



**UNIVERSITE MOULOU D MAMMERI  
DE TIZI-OUZOU**



**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES  
SCIENCES DE GESTION  
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**

**Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du  
Diplôme de Master en Sciences Economiques  
Spécialité : Economie de la santé**

***Thème***

**Essai d'analyse de l'évolution des  
dépenses de santé en Algérie**

**Réalisé par :**

M<sup>lle</sup> CHABLI Safia  
M<sup>lle</sup> MILOUDI Katia

**Encadré par :**

M<sup>m</sup> HAMAZ Sabrina

Devant le Jury composé de :

- Présidente : Mme SALMI Samia
- Rapporteur : Mme HAMAZ Sabrina
- Examinatrice : Mme TAOUCHE Samia

**Date de soutenance : 30/11/2016**

## **Remerciements**

Avant tout, nous remercions le bon dieu le tout puissant de nous avoir donné la volonté et le courage de mener à terme ce travail.

Nous tiendrons à exprimer notre reconnaissance envers les membres du jury qui ont eu la lourde tâche d'examiner ce travail. A cet effet on remercie le président du jury d'avoir trouvé un petit créneau pour présider et animer la discussion. On remercie également chaleureusement les membres du jury qui, en leur qualité de rapporteurs se sont penchés avec bienveillance et minutie sur notre travail.

Nous tiendrons à remercier tout particulièrement Madame HAMAZ Sabrina, directrice de mémoire qui a encadré au quotidien nos travaux de recherche. Sa très grande disponibilité et ses qualités humaines ont rendu ce mémoire particulièrement agréable. Son expertise scientifique ainsi que ses conseils avisés ont été très formateurs et d'un très grand secours durant cette année.

Nous exprimons nos vifs remerciements à l'ensemble du personnel de la direction de la planification du MSPRH, ainsi que l'ensemble du personnel, de la DSP de wilaya de Tizi Ouzou. D'abord pour leur aide constante. Ils ont par ailleurs su nous faire profiter de leurs connaissances scientifiques et de leurs méthodologies. On remercie sincèrement l'ensemble du personnel de service budget et bureaux des entrées du CHU de Tizi Ouzou pour la bonne ambiance, leur soutien et leur accueil.

Nous tiendrons à remercier très sincèrement tous les enseignants de la faculté des sciences économiques et de gestion de l'Université Mouloud MAMMARI de Tizi Ouzou, que nous avons l'honneur d'avoir eue durant notre cursus universitaire en licence et en master, ainsi que toute l'équipe de l'économie de la santé, et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

## ***Dédicaces***

*A nos familles,*

*Et à nos amis(e)*

## **Résumé**

Le système de santé est mis en place afin de répondre aux besoins de santé des individus, cependant, le système de santé Algérien pour répondre à la croissance des dépenses de santé, plusieurs modalités de financement sont prises en compte. Différentes raisons peuvent être avancées pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé totales, ceux liés à la densité démographique, ainsi que l'essor extraordinaire des technologies médicales sont entrain d'induire de nouvelles demandes de soins dont les coûts conduiront en augmentant.

L'objectif de cette action est d'illustrer une gestion qui permet une utilisation optimale et rationnelle des ressources disponibles, afin d'améliorer la qualité des soins de santé.

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser les postes de dépenses de santé qui pèsent lourdement sur le budget en Algérie.

**Mots clés :** Système de santé, dépenses de santé totales, densité démographique, technologies médicales.

## **Abstract**

The health care system is set up in order to meet the needs for health of the individuals, however, the Algerian health care system for answering the growth of the health expenditure, several methods of financing are taken into account. Various reasons can be advanced to explain the increase in the total health expenditure, those related with the population density one, as well as the extraordinary rise of medical technologies are spirit to induce new requests for care whose costs will lead while increasing. The objective of this action is of illustrating a management which allows an optimal and rational use available resources, in order to improve quality of the health care. It acts in this research task, to study and analyze the stations of health expenditure which weighs heavily on the budget in Algeria.

**Key words:** Health system, total health expenditure, demographic density, medical technologies.

## Liste des abréviations

---

### Liste des abréviations :

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation.

BCG : Bilié de Calmette et Guérin, vaccin contre la tuberculose.

CAC : Centre Anti-Cancer.

CACOBATH : Caisse Nationale des Congés payés et du Chômage intempéries des secteurs du BTP et de l'Hydraulique.

CASNOS : Caisse d'assurances sociales des non-salariés.

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

CH : Centres Hospitaliers.

CHR : Centres Hospitaliers Régionaux.

CNAC : Caisse National d'Assurance Chômage.

CNAS : Caisse Nationale d'Assurances Sociales.

CNR : Caisse National des Retraites.

CNH : Comité National d'Homologations

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DPM : Direction de la Pharmacie et du Médicament.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DSBM : Dépenses de Soins et Biens Médicaux

DSP : Directions de la Santé et de la Population.

EHU : Etablissement Hospitalo-universitaire.

EH : Etablissement Hospitalier.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisés.

EPA : Etablissement national de santé publique à caractère administratif

## Liste des abréviations

---

EPH : Etablissement Public Hospitaliers.

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité.

FMI : Fonds Monétaire International.

IPA : Institut Pasteur d'Alger

LNCPP : Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques.

MPEV : Maladies bénéficiant de Programme Elargi de Vaccination.

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles.

MTH : Maladies à Transmission Hydrique.

MTV : Maladies à Transmission Vectorielle.

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

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

PAS : Plan d'Ajustement Sectorielle.

PCH : Pharmacie Centrale des Hôpitaux.

PIB : Produit Intérieur Brut

SNMG : Salaire National Minimum Garanti.

S.S : Système de Santé.

TDR : Tropical Diseases Research, Les maladies tropicales.

TR : Tarif de Référence.

UNICEF : Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

US : Le dollar des États-Unis ou dollar Américain.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine (SIDA).

# Sommaire

# Sommaire

---

## Sommaire

<b>Introduction générale.....</b>	<b>01</b>
<b>Chapitre 1 : Les systèmes de santé dans le monde : Historique, évolution et modes de financement.....</b>	<b>04</b>
Introduction.....	04
Section 1 : La diversité des systèmes de santé dans le monde.....	05
Section 2 : Le financement du système de santé dans le monde .....	17
Conclusion .....	26
<b>Chapitre 2 : Le système de sante algérien : évolution et organisation.....</b>	<b>27</b>
Introduction .....	27
Section 1 : L'évolution du système de santé Algérien .....	27
Section 2 : Organisation du système de santé Algérien.....	36
Conclusion.....	53
<b>Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie .....</b>	<b>54</b>
Introduction .....	54
Section 1 : Évolution des dépenses de santé en Algérie.....	54
Section 2 : Le financement des dépenses de sante par les différents agents.....	59
Section 03 : les facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses de santé .....	72
Conclusion .....	80
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>81</b>
Bibliographie.....	83
Liste des tableaux.....	91
Liste figures .....	92
Tables des matières.....	100

# Introduction générale

# Introduction générale

---

## Introduction générale

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) : « *la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>1</sup>. A cet effet, l'accès aux soins de santé est revendiqué partout comme un droit, inscrit dans les textes doctrinaux des nations.

Partout dans le monde, les coûts de santé sont devenus une préoccupation majeure des gouvernements. La nécessité d'offrir une couverture universelle pour les soins essentiels est une valeur généralement reconnue. Par ailleurs, un accès opportun aux services de santé est une combinaison de toutes les dépenses de santé liées au bien-être physique au sens large, telles que, les dépenses préventives et curatives, celles relatives aux traitements techniques et thérapeutiques et celles relatives à la promotion de la santé.

Le système de santé algérien est financé par une contribution de l'Etat, de la sécurité sociale et des ménages. Les soins dispensés sont des soins préventifs et curatifs (consultations, médicaments, et hospitalisations), dans le but d'améliorer la santé de toute la population et d'aller vers plus de justice sociale en réduisant les inégalités de santé.

De plus, le système de santé algérien a connu depuis l'indépendance plusieurs transformations, entre autres; la prise en charge collective des malades, en facilitant l'accès aux soins pour toute la population, dans le cadre de la réglementation, qui déclare que : « *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* »<sup>2</sup>.

A l'instar des autres pays, l'Algérie a connu l'émergence du problème des coûts et de leur augmentation alarmante à la fin des années 80, suite à la crise économique et aux difficultés de financement de la sécurité sociale, en raison des déficits de ses différentes caisses.

---

<sup>1</sup> OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant », page 17.

<sup>2</sup> MEDOULD. K, « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé » Article 03, du décret exécutif n° 04-101 du 1er avril 2004 : fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, Décembre 2010,

# Introduction générale

---

Les dépenses de santé sont en nette augmentation, ce qui peut être expliqué par les évolutions sanitaires (épidémiologie et vieillissement), ainsi que, l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies qui nécessitent des soins lourds et coûteux.

## La Problématique :

L'Algérie, comme tout les autres pays du monde, a connu ces dernières années une augmentation des budgets alloués au secteur de la santé, en raison des soins de santé qui sont de plus en plus coûteux et de la progression de l'offre et la demande de soins.

De ce fait, notre problématique s'articule au tour de la question principale suivante :  
**Quels sont les postes de dépenses qui pèsent lourdement sur le budget de la santé en Algérie ?**

Pour approfondir d'avantage cette problématique, d'autres questions secondaires méritent d'être posées, à savoir :

- ❖ Quelle est la tendance de l'évolution des dépenses de santé en Algérie ?
- ❖ Quelles sont les sources de financement de la santé en Algérie ?
- ❖ Qu'est ce qui explique l'évolution des dépenses de santé en Algérie ?

## Les hypothèses de la recherche :

Notre contribution n'a pas pour ambition de répondre à toutes les questions posées, mais de tenter de réunir quelques éléments de réflexion, pour cerner notre problématique de recherche, il est important d'énoncer les hypothèses sur lesquelles nous fonderons notre champ d'analyse :

**Hypothèse 1 :** La gratuité des soins instituée, en Algérie, en 1974, a placé l'hôpital au cœur d'une mission visant à libérer la demande de soins d'une contrainte financière. Pour répondre aux objectifs fixés, les dépenses des établissements de santé n'ont pas cessé d'augmenter. Financés principalement par le budget de l'Etat et une contribution forfaitaire de la sécurité sociale, ces dépenses semblent être une charge qui pèse sur leurs budgets.

