfonctionnement, ainsi l'émergence de secteur privé de soins ses contraintes et son fonctionnement.

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes adaptés à une étude qualitative par le biais des entretiens non directifs réalisés avec le directeur de l'établissement hospitalier privé Les Oliviers, les médecins et avec le personnel administratif.

Nous retenons ces quelques conclusions :

- La santé est sans conteste, le bien le plus précieux des populations mais, le plus précaire pour la majorité de la population algérienne. C'est au regard de son importance que la santé est reconnue par le gouvernement et les partenaires au développement comme l'un des secteurs sociaux le plus sensible et le plus prioritaire.
- La préservation de la santé des citoyens, avant d'être une prestation de service des professionnels du secteur de la santé, est d'abord une politique mise en œuvre par les pouvoirs publics.
- En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public.

Conclusion générale

- Un système de soins hybride en a résulté où un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance. Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire représentent des innovations organisationnelles qui rompent avec les modes de fonctionnement anciens.
- L'établissement hospitalier privé « Les Oliviers » est créé en 1994, elle a été la première clinique constituée au niveau de la wilaya de tizi ousou. Sa nouvelle ouverture était en 2009, sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique et d'un directeur des ressources humaines.
- Cette établissement se caractérise par une diversité d'activités exercées au sein des services à savoir le service d'hospitalisation, maternité, pédiatrie, chirurgie et service administratif.
- Doté d'un personnel médical, para-médical et administratif qui assure le bon fonctionnement de l'établissement.
- Cet établissement reçoit des malades provenant des différents établissements publics à savoir le CHU de tizi ousou et l'EHS de sebihi qui souffrent des faibles capacités de leurs services surtout en certaines spécialités comme la gynécologie, radiologie et analyses médicales.
- L'EHP envoie à son tour des malades aux établissements publics en cas de complications après intervention ou cas des malades lourds tel que les cancéreux.

Nous pouvons conclure que l'établissement hospitalier privé « Les Oliviers » contribue à l'amélioration de service de la santé dans la wilaya de tizi ousou pour une certaine catégorie de malade qui sont aisés financièrement.

On peut conclure à partir de notre analyse qu'il existe une complémentarité entre le secteur privé et le secteur public de soins mais elle est toujours limitée dans certaines spécialités seulement.

Conclusion générale

C'est l'importance de la demande de soins de la population les faibles capacités de ces services publics de santé, les lacunes du secteur privé qui nous font convaincre de la complémentarité utile et nécessaire de ces deux secteurs.

Le déroulement de cette étude n'a pas été sans rencontre d'entraves, dont nous citons :

- difficultés par rapport à l'indisponibilité des personnes interviewées. Du ce fait, nous avons même eu des entretiens inachevés.

- Les données recueillies sont d'ordre qualitatif et mettent en évidence les points les plus marquants du dispositif vus par les trois personnes interviewées, avec les limites et la subjectivité du discours propre à chacun. Ensuite, nous utiliserons avec prudence le contenu des entretiens non directifs auprès des personnes interviewées, car il s'agissait d'échanges sans utilisation de supports d'entretiens.

- Le manque des documents, de références et de travaux de recherche traitant la le secteur privé de soins complément de secteur public notamment en Algérie.

Enfin, il est nécessaire de souligner que ce travail de recherche n'est qu'une contribution préliminaire pour un tel thème d'actualité. Néanmoins, nous espérons que notre étude fera appel à d'autres recherche ultérieures qui se porteront sur :

- ✓ La consolidation de l'accès aux soins et la modernisation du secteur.
- ✓ La nouvelle loi sanitaire qui à consacré le principe de la complémentarité entre les secteurs public et privé.
- ✓ Etude comparative entre les établissements publics de santé et les établissements privées.