**Hypothèse 2 :** En Algérie, la combinaison de plusieurs facteurs entre autres, la généralisation de la couverture et le renchérissement des médicaments, peuvent rendre les dépenses de médicaments insoutenables.

# Introduction générale

---

## **La méthodologie de recherche :**

Nous avons utilisé dans notre travail de recherche, la méthode suivante :

Les données utilisées dans cette étude proviennent de plusieurs sources, rassemblées de divers rapports documentaires et d'ouvrages et thèses des auteurs spécialisés dans la matière. Ainsi que, les aspects juridiques et réglementaire, des revues nationales et internationales, le recours aux différents rapports statistiques des divers organismes et institutions nationales, au près du ministère de la santé publique et de la réforme hospitalière (MSPRH), office national des statistiques (ONS), institut national de la santé publique (INSP), caisse nationale des assurances sociale des travailleurs salariés (CNAS), et (CASNOS), cahiers du CREAD, et des rapports des organismes internationaux, à savoir: l'OMS, l'OCDE, la banque mondiale.

## **Structures de travail :**

Notre travail est scindé en trois chapitres, structurés de la façon suivante :

Le premier chapitre présente le cadre conceptuel et théorique relatif au système de santé. Nous allons essayer d'exposer un aperçu général sur le développement des systèmes de santé dans le monde, en mettant l'accent sur l'organisation et les modalités de financements de ces systèmes de santé.

Le deuxième chapitre porte sur la présentation d'un bref aperçu des principales périodes qu'a connues le système de santé algérien, dans la première section. Nous évoquerons, dans la deuxième section, son organisation toute en nous focalisant sur l'offre de soins en particulier.

Enfin, le troisième et dernier chapitre abordera principalement, la tendance de l'évolution des dépenses de santé, en mettant l'accent sur les différentes sources de financement des dépenses de santé en Algérie et les principaux postes qui tirent vers le haut ces dépenses. Ensuite, nous aborderons les facteurs qui peuvent être à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé.

# **Chapitre 1 :**

**Les systèmes de  
santé dans le  
monde : Historique,  
évolution et modes  
de financement**

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## Introduction

L'amélioration de la santé est le premier objectif incontestable d'un système de santé. Ce dernier peut être défini comme l'ensemble des moyens et activités dont la fonction est la production des soins pour promouvoir la santé et prévenir l'apparition des facteurs de risque ou de maladies, guérir et réduire les conséquences indésirables sur le plan professionnel et social (secteurs curatif, préventif et médico-social)<sup>1</sup>.

A travers le monde, une amélioration mesurable de l'état de santé pour tous, et des efforts énergiques visant à réduire les inégalités qui déshonorent le présent et compromettent l'avenir. Il faut mettre au point de nouvelles formes de collaboration et instaurer des systèmes de santé complets pour façonner un monde dans lequel chacun puisse trouver les conditions d'une vie saine et digne.<sup>2</sup>.

Toutefois, en raison des coûts des soins qui sont, de plus en plus, coûteux, il importe de mettre en place des mécanismes garantissant une protection financière à toute la population.

Dans ce chapitre, nous allons aborder, dans la première section, des notions de base se rapportant au système de santé entre autres; sa définition, ses caractéristiques et ses fonction, ensuite, seront traitées l'histoire et l'évolution des systèmes de santé à travers le monde, toute en mettant l'accent sur les avantages et les inconvénients de chacun. La deuxième section, quant à elle, va traiter le financement de la santé dans le monde.

---

<sup>1</sup> Institut National de recherche en santé publique (INSP), question de santé publique, Revue n°13, juin 2011.

<sup>2</sup> Rapport sur la dans le monde, « pour un système de santé plus performant », OMS 2000. Page 42.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## Section 1 : La diversité des systèmes de santé dans le monde :

Dans tous les pays, les populations aspirent à une meilleure santé. Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation afin de répondre, au mieux, à la demande de santé. Cette organisation coordonne l'activité des professionnels de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement complexe est le système de santé.

De par le monde, les systèmes de santé doivent remplir les missions suivantes : identifier les besoins de santé de la population, choisir des priorités d'actions et mettre en œuvre les politiques de santé adaptées aux besoins. Les modalités d'organisation, de financement ou de contrôle des acteurs du système de santé chargés de ces missions peuvent cependant différer d'un pays à un autre.

### 1-1-Les caractéristiques et les fonctions du système de santé :

Le système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains, financiers, destiné à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système du système économique général. Selon l'OMS, c'est l'ensemble constitué de « *toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé* »<sup>3</sup>.

Ainsi, l'OMS, dans son rapport 2008 sur la santé dans le monde, a également défini un système de santé comme étant « *toutes les organisations, personnes et actions dont l'intention première est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé* »<sup>4</sup>. Le système de santé inclut la prestation des professionnels de soins médicaux, les actions des guérisseurs traditionnels et toutes les autres formes de médication, des activités traditionnelles de santé publique comme la promotion de la santé et la prévention des maladies.

---

<sup>3</sup> Rapport sur la santé dans le Monde « Document de synthèse », OMS, 2010, page 83.

<sup>4</sup> Rapport sur la santé dans le monde « Le renforcement du système de santé », OMS, 2008. Page 112.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## 1-1-1- Les caractéristiques du système de santé :

En effet, le système de santé doit pouvoir identifier les besoins de santé de la population, et déduire les priorités sanitaires et mettre en place des actions nécessaires pour réaliser des objectifs prédéfinis.

La décision en santé publique doit concilier ; équité, efficacité et rationalité économique, pour cela un système de santé doit être :

### 1 / EFFICACE : sur le plan :

- **Technique** : basé sur les méthodes scientifiques approuvées.
- **Économique** : nécessitant des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé, tout en respectant les progrès de la science. Donc concilier la plus stricte économie possible avec la meilleure efficacité du traitement c'est à dire coût/avantage.

### 2 / ACCESSIBLE : sur le plan :

- **Géographique** : Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé.
- **Économique** : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.

**3 / ACCEPTABLE** : Le système de santé doit avoir l'accord (consentement volontaire) de la population ; cette notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveau socio - économique identique en fonction de leur culture.

### 4 / PLANIFIABLE ET ÉVALUABLE : Ces deux qualités sont essentielles :

Le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation. Il convient ensuite d'évaluer les techniques, les structures et le matériel utilisés pour atteindre les objectifs fixés préalablement.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

**5 / SOUPLE et MODIFIABLE :** Le système de santé doit pouvoir s'adapter à toute situation nouvelle imposée par le type de morbidité, le progrès technologique et les conditions socio-économiques<sup>5</sup>.

## 1-1-2- Les fonctions du système de santé :

Le fonctionnement d'un système de santé exige du personnel, des moyens financiers, de fournitures, de moyens de transport et de communication, ainsi que d'orientations générales. Il doit fournir des services correspondant aux besoins et financièrement justes et traiter les patients conformément.

Le système de santé a quatre fonctions, **la fonction prestation de services** est la plus connue, et de fait on considère souvent qu'elle représente la totalité du système de santé. La prestation de service se rapporte à ce que fait le système et non pas à ce qu'il est.

Une autre **fonction qui est le financement**, elle s'exerce dans le cadre du processus de la collecte des recettes pour les mettre à la disposition du système de santé. Suit à la contribution financière public inclut les recettes de l'Etat, et des caisses de sécurité sociale. Et la contribution financement privé, elle recouvre les paiements directs des ménages, l'assurance maladie privée et autres fonds privés tel que, les mutuelles.

Chaque système de santé est appelé à investir dans **la fonction de la collecte de ressources**, mais cette fonction est considérée parfois comme étant provenant de l'extérieur du système de santé. La quatrième **fonction est l'administration générale**<sup>6</sup> qui peut être définie comme la gestion intégrée d'un bien confié aux soins de santé, pour répondre aux attentes des individus. L'administration générale occupe une place particulière du fait qu'elle englobe la supervision de toutes les autres fonctions et exerce des effets directs ou indirects sur tous les résultats. L'Etat est, particulièrement, appelé à exercer cette fonction d'administration générale, car il dépense l'argent que les gens sont tenus de verser dans le

---

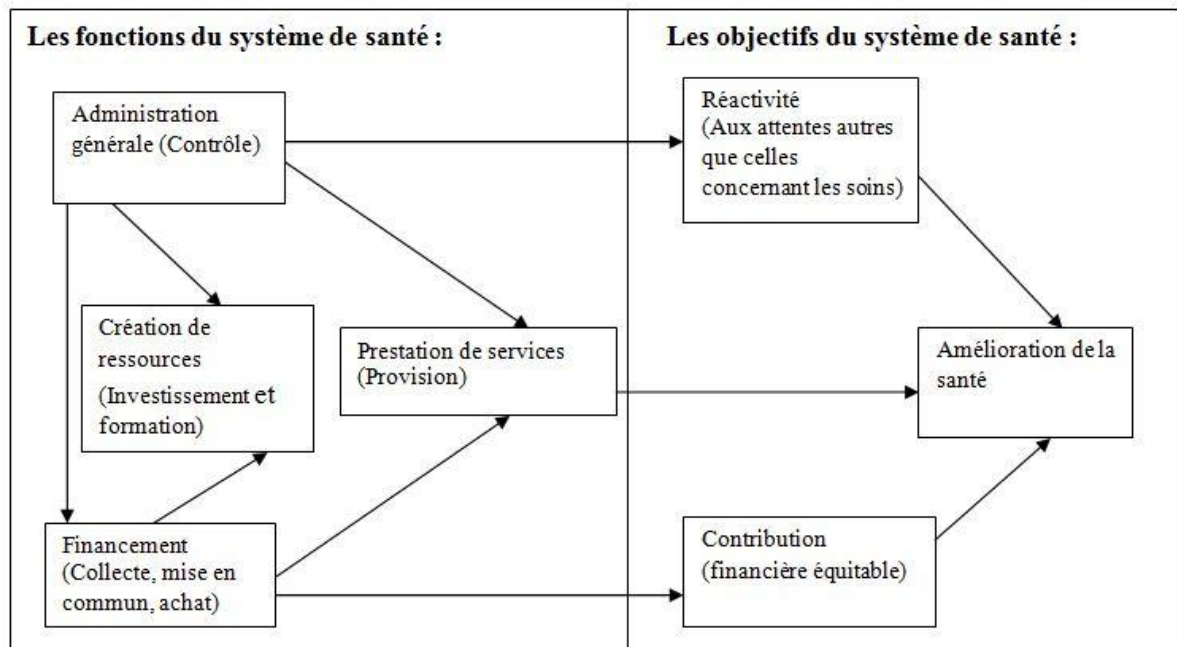
<sup>5</sup> MEROUANI.W, HAMMOUDA .N, MOUDDEN .C, « Système de Santé et Qualité de Vie à l'horizon 2025», Rapport thématique. Page 7.

<sup>6</sup> Rapport sur la santé dans le monde, « Evalue les systèmes de santé dans le monde », OMS 2010. Page 44-45.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

cadre de l'impôt et de l'assurance sociale, et parce qu'il est l'auteur d'un grand nombre des règles applicables aux transactions privées et volontaires (Figure °01).

Figure 1 : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé :



Source : *Rapport sur la santé dans le monde, « le financement des systèmes de santé », OMS 2000. Page 27.*

## 1-2 Les différents types de systèmes de santé dans le monde :

Les systèmes de santé d'aujourd'hui s'inspirent à des degrés divers d'un ou de plusieurs modèles de base qui ont été mis au point et améliorés depuis la fin du XIXe siècle. On trouve des systèmes qui visent à couvrir l'ensemble ou la quasi-totalité des habitants, en obligeant les employeurs et les employés à cotiser à des caisses d'assurance-maladie, et en faisant dispenser les soins de santé par des prestataires publics et privés.

D'autres modèles, reposent sur une planification et un financement centralisés, et fonctionnent essentiellement avec des recettes fiscales et des services publics. En effet, il existe quatre modèles de système de santé et de protection sociale :

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## 1-2-1 Le système de santé Bismarckien :

Ce système est également appelé **système professionnel**, car le droit à la santé et à l'assurance maladie constitue les attributs des travailleurs et de leurs ayants droit. Il repose sur une assurance publique à laquelle s'ajoutent des assurances privées. La population a accès à un ensemble de services de santé fournis à la fois par les secteurs publics et privé. Plusieurs principes sous-tendent ce modèle :

- Une protection fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle ;
- Une protection obligatoire ;
- Une protection reposant sur une participation financière des employés et des employeurs qui prend la forme de cotisations sociales ;
- Les cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux risques – comme dans la logique assurantielle pure – mais aux salaires. On parle ainsi de socialisation du risque.<sup>7</sup>

Le service public de santé s'appuie tout particulièrement sur les caisses d'assurance-maladie, qui sont des collectivités publiques. Ces caisses sont contrôlées par les représentants des employeurs et des employés et les cotisations se répartissent également entre ces derniers. Pour les pensionnés, les chômeurs et les personnes handicapées, les cotisations sont financées par une caisse sociale.

## 1-2-2 Le modèle Beveridgien :

Le système de santé Beveridgien est un système national et universel, dont le financement est assuré par l'impôt et qui offre des soins gratuits à toute la population.

Dans le but de rendre le système de soins accessible à toute la population. Lord Beveridge a publié un rapport en 1942, où il propose un système de santé qui fournit des

---

<sup>7</sup> VIGNEUL.M, « La mutualisation des soins de santé », Colloque internationale sur les systèmes de santé, KINSHASA – du 12 au 14 février 2009, page 28.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

services médicaux gratuits à tous les citoyens, et qui est financé principalement par le budget de l'Etat<sup>8</sup>.

Ce système repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U » :

- **Universalité** : L'ensemble de la population est protégée, sans condition de paiement préalable de cotisations et indépendamment de la situation professionnelle ou familiale.
- **Unité** : Un service unique est chargé d'encaisser et de redistribuer les fonds, ce qui remplace la multiplicité des régimes et des caisses.
- **Uniformité** : Les prestations sont délivrées de la même façon à tous, sur la base des besoins et non pas selon les modalités ou le montant des contributions<sup>9</sup>.

En pratique, ces principes sont mis en œuvre dans les systèmes de santé par l'intermédiaire d'un service national de santé caractérisé, pour la population couverte, par une nette séparation entre financement et prestation ; dont le financement est fiscalisé et les soins sont délivrés (quasiment gratuitement). Ainsi, la solidarité nationale assure non seulement une redistribution horizontale (entre biens portants et malades), mais aussi une redistribution verticale (entre riches et pauvres).

### 1-2-3 Le modèle Mixte :

Le système de santé mixte est un système socialisé et planifié accessible à tous les citoyens, puisque il assure un service national de santé universel, généraliste et gratuit<sup>10</sup>.

Les systèmes mixtes sont caractérisés par :

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

---

<sup>8</sup> Lorant .V ; Dauvrin. M. « Introduction aux systèmes de santé et de soins dans le monde», Bruxelles Woluwe, 2015. Page 67-93.

<sup>9</sup> SCHNEIDER.B.C, « santé et justice sociale », ECONOMICA, paris, 1997, page151-152.

<sup>10</sup> Gérard.P. « le financement des systèmes de santé », novembre 2011, pages 19-24.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

- ✓ La coexistence du service national de santé avec un important secteur de privé, où les prestataires privés peuvent être complémentaires au secteur public, et ils sont sous contrat avec le service national de santé et fournissent ainsi des soins financés sur les fonds publics ; (comme dans le système de santé bismarckien), ou supplémentaire, où les prestataires sont payés par les patients, ou leurs assurance privés, (comme dans le système de santé bévériidgien<sup>11</sup>).

## 1-2-4 Le modèle libéral :

Le système de santé américain est un système libéral. Il est fondé sur le marché et s'organise autour d'assurances privées liées à l'emploi et d'une assurance maladie obligatoire, liée notamment à la vieillesse et aux faibles revenus. Ce système est l'inverse du système de santé français mixte, il s'organise en majeure partie autour d'assurances privées, facultatives et proposées par les employeurs à leurs salariés. Deux Américains sur trois sont couverts par une assurance privée liée à l'emploi.

Il prévoit une couverture de base, couvrant les gros risques pour les personnes âgées et les plus démunis. Ainsi, deux systèmes d'Assurance maladie obligatoire financés par l'impôt et les cotisations coexistent ; à savoir : Medicare et Medicaid. À ces deux programmes, il faut ajouter les dépenses faites par les États et les municipalités pour assurer un minimum de soins aux plus défavorisés<sup>12</sup>.

**Medicare :** Il s'agit d'un régime d'assurance universel destiné aux personnes âgées et aux handicapés financé par le gouvernement fédéral. Actuellement, environ 13 % de la population en bénéficie de ce programme, soit les personnes de 65 ans et plus, ainsi que, les handicapés. Ce régime ne couvre que 50 % des dépenses de santé des personnes âgées, ce qui fait qu'un grand nombre de ces dépenses doivent souscrire à une assurance complémentaire.

**Medicaid :** Ce programme est un régime d'assurance-maladie destiné à certains groupes de personnes tout particulièrement aux personnes diminuées. Il couvre environ (6% de

---

<sup>11</sup> SCHNEIDER.B.C, « santé et justice sociale », ECONOMICA, paris, 1997, page154-155.

<sup>12</sup> Auger.J ; « Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, États-Unis, France, Royaume-Uni) », Coup d'oeil, avril 1999. Page 10

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

la population), ce régime est financé par le gouvernement fédéral et les États (20 % à 50 % selon le revenu de l'État). Ainsi que, certains États comme Hawaii et l'Oregon, ont complété le programme fédéral par une assurance publique qui permet de couvrir l'ensemble des citoyens<sup>13</sup>.

## ❖ Éléments comparatifs entre les modèles :

Il est intéressant de souligner que, souvent, la majorité des pays utilisent plus d'un modèle dans le financement de leur santé. Qui vise à améliorer les inégalités chez la population en évaluant et agissant sur une variété de facteurs et conditions qui déterminent la santé.

Tout système de santé se compose en deux grandes parties :

- **Les soins** : Assuré par du personnel médical (médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, sages-femmes, aides-soignants) et des établissements de soins (hôpitaux, cliniques privés).
- **L'assurance maladie** : La gestion des cotisations des assurés, et le financement des soins.

La manière de les mettre en place et de les gérer, varie énormément d'un pays à l'autre.

---

<sup>13</sup> CHAMBARETAUD.S, «Le système de santé américain », rubriques international, septembre 2001.

## Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

Tableau 1 : Synthèse des modes de financement des systèmes de santé :

Modèles	Modes de paiement	Modes de prestation
<b>Bismarckien</b>	Les soins sont financés essentiellement par les cotisations sociales	Les soins sont dispensés principalement par des intervenants à la fois publics et privés
<b>Beveridgien</b>	Les soins sont financés essentiellement par l'impôt.	Les services de santé sont dispensés principalement par des intervenants publics.
<b>Mixte</b>	Les soins sont financés essentiellement par les cotisations sociales	Les soins sont dispensés principalement par des intervenants la fois publics et privés
<b>Libéral</b>	Les soins sont financés principalement par des régimes d'assurance privés.	Les services de santé sont dispensés presque essentiellement par des intervenants privés.

Source : Auger.J. « Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, États-Unis, France, Royaume-Uni) », avril 1999, page 63.

Le modèle Bismarckien a un mode de financement reposant, essentiellement, sur les cotisations sociales, surtout lorsque l'obligation d'assurance est soumise à un plafond.

Alors que, le modèle Beveridgien son objectif est la l'égalité volontariste par un financement fiscalisé, qui va même plus loin que l'égalité, en favorisant les plus pauvres, dans le but de compenser les inégalités des chances pour la santé.

Quant au modèle mixte, il connaît des succès variables dans sa mise en œuvre, dont le financement des soins se fait par les cotisations sociales des employés. Le modèle mixte s'est

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

inspiré du modèle Bismarckien, et de la fiscalité du modèle Beveridgien, pour assurée une couverture universelle pour tout la population.

En revanche, dans le modèle libéral une grande majorité des citoyens sont couverts par le secteur privé alors qu'une importante proportion de la population n'a aucune assurance et que les moins nantis sont souvent laissés pour compte. L'absence de système national obligatoire, par la prédominance des acteurs privés.

Le choix d'un système de financement des soins influence directement sur le système de production des soins, ne serait que par la définition des modalités d'accès aux soins des différentes catégories de personnes. C'est à l'évaluation plus précise de l'équité du système de santé.

## 1-3 Le développement vers une couverture universelle :

Avec l'amélioration générale de l'offre de services de santé, il est devenu encore plus évident que les obstacles à l'accès constituent un important facteur d'iniquité : le paiement des soins par les usagers, en particulier, les empêche souvent d'accéder aux soins dont ils ont besoin.