Annexe 02 Décret exécutif n° 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

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

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil;

Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales;

Vu la loi n°84-10 du 11 juillet 1984, modifiée et complétée relative au service civil;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations;

Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990 modifiée et complétée relative aux mutuelles sociales;

Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé;

Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 février 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances;

Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du

Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux;

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

Décrète :

Article 1er : Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers privés, en

application des dispositions des articles 208 et 208bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 2 : L'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes:

- la consultation;
- l'exploration et le diagnostic;
- les urgences médicales et / ou médicochirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation;

l'hospitalisation.

Article 3 : L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale. Il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

Article 4 : La capacité minimale de l'établissement hospitalier privé est fixée à sept (7) lits.

Article 5 : L'établissement hospitalier privé doit assurer un service permanent et continu.

Article 6 : L'établissement hospitalier privé est tenu de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement, de son personnel et de ses patients.

Article 7 : L'établissement hospitalier privé doit être conforme aux conditions et normes architecturales, techniques et sanitaires fixées par la réglementation en vigueur.

CHAPITRE II

CONDITIONS DE RÉALISATION ET D'OUVERTURE

Article 8 : La réalisation de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus. Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

Article 9 : Le dossier administratif et technique prévu à l'article 8 ci-dessus, comporte les pièces suivantes :

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de santé territoriale compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- la copie des statuts de la personne morale,
- le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location,
- la fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales l'énoncé des activités détaillé, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, la capacité en lits, le plateau technique notamment les matériels relatifs à la radiologie, l'exploration fonctionnelle, l'imagerie et les

équipements médicaux,

le rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique de la construction ou par un bureau d'étude d'expertise

en bâtiment agréé dans le cas d'une structure existante, le plan de situation précisant l'emplacement et la délimitation du projet, le plan de masse (1/50) devant fournir toutes les indications nécessaires notamment les nivellement général en sol, les

bâtiments avoisinants, les voiries existantes, les parkings, les réseaux divers, les espaces verts, les plans détaillés des types de schéma d'hospitalisation (1/50), les plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50), les coupes transversales et longitudinales, l'élévation des différentes façades.

Article 10 : La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné de l'avis motivé du directeur de la wilaya chargé de la santé, dans un délai n'excédant pas quarante-cinq (45) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

Article 11 : Le ministre chargé se prononce sur la demande de réalisation dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de réception du dossier.

Article 12 : Le promoteur dispose d'un délai de trois (3) ans à compter de la date de délivrance de l'autorisation pour réaliser son projet.

Ce délai peut être prorogé de deux (2) ans à la demande du promoteur sur la base d'éléments dûment justifiés.

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

A l'issue de la réalisation du projet, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé, au promoteur.

Article 13 : L'ouverture de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé sur la base d'un dossier déposé par le promoteur auprès de direction de wilaya chargée de la santé.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

Article 14 : Le dossier mentionné à l'article 13 ci-dessus, comprend les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de la santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- une fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales les activités détaillées, la capacité en lits, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, le plateau technique prévu à l'article 9 ci-dessus,
- une copie de la décision d'autorisation de réalisation,
- une copie de la décision de conformité prévue à l'article 12 ci-dessus,
- le rapport d'approbation définitive des services de la protection civile,
- le rapport définitif du contrôle technique de la construction ou d'un bureau d'expertise de construction agréé,
- le rapport de conformité des installations électriques délivré par l'entreprise nationale d'agrèage et de contrôle technique,
- le rapport de conformité des installations radiologiques émettant des sources ionisantes délivré le commissariat à l'énergie atomique,
- le procès-verbal d'installation d'un incinérateur agréé par les services concernés de l'environnement ou à défaut, la copie de la convention établie avec un établissement public ou privé d'incinération, ou tout autre procédé de traitement des déchets hospitaliers agréé par le ministère chargé de la santé,
- les documents justifiant l'acquisition d'une ou plusieurs ambulances ou la copie de la convention établie avec un opérateur de transport sanitaire privé agréé,
- la copie de la convention établie avec le centre de transfusions sanguines de wilaya relative à l'approvisionnement en produits sanguins labiles,

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

- le dossier administratif du directeur technique,
- les dossiers administratifs du personnel médical et paramédical.