De plus, lorsque des gens sont tenus de payer pour des soins de santé un prix qui dépasse leurs moyens, un problème de santé peut rapidement les faire plonger dans la pauvreté ou précipiter leur faillite. C'est la raison pour laquelle l'extension des prestations de services de santé doit aller de pair avec une sécurité sociale basée sur le prépaiement et la répartition plutôt que sur le paiement direct par les usagers<sup>14</sup>.

Les réformes visant à assurer une couverture universelle, c'est-à-dire l'accès universel combiné à la sécurité sociale constituent une condition nécessaire à l'amélioration de l'équité en santé. Une série de réformes qui reflètent une coopération entre les valeurs des soins de santé (les attentes des citoyens), et les défis communs en matière d'efficacité de l'action sanitaire. Il s'agit de :

---

<sup>14</sup>Rapport sur la santé dans le monde, « Évalué les systèmes de santé dans le monde », OMS juin 2000.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

- ✓ **Réformes de la couverture universelle** : qui font en sorte que les systèmes de santé contribuent à l'équité et à la justice sociale, ainsi que à l'exclusion, essentiellement en tendant vers l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale ;
- ✓ **Réformes des prestations de services** : qui réorganisent les services de santé autour des besoins et les attentes de la population, afin de les rendre plus pertinents socialement et plus réactifs aux changements du monde, tout en produisant de meilleurs résultats ;
- ✓ **Réformes des politiques publiques** : qui rendent les collectivités plus saines, en combinant les mesures de santé publique et les soins de santé primaires, en conduisant des politiques publiques saines dans tous les secteurs, et en renforçant les interventions de santé publique sur le plan national et multinational<sup>15</sup>.

De nombreux pays à revenus faible et moyen ont aussi réalisé des progrès significatifs en développant leur système de financement, en vue d'une couverture universelle. Ceux-ci font partie d'exemples bien connus ; le Chili, la Colombie, Cuba, le Rwanda, et la Thaïlande, mais aussi le Brésil, la Mongolie. Au même moment, le Gabon, le Mali, la Tunisie et le Viet Nam, ont développé plusieurs formes de prépaiement et de mise en commun des ressources pour augmenter la protection contre le risque financier, en particulier pour les démunis<sup>16</sup>.

## 1-4 Amélioration de la performance du système de santé :

Un bon système de santé est avant tout celui qui contribue à instaurer un bon niveau de santé. Toutefois, il ne suffit pas toujours de maintenir ou d'améliorer le niveau moyen de santé d'une population si, dans le même temps, les inégalités s'aggravent ou demeurent importantes parce que les progrès obtenus bénéficient surtout à des personnes déjà en bonne santé.

Le système de santé a aussi pour mission d'essayer d'atténuer les inégalités en améliorant la santé des moins bien portants, lorsque la situation est justiciable d'une intervention. L'objectif de la bonne santé est en fait double et se décompose comme suit : la

---

<sup>15</sup> Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2008.

<sup>16</sup> Rapport sur la santé dans le monde, « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », OMS, 2010

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

qualité, qui est le meilleur niveau moyen réalisable, et l'équité, qui est la plus faible différence possible entre les individus et entre les groupes de société.

Pour évaluer la performance d'un système de santé, il faut mesurer les indicateurs suivants :

- ✓ **Réactivité** : C'est la capacité d'un système de santé de répondre mieux aux attentes de la population, elle comprend deux grands volets :
  - Le respect de la personne malade : la dignité, confidentialité et autonomie des personnes et des familles concernant les décisions relatives à leur propre santé ;
  - L'attention accordée au malade : rapidité de la prise en charge, accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins, qualité de l'environnement et choix du prestataire<sup>17</sup>.
- ✓ **Un financement équitable** : Le système de santé suppose que les risques financiers, auxquels est exposé chaque individu en raison des coûts de la santé, soient répartis en fonction de la capacité à payer et non du risque de maladie. En effet, un système financé de façon équitable offre une protection financière à toute la population.

Un système de santé dans lequel des individus ou des ménages sont parfois obligés d'acheter les soins dont ils ont besoin ou doivent abandonner à se faire soigner parce que le coût est trop élevé est inéquitable. C'est la situation que l'on observe dans la plupart des pays pauvres et dans certains pays à revenu intermédiaire ou élevé où une partie de la population n'est pas suffisamment protégée contre les risques financiers.

- ✓ **Niveau de santé général** : Un bon système de santé contribue avant tout à améliorer la santé. Pour évaluer l'état de santé général de la population et donc pour mesurer le degré de réalisation de l'objectif de bonne santé, l'OMS a choisi de mesurer l'espérance de vie sans incapacité.

---

<sup>17</sup>Rapport sur la santé dans le monde, « Pour un système de santé plus performant », OMS, 21 juin 2000. Page 32-34-39.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

Cette mesure présente l'avantage d'être directement comparable à l'espérance de vie et elle est facile à comparer entre les populations. Selon le rapport de la santé fournit par l'OMS, une estimation de l'espérance de vie pour tous les pays, est estimée à 70 ans ou plus, dans 24 pays développés, et à 60 ans dans plus de la moitié des Etats Membres de l'OMS. A l'autre extrême, l'espérance de vie est estimée à moins de 40 ans dans 32 pays, les plus pauvres<sup>18</sup>.

Donc, il est de plus en plus couramment admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides, efficaces et capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, à tous les hommes et à tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent.

## Section 2 : Le financement du système de santé dans le monde

Disposer de fonds suffisants pour la santé est une question fondamentale pour tous les pays. Tout d'abord pour les pays pauvres, le défi consiste à accroître le financement disponible afin d'offrir les services nécessaires et de garantir une qualité suffisante des soins (traitement, prévention, réadaptation et promotion de la santé). Pour ce qui est des pays riches, le défi consiste à ce que les dépenses de santé n'augmentent pas malgré les facteurs explicatifs de l'offre et de la demande de soins qui influencent sur l'évolution de ces dépenses.

### 2-1 Les dépenses de santé dans le monde :

Les dépenses de santé explosent ces dernières décennies, cela semble être dû, au vieillissement de la population. Mais ce n'est pas tout, les nouvelles technologies médicales, issues des progrès de la science, ainsi que la hausse des revenus dans les pays développés suscitent des attentes plus grandes de la part de la population en matière de qualité des soins<sup>19</sup>.

#### 2-1-1 Les typologies de dépenses de santé :

Il existe plusieurs types de dépenses en santé : la dépense pour les malades, la dépense en faveur du système de soins, la dépense de prévention, le coût de gestion de la santé.

---

<sup>18</sup> Rapport sur la santé dans le monde, « Travailler ensemble pour la santé », OMS, 2006. Page 19-20.

<sup>19</sup>OMS, statistiques sanitaires mondiale sur les dépenses de santé, 2013, Page 131

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## 2-1-1-1 La dépense de santé pour les malades :

Elle regroupe tous les paiements qui se rapportent à la maladie elle-même. Elle comprend :

- ✓ **Les dépenses de soins et biens médicaux (DSBM) :** permettent de connaître les masses financières globales qui sont la contrepartie des soins médicaux et des services de prévention individualisables dispensés dans l'année. Ces dépenses sont composées :
  - des soins hospitaliers (hors soins de longue durée) : ensemble des services (soins et hébergement) de court et moyen séjours fournis par le secteur public ;
  - des soins de ville : effectués en cabinet de ville ou en centre de santé, ils sont composés des soins dispensés à titre privé par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les actes d'analyse effectués en laboratoire ;
  - des transports sanitaires, comprenant : les transports spécialisés (ambulances privées, ambulances d'établissements publics hospitaliers, services mobiles d'urgence et de réanimation des hôpitaux publics) et les transports non spécialisés utilisés par les malades (transports publics, taxis, voitures particulières)
  - La dépense en biens médicaux composée des médicaments et autres biens médicaux (prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), lunetterie, pansements et petit matériel), à condition qu'ils soient consommés en dehors de l'hospitalisation. Ces biens peuvent être acquis sur prescription ou non.
  
- ✓ **Les soins de longue durée,** composés des :
  - Soins de longue durée aux personnes âgées : en établissements d'hébergement pour personnes âgées ; en établissements hospitaliers publics et des services de soins à domicile ;
  - Soins de longue durée aux personnes handicapées en établissements : maisons d'accueil spécialisé, Foyers d'accueil médicalisé

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

- ✓ **Les indemnités journalières :** Il s'agit de prestations en espèces versées par la Sécurité sociale à un assuré lorsqu'il est amené à cesser son travail pour cause de maladie, de maternité ou d'accident de travail.

## 2-1-1-2 Les dépenses en faveur du système de soins :

Elles se composent des dépenses publiques et privées consacrées aux subventions du système de soins, à la formation des professionnels de santé et à la recherche médicale et pharmaceutique:

- ✓ **les subventions du système de soins** qui comprennent :
  - la prise en charge par la Sécurité sociale d'une partie des cotisations sociales des professionnels de santé ;
  - la dotation versée par l'Assurance maladie à l'intervention pour la qualité et la coordination de soins ;
- ✓ **la formation :** dépenses de formation du personnel médical, paramédical pour les enseignements suivants : enseignement médical supérieur, école d'infirmiers et d'auxiliaires médicaux, Institut Pasteur, écoles militaires ;
- ✓ **la recherche médicale et pharmaceutique :** dépenses affectées à la recherche médicale et pharmaceutique.

## 2-1-2 les dépenses de santé par rapport au PIB :

Dans les économies où les dépenses de santé sont élevées, ce qui est le cas de la plupart des pays à haut revenu, il existe de vastes disponibilités financières pour accélérer la transition des soins tertiaires vers les soins de santé primaires, créer un environnement politique plus sain et compléter un système de couverture universelle bien établi par des mesures ciblées visant à réduire l'exclusion.

Dans un grand nombre de pays dont l'économie de la santé connaît une croissance rapide, où vivent 3 milliards de personnes, cette même croissance offre une occasion de baser les systèmes de santé sur des soins de santé primaires de bonne qualité, et sur les principes de la couverture universelle à un stade où elle est en pleine expansion, en évitant les erreurs par omission, telles que celle qui consiste à ne pas investir dans les politiques de santé publique,

## Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

et par commission, telles que celle qui consiste à investir de manière disproportionnée dans les soins tertiaires, qui ont caractérisé les systèmes de santé des pays à revenu élevé dans un passé récent.

Il faut reconnaître que ce défi paraît plus difficile à relever pour les 2 milliards d'habitants des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-est dont l'économie de la santé connaît une croissance faible, Pourtant, même là, on observe des signes de croissance et la perspective manifeste de l'accélérer par d'autres moyens qu'en s'en remettant de manière illusoire au paiement direct par les patients des soins qui leur sont prodigués , ce qui offre des possibilités d'étendre les systèmes et services de santé<sup>20</sup>.

**Tableau 2 : Évolution des dépenses de santé en % du PIB entre 2010 et 2015 :**

Années	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Australie	8,5	8,6	8,7	8,8	9,0	9,3
Belgique	9,9	10,1	10,2	10,4	10,4	10,4
Canada	10,6	10,3	10,3	10,2	10,0	10,1
France	10,7	10,7	10,8	10,9	11,1	11
Allemagne	11	10,7	10,8	10,9	11,0	11,1
Royaume-Uni	8,5	8,4	8,5	9,9	9,9	9,8
Japon	9,5	11,1	11,2	11,3	11,4	11,2
États-Unis	16,4	16,4	16,4	16,4	16,6	16,9

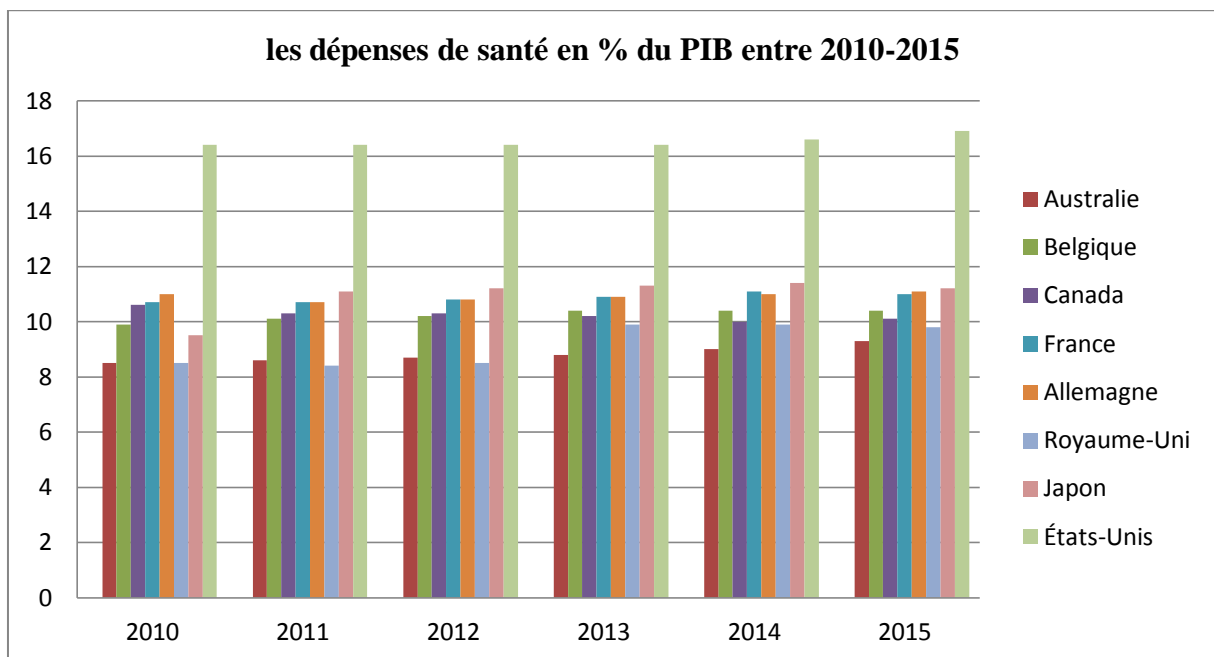
Source : Organisation de Coopération et de Développement Économique 2016, in, OECD.stat

<sup>20</sup> OMS, « les soins de santé primaire(SSP) », Rapport sur la santé dans le monde, 2008

## Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

Selon le tableau 2, les États-Unis occupent la première position dans la part du PIB consacré à la santé, avec un taux supérieur à 16%. L'évolution de ces dépenses de santé en proportion du PIB est le résultat des fluctuations enregistrées dans le niveau de ces dépenses et dans la croissance de l'économie. La crise économique qui s'est amorcée en 2008 a mis fin à une longue période durant laquelle les dépenses de santé augmentaient plus vite que le PIB surtout dans de nombreux pays de l'OCDE. Ceci a entraîné des changements sensibles de tendance pour ce qui concerne la part des dépenses de santé dans le PIB.

**Figure 2 : Évolution des dépenses de santé en % du PIB entre 2010 et 2015 :**



*Source : Réalisée par nos soins à partir du tableau 2.*

Pour les dépenses de santé totales dans le monde, celles-ci représentaient en 2006 environ 8,7 % du PIB et atteignaient leur niveau le plus haut dans la Région des Amériques avec 12,8 % et leur niveau le plus bas en Asie du Sud-est, avec 3,4 %. Ce chiffre global équivaut à une dépense de 716 US dollars par habitant en moyenne, mais les variations autour de cette moyenne sont extrêmement importantes : les dépenses de santé par habitant vont d'un niveau très bas de 31 US dollars en Asie du Sud-est à un maximum de 2 636 US dollars dans la Région des Amériques. La part de l'État dans les dépenses de santé totales va de 34 % en Asie du Sud-est à 76 % en Europe. Lorsque l'État participe peu aux dépenses de santé,

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

Les ressources externes deviennent une source très importante de financement de la santé dans les pays à faible revenu. Partant de 12 % en 2000, la part des ressources externes dans le montant total des dépenses de santé des pays à faible revenu a atteint 17 % en 2006. Dans certains de ces pays, l'ensemble des dépenses de santé est même financé aux deux tiers par des ressources externes<sup>21</sup>.

En 2011, les dépenses de santé représentaient en moyenne 9,3 % du PIB dans les pays de l'OCDE, contre 9,4 % en 2010. Si l'on ne tient pas compte des dépenses d'investissement, les dépenses courantes consacrées à la santé sont passées de 9,1 % du PIB en moyenne en 2010 à 8,9 % en 2011. Par la suite, les politiques de réduction des déficits publics et la contraction des revenus des ménages se sont traduites par une diminution des dépenses publiques de santé.

## **2-2 Le financement de la santé:**

D'après l'OMS, le financement de la santé est la façon dont les ressources financières sont générées, affectées et utilisées dans les systèmes de santé. Parmi les exemples relatifs au financement de la santé, on peut citer: les sources dégager de fonds en faveur de la santé, et les obstacles financiers qui excluent de nombreux pauvres de l'accès aux soins. En effet, le manque de financement de la santé est un problème qui se pose dans tous les pays, mais ces derniers peuvent agir davantage avec les ressources existantes et de les utilisées d'une manière plus efficace.

### **2-2-1 Les modalités de financement de la santé:**

Le mode de financement de la santé peut aussi être un facteur d'inefficacité et les incitations financières en faveur des prestataires influents certainement de manière décisive sur l'utilisation plus ou moins efficace des ressources. Plus généralement, il est possible d'améliorer l'efficacité en allouant des ressources aux prestataires sur la base d'informations concernant leur performance et les besoins sanitaires de la population.

---

<sup>21</sup> SCHIEBER. G, FLEISHER. L ET P. GOTTRET, « Financement de la santé : une chance à saisir Finances et Développement » rapport sur la Vaccination contre la rougeole au Mozambique, Décembre 2006.

## Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

Les dépenses de santé privées sont assumées par les individus, comme le paiement des médicaments, des consultations et autres actes médicaux, Même si les gens sont quelque peu protégés par des régimes d'assurance, ils doivent parfois assumer une partie des coûts (ex. copaiement, coassurance ou encore paiement direct).

Un recours moindre aux paiements directs contribuera à supprimer les obstacles financiers à l'accès aux soins et évitera que les dépenses de santé n'appauvrissent ceux qui doivent se soigner.

L'augmentation du niveau et de la part des recettes perçues par le biais de mécanismes de prépaiement et de mutualisation, la réduction de la fragmentation pour augmenter les capacités de redistribution des fonds mutualisés et le recours aux fonds mutualisés pour couvrir les dépenses de santé de ceux qui n'ont pas suffisamment de moyens sont les principaux éléments d'une stratégie que les pays doivent appliquer pour s'acheminer vers la couverture universelle.

Pour qu'un système de financement de la santé soit modèle, plusieurs éléments doivent être pris en charge par les pays<sup>22</sup>:

- Montrer sa volonté politique de développer le système de financement de la santé et de maintenir la couverture universelle ou de s'en approcher, et fait participer toutes les parties concernées, y compris la population, à ce processus;
- Allouer suffisamment de fonds à la santé ;
- Rechercher de nouvelles sources de revenu - par exemple, différentes formes de taxation indirecte comme les taxes sur les ventes de tabac et d'alcool;
- S'efforcer de rentabiliser les dépenses de santé;
- Veiller à ce que les groupes vulnérables bénéficient des soins dont ils ont besoin.

---

<sup>22</sup> OMS, Financement de la santé et couverture universelle – in, <http://www.who.int/whr/2008/overview/fr/>

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

## 2-2-2 Les objectifs des modalités de financement de la santé:

Les objectifs de la politique de financement de la santé servent de critères pour évaluer les réalisations et les performances des systèmes de financement de la santé et les effets des réformes. Les façons dont les pays mettent en pratique ces objectifs varient, de même que l'importance relative qu'ils accordent à chacun d'entre eux, qu'ils sont applicables universellement et indépendamment des dénominations ou des modèles par lesquels on désigne les modalités de financement de la santé. En outre, ces objectifs peuvent être traduits en mesures concrètes<sup>23</sup> et découlent des buts de la performance globale des systèmes de santé qui sont décrits dans le Rapport sur la santé dans le monde 2000<sup>24</sup>, à la suite d'un examen des buts que les modalités de financement de la santé influencent :

Les objectifs de la politique de financement qui sont essentiellement identiques aux grands buts du système de santé :

- favoriser une protection universelle contre les risques financiers ;
- favoriser une répartition plus équitable de la charge que représente le financement du système ;

Les objectifs de la politique de financement qui sont des objectifs instrumentaux et intermédiaires par rapport aux grands buts du système de santé :

- favoriser une utilisation et une prestation équitables de services compte tenu des besoins auxquels ces services répondent ;
- améliorer la transparence et la responsabilité du système vis-à-vis de la population ;
- favoriser la qualité et l'efficacité de la prestation des services ;
- améliorer l'efficacité de l'administration du système de financement de la santé.