Article 15 : La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier prévu à l'article 13 ci-dessus et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné du rapport de visite du directeur de wilaya chargé de la santé concerné mentionnant les observations et réserves éventuelles, dans un délai n'excédant pas trente jours (30) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

Article 16 : Le ministre chargé de la santé se prononce sur la demande d'ouverture dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception du dossier.

Article 17 : Les établissements hospitaliers privés peuvent disposer d'annexes où s'exercent les activités de consultation, dont les conditions de création et de fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 18 : Tout changement de la destination ou suppression, des locaux ou des activités médicales, de l'établissement hospitalier privé est subordonné à l'autorisation expresse et préalable du ministre chargé de la santé.

Article 19 : Les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des établissements de santé privés de type ambulatoire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 20 : L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un règlement intérieur.

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

CHAPITRE III

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

Article 21 : L'organisation de l'établissement hospitalier privé est déterminée en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur.

Article 22 : Sous réserve des dispositions de l'article 21 ci-dessus l'établissement hospitalier privé, créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur.

Article 23 : L'établissement peut être dirigé par le directeur technique médecin.

Section I

Le conseil d'administration

Article 24 : Le conseil d'administration est composé :

- du ou des promoteurs de l'établissement hospitalier privé,
- d'un représentant de la caisse nationale des assurances des travailleurs salariés,
- du président du comité médical de l'établissement hospitalier privé,
- du représentant des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- de deux (2) représentants des associations des usagers,
- d'un représentant des praticiens médicaux, élu par ses pairs,
- d'un représentant des personnels paramédicaux, élu par ses pairs,

Les membres du conseil d'administration élisent en leur sein un président.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur assiste aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

Article 25 : Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- les programmes de travail de l'établissement hospitalier privé;
- les projets de budget et des comptes de l'établissement hospitalier privé;
- les projets d'organisation interne et du règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé;
- les acquisitions des biens meubles et immeubles;
- les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement hospitalier privé;
- les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements;
- l'acceptation ou le refus des dons et legs;
- le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique de l'établissement hospitalier privé;

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

- toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement hospitalier privé ; **Article 26** : Les règles de fonctionnement du conseil d'administration seront fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

Section 2 Le directeur

Article 27 : Le directeur assurant la gestion de l'établissement hospitalier privé doit justifier d'une expérience professionnelle de cinq (5) années au moins.

Article 28 : Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier privé.

A ce titre, il a pour mission :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration,
- de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile,
- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- d'assurer la gestion administrative et financière de l'établissement hospitalier privé,
- de préparer le budget et les comptes de l'établissement hospitalier privé,
- de faire assurer un service de garde,
- de mettre en oeuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière,
- de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'établissement, soit adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient,
- de tenir un dossier médical pour chaque patient,
- de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.
- d'organiser l'activité médicale et d'hospitalisationuse in del'établissement hospitalier privé et en assurer le contrôle et le suivi,
- d'assurer de la présence permanente des praticiens médicaux et du personnel paramédical nécessaire à l'activité d'hospitalisation,
- d'assurer une gestion rigoureuse des médicaments conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

- de s'assurer du bon fonctionnement de lagarde.

Il exerce en outre, les missions prévues aux articles 28, 30 et 32 du présent décret lorsqu'il assure la direction de l'établissement hospitalier privé.

Article 30 : le directeur doit communiquer à la direction de la wilaya chargée de la santé la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes du personnel médical et des auxiliaires médicaux et du personnel administratif et technique assurant des activité dans l'établissement en précisant pour chacun, la spécialité assurée, la fonction exercée dans l'établissement et, le cas échéant, la position vis à-vis du service civil.