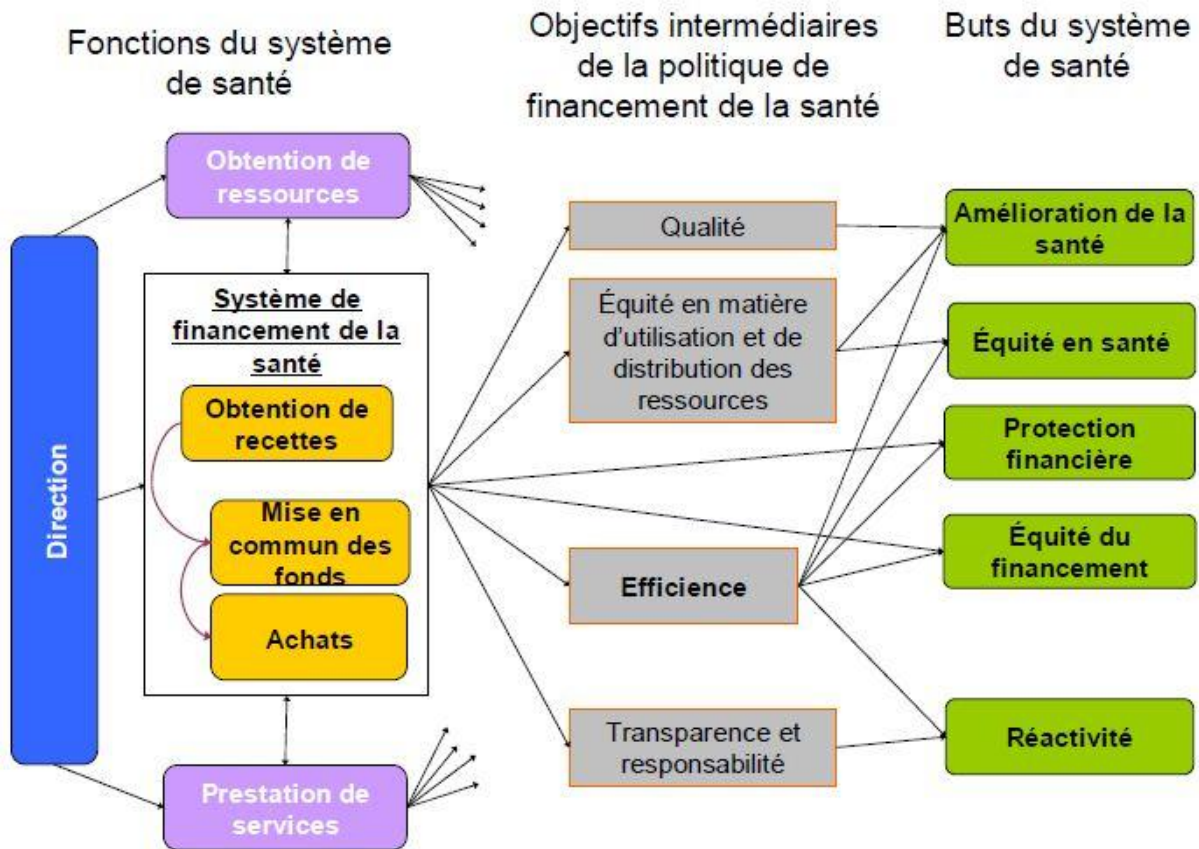
---

<sup>23</sup> OMS, « le financement des systèmes de santé le chemin vers une couverture universelle ». Rapport sur la santé dans le monde; 2010.

<sup>24</sup> Ce rapport montre aussi, les sommes d'argent que les pays à revenu faible ou intermédiaire pourraient eux-mêmes dégager en prenant diverses mesures. Par exemple, les pays à revenu faible pourraient dépenser deux fois plus pour la santé s'ils accordaient plus d'importance à la santé dans le budget de l'État. Le rapport calcule également les pertes qui découlent d'à peine 10 causes courantes d'inefficacité, ce qui ouvre d'énormes possibilités d'améliorer la santé sans dépenser plus.

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

Figure 3 : Rapport entre le système de financement de la santé et les objectifs de la politique de financement de la santé.



Source : KUTZIN. J, « Mémoire sur le financement de la santé Division des systèmes de santé des pays ». Un guide à l'intention des décideurs sur la Politique de financement de la santé l'Europe 2008, Page2-8.

Pour mettre en place une couverture universelle, l'Organisation Mondiale de la Santé décrit les mesures que les pays peuvent prendre pour modifier leurs systèmes de financement afin d'atteindre plus rapidement ce but et le maintenir une fois concrétisé, et afin de développer leurs systèmes de financement de la santé, Il fournit aux pays un calendrier d'actions à toutes les étapes du développement et propose à la communauté internationale des

# Chapitre 1: Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement

---

moyens lui permettant de mieux soutenir les efforts des pays à faible revenu dans leur objectif de mettre en place la couverture universelle et d'améliorer les résultats sanitaires<sup>25</sup>.

Les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de s'approcher de la couverture universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte. Il n'existe pas de modèle en la matière.

Il convient de tirer des enseignements de ce qui se passe dans différents pays afin de disposer d'assez d'informations sur les mesures efficaces et celles qui ne le sont pas, dans différents contextes. Pour cela, il faut suivre constamment l'évolution de la situation dans les pays.

## Conclusion

Le système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Il se conçoit comme un système organisé d'actions, dont la finalité est d'améliorer la santé de la population. Dans une vision large de santé publique.

En revanche, chaque système de santé dans le monde s'inscrit dans un contexte social, institutionnel et politique qui lui est propre. Les différentes approches sont utilisées avec des considérations dans le but de surmonter des obstacles dans plusieurs domaines : effectifs des personnels de santé, infrastructures, matériel médical et médicaments, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement.

En effet, il est nécessaire de mettre en place un système de santé plus efficace et plus équitable, permettant de répondre aux besoins de santé des individus, compte tenu des ressources disponibles qui constituent une priorité incontestable.

---

<sup>25</sup> KUTZIN. J, « Mémoire sur le financement de la santé Division des systèmes de santé des pays ». Un guide à l'intention des décideurs sur la Politique de financement de la santé l'Europe 2008, Page2-8.

# **Chapitre 2 :**

## **Le système de santé Algérien : évolution et organisation**

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

### Introduction

Partout dans le monde, les systèmes de santé connaissent de nombreux bouleversements. L'Algérie n'échappe pas à ce mouvement, après l'indépendance, le système de santé algérien a connu des transformations considérables, l'objectif était de mettre en place un système de santé équitable, garantissant un accès aux soins de qualité pour toute la population.

Selon l'article 193 du Chapitre I de la loi sanitaire du 2003 « *Le système national de santé est composé de l'ensemble des prestataires de soins, des officines, des structures et des établissements publics et privés de santé. Il comprend également des services déconcentrés, des établissements, des institutions et des structures concourant à la protection et à la promotion de la santé<sup>1</sup>* ».

Ce chapitre sera consacré à l'étude du système de santé algérien, les étapes qu'il a traversées de l'indépendance jusqu'à nos jours, en mettant en exergue, son organisation, à travers une offre en ressources humaines et infrastructures.

### Section 1 : Évolution du système de santé Algérien

L'Algérie lors de son indépendance est confrontée à de multiples contraintes, en effet, l'état de santé de la population a connue une dégradation, associé au processus de transitions sur le plan démographique et sanitaire, qui nécessite la prise en charge des problèmes de santé de la population.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'État, et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière. L'évolution du système de santé en Algérie est marquée par quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 à aujourd'hui.

---

<sup>1</sup> L'article 193 du Chapitre I de la loi sanitaire, le Journal officiel 2003, correspond à l'organisation du système de santé national en Algérie.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

### 1-1 La première période (1962-1972) :

Cette période, appelée aussi période socialiste, orientée vers un projet de développement accéléré, est caractérisée par une prédominance de l'État et de l'administration sur l'économie et une sanction des mécanismes du marché ainsi qu'une ambition de rupture avec l'économie mondiale capitaliste. Le budget de la nation à l'indépendance s'élève à 2,914 millions de DA. En revanche, deux tiers de ce budget est consacré aux dépenses de fonctionnement. La santé bénéficie de 194 millions de DA, soit 6,6 % du budget globale au cours de cette période<sup>2</sup>.

En effet, la population algérienne à l'indépendance été d'environ 9 millions d'habitants, dont le nombre des diplômés été d'environ 387, 285 médecins, 15 chirurgiens dentistes et 70 pharmaciens<sup>3</sup>. Plusieurs pays dans le monde connaissent depuis longtemps le phénomène de transition démographique. Une situation s'explique par l'inversement de la pyramide d'âge avec un taux de natalité faible et un taux de mortalité aussi faible, la population algérienne tend à vieillir.

De plus, à l'indépendance, les pays du Maghreb, ils ont l'espérance de vie moyenne à la naissance qui ne dépasse pas 57 ans, pour atteindre plus de 72 ans à partir des années 2000<sup>4</sup>.

**Tableau 3: L'espérance de vie moyenne à la naissance selon le sexe dans les pays du Maghreb :**

Pays	Algérie		Maroc		Tunisie	
	1965	2000	1965	2000	1965	2000
Espérance de vie moy. à la naissance	50	72,5	49,5	72	56,5	76
Femmes	51	74	51	74	61	78
Hommes	49	71	48	70	52	74

*Source : AIT MOHAND.A. « Transition sanitaire : Caractéristiques et conséquences sur les besoins et les priorités de santé en Algérie », Mémoire du master en Santé Publique, 2004/2005.*

<sup>2</sup> Bouhdiba.S. « Le Système de santé au Maghreb », *Governing Health Systems in Africa*, décembre 2008.p 100-101.

<sup>3</sup> OUFRIHA. F.Z, « La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? », *Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993*, pages 7-58.

<sup>4</sup> BRAHAMIA.B, « Les systèmes de santé maghrébins : une transition inachevée », colloque international, le 03/2015.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

Malgré les différences dans le mode de développement économique et la dotation en ressources, l'espérance de vie a progressé de façon identique dans les trois pays du Maghreb. Elle est passée de moins 50 ans en 1960 à 65,4 ans en 1987, à 69,9 ans en 1994, pour atteindre plus de 70 ans actuellement. Ainsi, la couverture hospitalière est assez faible : environ 2 lits/ 1000 habitants en Algérie comme en Tunisie, mais seulement 1,1 lits/ 1000 habitants au Maroc<sup>5</sup>.

En revanche, cette période est marquée par la domination des maladies transmissibles telles que : la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la typhoïde, le choléra, le paludisme, engendrées en grande partie par la malnutrition et le manque d'hygiène. Le pays a hérité les structures de santé laissées par l'ancienne puissance coloniale, qu'ils ont renforcés et tentés d'orienter en fonction des besoins de santé de la population. L'effort d'investissement dans ce domaine a été cependant assez différent selon les moyens disponibles<sup>6</sup>.

Les critères de choix des priorités de la politique de santé, sont caractérisés essentiellement par :

- ✓ La réactivation des structures de santé dégradées par la guerre.
- ✓ La lutte contre les maladies transmissibles à travers les programmes de santé, et la prise en charge des besoins de santé de base.
- ✓ La mobilisation des ressources humaines locales (la formation du personnel de santé) et l'appel à la coopération étrangère.
- ✓ La mobilisation des ressources financières.

Pour appliquer ces orientations, plusieurs décisions ont été mise en place comme la création de l'institut national de santé publique à caractère administratif (EPA) en 1964, qui avait pour objet de réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique, nécessaires au développement des programmes d'action sanitaires et à la promotion de la santé<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> BEDROUNI. M, « les transitions épidémiologiques maghrébines », cours de magistères, Département de Sociologie et Démographie, Université Saad Dahleb Blida –Algérie, 2010.

<sup>6</sup> CHACHOUA.L, « Le système national de santé : 1962 à nos jours », colloque international sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 Janvier 2014.

<sup>7</sup> MSPRH, la direction de prévention, 2000.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

Des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles notamment, le paludisme, le trachome et la tuberculose. Ces programmes ont été mis en place avec le soutien de l'organisation mondiale de la santé en 1965, tel que : le programme de vaccination obligatoire et gratuite à partir de 1969, le BCG chez les enfants.

Durant la même période, la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, de pharmacie et de chirurgie dentaire, a été mise en place. Cette réforme, élaborée en 1970, a pour objet de former 1000 médecins par an, sa mise en place définitivement a été en 1973<sup>8</sup>.

De plus, à partir de 1975, pour couvrir la majorité des besoins de santé de la population, il y a eu l'instauration du service civil obligatoire, pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, dont la durée est variable en fonction du lieu d'affectation.

### 1-2 La deuxième période 1974 à 1987 :

Cette période est marquée par le principe de la gratuité des soins, suite à l'ordonnance présidentielle Algérienne, en 1974 (Ordonnance de décembre 1974 portant la gratuité des soins), déclare que : « *tout citoyen Algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quelque soit son statut social* »<sup>9</sup>. Et que, « *L'Etat est à la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population... La médecine gratuite constitue la base de l'action de santé publique en Algérie* »<sup>10</sup>. En d'autres termes cela veut dire la socialisation des dépenses de santé. A cet effet, certaines mesures sont mises en place dans le cadre d'une politique de santé efficace à savoir :

- Un vaste programme d'investissement, en matière d'infrastructures sanitaires (plus de quarante hôpitaux...) et d'équipement biomédical, est mis en construction ;
- Les achats d'équipement et d'instrumentation médico-chirurgicale passent de 50 millions de DA en 1979 à 600 millions de DA en 1981 ;

---

<sup>8</sup> AGUERCIF.M, AGUERCIF-MEZIANE.F, « Le système de santé publique en Algérie (Évaluation 1974-1989 et perspectives), Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993, pages 97-109.

<sup>9</sup> MILOUD.K, « Recueil de textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé », Décembre 2010.

<sup>10</sup> OUFRIHA.F.Z « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie », Cahiers du CREAD n°13, 1er trimestre 1988, pages 129-176.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- La majorité des structures médico-sanitaires du segment para-public (cliniques, centres médico-sociaux, laboratoire...) est intégré administrativement aux secteurs sanitaires sous la tutelle du Ministère de la Santé.

Les priorités de santé visent à corriger les disparités entre les régions, villes et campagnes, prenant en compte le facteur démographique, et socio-économie (emploi-revenu, habitat, eau, éducation, dépenses de consommation). A cet effet, les normes de référence recommandées par l'OMS sont : 4 lits pour 1000 habitants ; une polyclinique pour 30000 habitants ; un centre de santé pour 5000 habitants ; une salle de consultations pour 2000 habitants. De plus, les normes recommandés pour le personnel médical sont: un médecin pour 1200 habitants ; un dentiste pour 5000 habitants ; un pharmacien pour 6000 habitants ; un paramédical pour 300 habitants<sup>11</sup>.

Cette période est caractérisée par l'amorce de la transition démographique. Le taux de mortalité chutait fortement, alors que le taux de natalité, bien qu'en recul, restait très élevé. Le volume de la population a doublé, il est passé de 10,813 millions en 1962 à 20,840 millions en 1982.

De ce fait, pour la première fois depuis l'indépendance du pays, le taux d'accroissement naturel de la population passe au-dessus de 3%. Suit à une amélioration du mode de vie de la population. Cette transition démographique est due en grande partie, à l'essor économique associé de l'accroissement des revenus pétroliers du pays, et de l'augmentation de la parité du dollar.

L'Algérie a connu une nouvelle politique de développement orientée vers la satisfaction des besoins de la population, par la construction de nouveaux hôpitaux avec des équipements modernes, ainsi que, des programmes de santé élargi de vaccination, et de la protection maternelle et infantile. Cette politique a été concrétisée par la mise en place à travers tout le territoire national du programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile qui a été élaboré et mis en place en collaboration avec l'UNICEF en 1984.

Cela est dû à l'augmentation des revenus pétroliers et à la participation de la sécurité sociale comme source de financement de la santé.

---

<sup>11</sup> ONS, L'Algérie en quelques chiffres : 1962-2011.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

A cet effet, la structure de la dépense nationale de santé s'est trouvée inversée : où la contribution de la caisse de la sécurité sociale, à travers le forfait hôpitaux<sup>12</sup>, dans le financement de la santé été plus de 60%, et la part de l'Etat moins de 40% en 1986. En effet, le budget du secteur de la santé est passé à près de 7% du PIB en 1988.

### 1-3 La troisième période 1987-2003 :

Cette période est caractérisée par la crise économique, en raison de la chute brutale des revenus pétroliers, où le prix de baril du pétrole chute au dessous de 10 dollars US en 1986<sup>13</sup>. Ce qui a imposé pour l'Algérie de faire appel à des emprunts à court terme avec des taux d'intérêts très importants. A cet effet, le secteur sanitaire algérien a connu :

- ✓ un recul des programmes de santé sur tout le territoire national ;
- ✓ Une dégradation continue des prestations dans le secteur public ;
- ✓ La perturbation dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, en particulier le programme élargi de vaccination ;
- ✓ L'insuffisance des médicaments.

L'Etat a encouragé d'avantage le secteur privé en lui transférant une très grande partie des soins ambulatoires et hospitaliers. En effet, le système de santé algérien est devenu un système bipolaire avec les secteurs sanitaires publics d'un côté, et de l'autre côté un secteur médicale privé exerçant en ambulatoire et dans des laboratoires d'analyses, dans le cadre de la nouvelle loi sanitaire 85-05 de 1985 qui a procédé à l'ouverture du secteur privé et l'autorisation d'ouverture des cabinets de consultations et de centres d'hémodialyse et de petites cliniques d'accouchement.

Ces mesures ont encore, modifié la structure de la dépense nationale de santé. En effet, les dépenses des ménages commencent à prendre, de plus en plus, une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien. Ce point sera analysé en détail dans le chapitre 3.

Parmi les actions qui ont été mises en place pendant cette période on peut citer :

---

<sup>12</sup> Le forfait hospitalier constitue la contribution des caisses de la sécurité sociale au financement des dépenses des secteurs sanitaires ou le segment public de soins.

<sup>13</sup> Les Notes IPEMED système de santé au Maghreb, avril 2012, page 50.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- ✓ la création de 13 CHU chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.
- ✓ La création de l'école nationale de santé publique en 1989, et le laboratoire national pour le control des produits pharmaceutiques, suite au décret exécutif 93-140 du 14 juin 1993.

En revanche, après une phase démographique marquée, à la fois, par une forte natalité et une importante mortalité principalement infantile, succède une nouvelle phase, liée à une transition épidémiologique, dans laquelle les pathologies non transmissibles deviennent prépondérantes. Alors que les affections de la première phase étaient liées à des maladies transmissibles trouvant souvent leurs origines dans l'absence de maîtrise de l'hygiène environnementale et dans une couverture vaccinale insuffisante, l'étiologie des pathologies de la seconde phase est plus complexe. Elle s'enracine, à la fois, dans les comportements individuels, dans la transformation des modes de vie et dans l'émergence de nouveaux risques collectifs.

Le début de la décennie 90, est marqué par la priorité accordée à la construction d'hôpitaux aux dépens des infrastructures légères (polycliniques et centres de santé) et par conséquent, la primauté au système curatif sera accordée au détriment du système préventif. De ce fait, le système de soins sera organisé comme suit :

- Une subvention automatique fixée et préétablie quel que soit le volume des soins et financée par le budget de l'Etat ;
- Les transferts de soins à l'étranger (prise en charge pour soins à l'étranger) : elles représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées).

Cependant, la population est estimée à 22,800 millions d'habitants en 1990, et le taux de croissance démographique de 2,73 %, semble en nette régression, 75 % de la population

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

totale est moins de 30 ans, dont 6 millions de la population sont des jeunes (un algérien sur quatre) fréquente théoriquement l'école ou l'université<sup>14</sup>.

En 1994, l'Algérie s'est soumise officiellement aux exigences du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) imposées 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)<sup>15</sup> sont :

- Sur le plan interne, la compression des dépenses de santé ;
- 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.

En effet, à partir des années 2000 la population algérienne est estimée à plus de 30 million habitants, dont plus de 15 million sont des femmes, le volume de la population est donc trois fois plus important qu'à l'indépendance du pays. L'effectif global de la population se décompose selon les grandes catégories d'âge en :

- 9 million d'enfants entre 0 et 14 ans, dont près de 3 million sont âgés de moins de 5 ans, soit 32% ;
- Prés de 7 million de la population sont des jeunes de 15 à 24 ans, soit 23 % ;
- 11million de la population totale sont des adultes de 25 à 59 ans, soit 38% ;
- Et en fin, près de 2 millions seulement de la population sont des personnes âgées de 60 ans et plus dont 26 000 sont des personnes très âgées (80 ans et plus), soit 7%<sup>16</sup>.