Article 31 : Tout changement de directeur doit être notifié à la direction de wilaya chargée de la santé, dans un délai de quinze (15) jours, par le responsable de l'établissement. Le remplaçant doit répondre aux mêmes conditions prévues à l'article 27, ci-dessus.

Article 32 : Le directeur technique de l'établissement hospitalier privé doit transmettre un bilan d'activité trimestriel ainsi qu'un rapport annuel d'activité, à la direction de wilaya chargée de la santé.

Section 3

Le comité médical

Article 33 : Le comité médical est un organe consultatif qui a pour mission de donner un avis sur :

- les programmes d'activité de l'établissement hospitalierprivé,
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicauxde l'établissement hospitalierprivé,
- la création ou suppression de services médicaux au sein de l'établissementhospitalier privé,
- les programmes des manifestations scientifiques et techniquesde l'établissement hospitalierprivé,
- les conventions de formation de l'établissement hospitalierprivé,
- l'évaluation des activités de soins et de formation de l'établissement hospitalierprivé,

Article 34 : Le comité médical comprend, outre le président :

- un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé;
- un représentant du personnel paramédical désigné par le responsablede l'établissement hospitalierprivé.

Le comité médical élit en son sein un président.

Le comité médical peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

Article 35 : Les règles de fonctionnement du comité médical sont fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 36 : L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un budget propre

Article 37 : Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses.

Au titre des recettes :

- les ressources propres,
- les dons et legs
- les recettes provenant de ses activités et prestations,
- les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.

Au titre des dépenses :

- les dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'équipement,
- toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

Articles 38 : La comptabilité de l'établissement hospitalier privé est tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

Article 39 : Le contrôle financier de l'établissement hospitalier privé est assuré par un commissaire aux comptes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE V

MODALITES DE CONTROLE

Article 40 : Sans préjudice des formes de contrôle prévues par la législation et la réglementation en vigueur, les établissements hospitaliers privés sont soumis au contrôle des services compétents relevant du ministère chargé de la santé

Article 41 : Le contrôle porte notamment sur :

- la qualité des prestations fournies,
- l'application des dispositions de la législation et de la réglementation en vigueur notamment en matière de normes, de gestion et d'hygiène hospitalière,
- le bon état de fonctionnement des services, des équipements et des matériels,
- la bonne gestion des produits pharmaceutiques,
- les conditions de sécurité des biens et des personnes.

Article 42 : Les agents de contrôle sont tenus de consigner les insuffisances et manquements constatés sur un registre spécial coté et paraphé par le directeur de wilaya chargé de la santé, concerné. Ils établissent à ce sujet des procès-verbaux qu'ils transmettent aux services de

Annexe 02 Décret exécutif n 07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

santé concernés avec copie au responsable de l'établissement hospitalier privé.

Article 43 : En cas de constatations de manquement à la législation et à la réglementation en vigueur, l'intéressé est mis en demeure et doit s'y conformer dans un délai n'excédant pas un (1) mois.

En cas d'inobservation de la mise en demeure, il encourt les sanctions administratives suivantes :

- la suspension de l'exercice de l'activité d'hospitalisation pendant une durée de deux (2) mois.
- La fermeture de l'établissement pendant une durée n'excédant pas trois (3) mois,
- Le retrait de l'autorisation d'ouverture de l'établissement hospitalier privé.

Les sanctions citées ci-dessus, sont prononcées par le ministre chargé de la santé, sur la base d'un rapport circonstancié, établi par les services compétents du ministère chargé de la santé.

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Article 44 : Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer, dans un délai de deux (2) années, aux dispositions du présent décret à compter de la date de sa publication au journal officiel.

Article 45 : Toutes dispositions contraires sont abrogées notamment le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé.

Article 46 : le présent décret sera publié au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

A. LES OUVRAGES:

1. DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
2. OUFRIHA, Fatima, Zouhra. (2006), *De réforme en réforme un système de santé à croisée des chemins*, édition CREAD.
3. Oufriha, Fatima, Zouhra. (2002), *Système de santé et population en Algérie*, Editions ANEP, Alger.
4. ZEHNATI, Achène. « *Les évolutions récentes du système de système de santé algérien* », édition CREAD, premier semestre, 2017.
5. ZENATI, Ahcene. , PEYRON Cristine, « *les cliniques privées en Algérie : logique d'émergence et stratégies de développement* », Mondes en développement 2015/2(n°170), p 09[**En ligne**].format PDF disponible sur <http://www.cairn.info/revuemodes-endéveloppement-2015>. (Consulté le 21 10 2017)

B. REVUES ET PERIODIQUES :


6. AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale, 2008, Vol. 19, N° 84, p143, disponible sur : www.bichat-larib.com/publications.../3446_2008_introduction_RQ_Exercer.pdf, (consulté le 20-08-2017).

7. OUFRIHA, Fatima, Zohra, et L.LAMRI : *contribution à l'Etude de l'Economie de Santé en Algérie*, Revue du Centre de Recherche en Economie Appliquée pour Développement, N°13. 1er Trimestre 1988, P 9.
8. Oufriha, Fatima, Zohra, *Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie*, Revue de Cahiers duCREAD n° 41, 3ème trimestre 1997. P. 89, disponible sur : <https://www.asjp.dz/en/downArticle/22/12/41/15379>, (consulté le 21/0/2017).
9. OUFRIHA, Fatima, Zohra, *la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ?*, revue de cahier de CREAD, n°35-36 «3ème et 4ème trimestres1993, pages 13- 15.
10. ZEHNATI, Ahecène, *les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire*, Revue de cahiers de CREAD n°105 /106-2013, p, disponible sur : <https://www.ajol.info/index.php/cread/article/download/124244/113765>, (consulté le 22/09/2017).
11. ZEHNATI, Ahcène, *L'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie*, revue de CREAD et Université de Bejaia/Université de Bourgogne p 7-8 **En linge**.format PDF disponible sur www.erudite.univ-paris-est.fr/.../atm-2013-communications-full-papers/?eID (consulte le 11/05/2017).

C. THESES ET MEMOIRE

Thèse de doctorat :

12. KARA TERKI Assia, *la régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public*, thèse de doctorat, en science économique, université de Tlemcen, 2009 - 2010. P143. Disponible sur : <http://dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/7516/1/Kara-terki.ASSIA.Doc.pdf> (consulté le 31/10/2017)

13. KAID Nouara, *le systeme de sante algerien entre efficacite et equite essai d'evaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de béjaia*, thèse de doctorat, sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université d'Alger, p 59, (disponible sur : http://www.193.194.83.98/xtf/data/pdf/1263/KAID_NOUARA.pdf)
14. NOUREDDINE, Achour, et NOUREDDINE Fikri Benbrahim, JEAN-Paul Grangaud, *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés*, no13 Avril 2012, P73. Disponible sur : http://www.ipemed.coop/adminIpemed/media/fich_article/1336128563_LesNotesIPEMED_13_Sante_avril2012.pdf.(consulté le 19/11/2017)
-  **Mémoire de magester :**
15. ACHOU Meriem,et AMIROUCHE Souhil : *Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie*, mémoire de master, science économiques, Economie appliquée et ingénierie financière, Université de Abderrahmane Mira Béjaia, 2016,p 05, disponible sur : [www.univbejaia.dz/.../Essai%20d'analyse%20des%20déterminantsdes%20dépenses%](http://www.univbejaia.dz/.../Essai%20d'analyse%20des%20déterminantsdes%20dépenses%20), (consulté le 07/09/2010)
16. AIT MEDJANE Ouahiba, *Les reformes du systeme de sante en algerie : etat des lieux et analyses*, mémoire de Master, sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion, économie de la santé, Université abderahmane mira de bejaia, 2012-2013, p36, disponible sur : www.univ-bejaia.dz/.../Les%20reformes%20du%20système%20de%20santé%20en%20, (consulté le 11/07/2017).
17. BENARABA Soufyane, et HADJAR Allaoua: *financement des hôpitaux publics en Algérie : cas de l'EPH d'AHBOU*, mémoire de master, science économiques, Economie de la santé, Université de Abderrahmane Mira Béjaia, 2013, p 27, disponible sur :

www.univbejaia.dz/.../Financement%20des%20h%C3%B4pitaux%20publics%20en%20Alg%C3%A9rie, (consulté le 29/08/2017).

18. ZIANI, Zouina, *la problématique de la régulation de la médecine libérale : références à des expériences et enquête auprès de médecins libéraux de la wilaya de Bejaia*, mémoire de master en science économie. Université de Bejaia 2012 /2013 .p.25, disponible sur : www.univbejaia.dz/.../La%20probl%C3%A9matique%20de%20la%20r%C3%A9gulation%20de%20la (consulté le 18/09/2017).
19. ZIANI Zoulikha. *Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie*, mémoire de magister en science économique, université de Bejaïa, 2012.
20. BENMANSOUR Sonia, *la contractualisation dans le systeme de sante algerien: son impact sur le financement des hôpitaux publics*, Sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, p 64, (disponible sur : <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/381/2/2/22182>) (consulté le 11/09/2017).

D. COLLOQUE ET SEMINAIRE

21. Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et perspectives de la contractualisation : Séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, Août 2008, disponible sur : www.coopami.org/fr/countries/.../algeria/social_protection/pdf/social_protectio_n06.pd... (consulté le 13/09/2017).

E. RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

22. Abdelhak SAIHI, *Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives*, Maître de conférences, ENA, Alger, avril 2006. P 243, (disponible sur : <https://fr.scribd.com/document/253683229/Le-systeme-de-sante-publique-en-Algerie>), 17/09/2017.
23. Banque Mondiale (2007), groupe pour le développement socioéconomique Région Moyen Orient et Afrique du Nord. « *A la recherche d'un investissement public de qualité. Une Revue des dépenses publiques* ». Volume I, Rapport n° 36270_ DZ, disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/INTALGERIAINFRENCH/Resources/ALGERIA.PER.French.VolumeI.pdf>, (consulté le 11/07/2017).
24. Déclaration politique sur le VIH/SIDA : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA, juin 2011.
25. KAÏD Tlilane, Crise économique et état de santé des enfants algériens, juillet 2004.
26. Khoukha MEKLALT et Brahim BRAHAMIA, *Le Système de Santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, disponible sur : <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?>, (consulté le 22/09/2017).
27. La santé au Maghreb, disponible sur : www.santemaghreb.com/ (consulté le 10/10/2017).
28. Mourad BAGHRICHE, Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie. Etat des lieux 2009 Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010, P 27, disponible sur : www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf, (consulté le 30/10/2017).
29. MEBTOUL Mohamed, « La médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie », *Médecine et Santé*, N°5, 1999, (disponible sur : <https://socio-anthropologie.revues.org/56>), consulté le : 15/10/2017.
30. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
31. MSPRH, état de santé des algériennes et des algériens, rapport annuel, 7 AVRIL 2002.

32. Mourad BAGHRICHE, Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie. Etat des lieux 2009 Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010, P 27, disponible sur : www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf, (consulté le 30/10/2017).
33. NABNI 2020, *Cinquantenaire de l'I indépendance* : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, 26 janvier 2010, disponible sur : www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/rapport-nabni-20201.pdf, (consulté le 01/09/2017).
34. Rachid BOUGHERBAL, *la transition épidémiologique en Algérie*: Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010. P7, disponible sur : www.majliselouma.dz/pdf/jp_sur_la_sante2.pdf, (consulté le : 31/10/2017).
35. OMS, Rapport : statistique sanitaire mondiale, P 79.
36. Plan National Cancer 2015-2019, octobre 2014, disponible sur : http://www.sante.gov.dz/images/plan%20cancer/plan_national_cancer.pdf, (consulté le 13/09/2017).
37. ZEHNATI AHCEN, *les inégalités de répartitions des praticiens privés de santé sur le territoire en Algérie. Cas de 20 spécialités médicales*, Université de Béjaïa, p 1, disponible sur : <https://www.gdri.dreem.free.fr/wp-content/a2-1zehnati-ahcene-communication.pdf>, (consulté le 12/07/2017).
38. ZEHNATI AHCÉNE, *économiste de la santé en parle « fin de la gratuité des soins »*, disponible sur : <http://forumdesdemocrates.over-blog.com/2015/02/fin-de-la-gratuite-des-soins-ahcene-zehnat-economiste-de-la-sante-en-parle.html>, (consulté le 10/10/2017).

39. ZENHATI, Ahcene : « les cliniques privées en Algérie : un affaire de « doctorpreneurs » [En ligne].format PDF disponible sur <https://www.djazairess.com/fr/lqo/5199790> (consulte le 18/09/2017)

F. TEXTES REGLEMENTAIRES

40. Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés[en ligne].Journal officiel, 22 /10/ 2007 http://www.santemaghreb.com/algerie/decret_n_07_321.pdf, (consulté le 13/08/2017).
41. Décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées, disponible sur : www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/D_cret_88-204.pdf, (consulté le 24/09/2017).
42. Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, disponible sur : <https://www.tobaccocontrollaws.org/.../Algeria%20-%20Prevention%20and%20contr...>, (consulté le 15/07/2017).
43. Loi n° 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, disponible sur : www.cci-sahel.dz/reglementation/les%20liens/Sante/Loi_88-15.pdf, (consulté le 05/06/2017).

G. SITES INTERNET

44. WWW.ONS.DZ
45. WWW.CREAD.DZ

Tables des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Liste des annexes	
Sommaire	
Introduction générale.....	02
Chapitre I : Le secteur public de en Algérie	
Introduction	
I-1 présentation du système de santé algérien	7
I-1-1 Historique de système de santé en Algérie de 1962-1989 :	8
I-1-1-1 La phase 1962-1973: reconstruction d'un système dévasté par la guerre	8
I-1-1-2 La phase 1974-1988 : Période de la gratuité des soins de santé	10
I-1-3 Les effets du PAS sur le système de soins en Algérie en 1994.....	11
I-1-2 La remise en cause partielle de la gratuité des soins en 1984.....	13
I -2.Le financement de système national de santé	15
I-2-1 Le financement de santé en Algérie	15
I-2-1-1 Maintien de la participation de l'état	16
I-2-1-2 Consolidation de la sécurité sociale	16
I-2-1-3 Contribution des ménages.....	17
I-2-2- Le financement de secteur public de soins	17
I-2-2-1 Le système initial de financement du secteur public	17
I-2-2-2 Le système actuel de financement du secteur public	19
I-3. Les dysfonctionnements du système de sante	21
I-3-1 Les causes principales des dysfonctionnements du système de santé algérien.....	21
I-3-1-1 La transition démographique	21
I-3-1-2 La transition socio-économique.....	23
I-3-1-3 La transition épidémiologique	25
I-3-2-3-1 Les maladies transmissibles.....	27
I-3-2-3-2 Les maladies non transmissibles : l'impact de la transition épidémiologique	27
Conclusion	29
Chapitre II : le secteur prive de soins en Algérie	
Introduction	31
II-1 L'émergence de secteur prive des soins	31
II-1-1 la privatisation de l'exerce médical en Algérie.....	31

II-1-1-1 Les contraintes qui pèsent le secteur privé de soins	31
II-1-1-1-1 l'autorisation de s'installer	32
II-1-1-1-2- obligation de la mi-temps.....	32
II-1-1-1-3-La mise en place d'un zoning	32
II-1-1-2 la liberté total : la levée de toutes les contraintes	33
II-1-2 la privatisation des personnels de soins	33
II-1-2-1 réglementation de l'exercice à titre privé des médecins, chirurgien-dentiste, généralistes et spécialistes	34
II-1-3-l'offre de soins	34
II-1-l'apport de l'émergence du privé dans le secteur de la santé.....	35
II-1-5 les causes de développement de secteur privé de soins	36
II-1-5-1 la transition économique : le passage de l'économie planifiée à une économie de marché	36
II-1-5-2 les carences du secteur public et la solvabilité de la demande	37
II-1-5-3 démographie médicale et emplois public	38
II-2-les cliniques privées en Algérie	39
II-2-1- La naissance des cliniques privées	39
II-2-2 Définition des cliniques privées.....	39
II-2-3 Catégories d'établissement qu'a fait l'objet de textes spécifiques	41
II-2-3-1 Les cliniques d'accouchement.....	41
II-2-3-2 Les centres d'hémodialyse.....	41
II-2-4 Le paysage des cliniques privées	42
II-2-4-1- La prédominance de l'entrepreneuriat médical	42
II-2-4-2 Les segments d'activités des cliniques privées.....	42
II-2-4-3-La forme juridique des cliniques privées	42
II-2-4-4Le choix d'activités des cliniques privées	42
II-2-4-5-La répartition territoriale des cliniques privées.....	44
II-2-5 les médecines libérales en Algérie	44
II-2-5-1 l'activité de prestation de la médecine ambulatoire privé	44
II-2-5-2 modalité de financement de secteur privé en Algérie	44
II-3- l'évolution et le fonctionnement des cliniques privées en Algérie.....	54
II-3-1-Evolution du nombre de cliniques : 1990-2013.	46
II-3-1-1-Le choix des activités : une présence ciblée sur certain Spécialités.....	47
II-3-1-1-1 Principale spécialités des cliniques privées.....	47
II-3-1-2-Evolution de la capacité potentielle d'activité	48
II-3-1-2-1-Evolution de la capacité litière	48
II-3-1-3L'hémodialyse et la cardiologie interventionnelle : une politique incitative des pouvoirs publics	50
II-3-2Le fonctionnement des cliniques privées.	50
Conclusion.....	52
Chapitre III : le secteur privé de soins un complément de secteur public	
Introduction	55
III-1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude	55
III-1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de recherche.....	55

III-1-1-1 Rappel de la problématique de recherche	55
III-1-1-2 Rappel des objectifs de recherche	56
III-1-2 Méthodologie de recherche	57
III-1-2-1 Le choix de l’outil	58
III-1-3 Caractéristiques de la population et de l’échantillon d’étude	58
III-1-3-1 Caractéristiques de la population d’étude	58
III-1-3-2 Organisation et fonctionnement de EHP « Les Olivères.....	60
III-1-3-2-1 Organisation et gestion administrative du l’EHP.....	60
III-1-3-2-1-1 Le conseil d’administration	60
III-1-3-2-1-2 le directeur	61
III-1-3-2-1-3 Comité médicale	61
III-1-3-2-2 Organisation du personnel du l’EHP	61
III-1-3-2-2-1 1e corps médical	61
III-1-3-2-2-2 Personnel paramédical.....	62
III-1-3-2-2-3 Personnel administratif	62
III-1-3-3 Échantillon d’étude	64
III- 2- La complémentarité « public-privé »	65
III-2-1-Recours des ménages au prestataire privés de la santé	65
III-2-2- Les missions de l’hôpital public.....	67
III-2-3-Effets de la privatisation sur l’hôpital public	67
III-2-4- Le secteur privé de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou.....	68
III-3-Analyse et interprétation des résultats	69
III-3-1- Les passerelles entre le public et le privé.....	69
III-3-2- Le Projet de la nouvelle loi sanitaire.....	70
III-3-2-Le développement des hôpitaux privés	71
Conclusion.....	74
Conclusion générale	76
Bibliographie	
Annexes	
Table des matières	