### 1-4 La quatrième période de 2004 à nos jours :

Cette période est caractérisée par une amélioration des ressources du secteur de la santé, qui ce traduit par une augmentation du budget de fonctionnement et d'équipement suite à l'augmentation des revenus pétroliers.

---

<sup>14</sup> OUCHFOUN.A, HAMMOUDA.D, « Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie », Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993, pages 59-96.

<sup>15</sup> KAÏD .N, « Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa », thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques,

<sup>16</sup> BOULAHBAL.B, « L'Algérie de demain : Relever les défis pour gagner l'avenir », Besoins sociaux à l'horizon 2025.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

En effet, des dispositifs réglementaires ont été mis en place dans le domaine de l'organisation du système de santé : le Décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant sur la réorganisation des structures de santé, en supprimant les secteurs sanitaires et les structures hospitalières du système de santé, on créant des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et des Etablissements Publics de Santé de Proximité (EPSP)<sup>17</sup>.

L'Algérie a déployé ses ressources publiques, afin de soutenir les populations, en particulier les plus défavorisées, à travers de vastes et ambitieux programmes de développement. Pour le plan quinquennal 2010-2014, le ministre de la santé a affecté un budget de 286 milliards de dollars, en effet, 40% de ce budget est orienté vers le développement humain. Il devra être suivi d'un second programme qui couvrira le quinquennat 2015-2019, et dont l'objectif est de soutenir et poursuivre la politique de justice sociale initiée à l'indépendance du pays.

Ainsi, la généralisation du système du tiers payant des produits pharmaceutiques à travers la mise en place progressive de la carte Chifa, qui compte environ 23 millions d'utilisateurs en 2013, a considérablement renforcé l'efficacité de la couverture sanitaire en Algérie<sup>18</sup>.

Durant cette dernière décennie, des investissements publics importants ont permis d'accroître considérablement la capacité d'accueil des infrastructures publiques hospitalières, en effet, la couverture hospitalière est près de 87% (entre 2005 et 2010), qui atteint 1,83 lit pour 1000 habitants.

Le programme d'investissement quinquennal 2010-2014 a alloué une enveloppe équivalente à 6,2 milliards d'euros pour la réalisation de plus de 1 600 infrastructures sanitaires publiques diverses. Les soins prodigués assurent l'essentiel de la prise en charge sanitaire de la population, pour les médicaments, ils sont remboursés à hauteur de 80% et à 100% pour les affiliés atteints de maladies chroniques et les titulaires de pensions de retraites ou d'invalidité dont le revenu est inférieur au SNMG.

A l'horizon 2015- 2019 un Plan anti-cancer ,initié par le président de la république et œuvrant à prévenir et traiter ce fléau n°1 de la santé publique, et les réalisations sanitaires modernes, par un budget inscrit de 10 Milliards d'euro, qui permettra de relever le ratio

---

<sup>17</sup> LOI N° 85-05 DU 16 /02/85 -relative à la protection et a la promotion de la sante, 1986.

<sup>18</sup> MSPRH, « Suivi de la situation des enfants et des femmes », Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS), 2012-2013, Alger 2015.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

actuel de 1,8 lit par habitant à 3,2 lits par habitant à l'horizon 2019, par le lancement de la réalisation de 5 nouveaux CHU de capacité moyenne de (60 à 220 lits)<sup>19</sup>.

### Section 2 : Organisation du système de santé Algérien

L'organisation d'un système de santé, quel qu'il soit, fait référence à une organisation administrative et une organisation sanitaire.

**2-1 Organisation administrative:** Le système national de santé est structuré sous forme pyramidale :

#### 2-1-1 Le niveau central :

Il est constitué du Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé. Ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines. On distingue :

##### 2-1-1-1 L'administration centrale :

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), a pour objectif d'assurer les moyens humains et matériels nécessaires à la prise en charge de la population, de gérer les soins hospitaliers et de contrôler les conditions d'exercice du secteur privé.

Le Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme hospitalière, a sous son autorité l'inspection générale et le secrétaire général qui supervise l'action de huit directions centrales du ministère des instituts et des agences nationales de santé (cf. schéma 1).

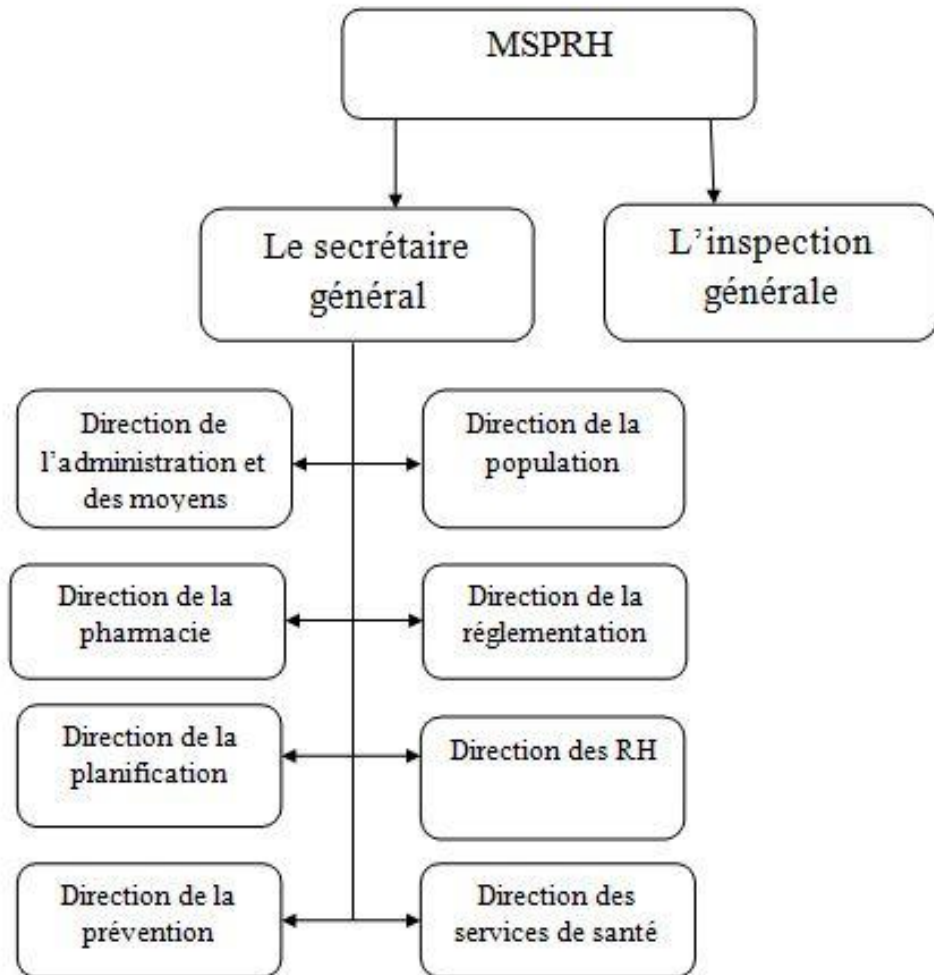
Ils sont chargés de la conception et de l'orientation de la politique de santé, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines.

---

<sup>19</sup> MSPRH, « Les réformes en santé : Évolution et Perspectives », Alger, décembre 2015.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

Figure 4 : Organigramme générale du MSPRH :



Source : réalisée par nos soins à partir des données des notes IPAMED, « système de santé au Maghreb ».2012 page 73.

a) **La direction des services de santé** est chargée<sup>20</sup>:

- d'étudier et de proposer les mesures destinées à : l'organisation et au fonctionnement des services de santé; à l'amélioration des conditions d'hospitalisation et à la prise en charge médicale des maladies chroniques et des maladies émergentes et réémergentes ;
- Assurer une couverture sanitaire équilibrée et complète de la population en assurant l'accès aux soins des catégories en difficulté ;

<sup>20</sup> Article 02, du Décret exécutif du 07 novembre 2005 relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- Assurer la hiérarchisation des soins : veiller à l'unification du système national de santé et d'assurer la répartition harmonieuse et le contrôle technique de l'ensemble des moyens sanitaires ;
- Participer à la définition et à la tarification des actes médicaux en recueillant les données statistiques et procédant à l'évaluation des actions et mesures relevant de ses missions.

Cette direction comprend quatre sous directions : la sous direction des établissements hospitaliers, la sous direction des structures extra hospitalières, la sous direction des urgences et des soins de proximité et enfin la sous direction de l'action sanitaire en milieux spécifiques.

### b) La direction de la prévention est chargée <sup>21</sup>:

- D'étudier et de proposer, en liaison avec les services et organismes concernés, les mesures appropriées destinées à assurer : la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; l'hygiène publique et l'assainissement de l'environnement ;
- D'étudier, de proposer et de suivre les programmes de prévention ;
- De procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend quatre sous directions : La sous direction des maladies transmissibles et de l'hygiène du milieu, la sous direction des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, la sous direction "mère et enfant", la sous direction de la prévention en milieu éducatif.

### c) La direction de la pharmacie est chargée <sup>22</sup> de:

- Définir les besoins en produits pharmaceutiques et d'élaborer les mesures appropriées destinées à assurer leur régulation et leur disponibilité ;
- Veiller à l'enregistrement, au contrôle et à la sécurité des produits pharmaceutiques et à une saine concurrence ;

---

<sup>21</sup> Article 3, op-cit

<sup>22</sup> Article 04 du Décret exécutif du 07 novembre 2005 relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- Evaluer les coûts et les budgets relatifs aux produits pharmaceutiques et aux dispositifs médicaux et suivre la consommation sur le marché du médicament ;
- Contribuer à la promotion des investissements en produits pharmaceutiques ;
- Etudier, élaborer et proposer toutes les mesures destinées à déterminer les prix des produits pharmaceutiques ;
- Procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend quatre sous directions : la sous direction de l'enregistrement, la sous direction de la régulation et des activités techniques, la sous direction de la pharmacie hospitalière, La sous direction des prix et du marché des produits pharmaceutiques.

### **d) La direction de la population est chargée<sup>23</sup>:**

- D'étudier et de proposer les stratégies et programmes de population visant le renforcement de la relation population et développement ;
- De proposer toutes mesures destinées à la maîtrise de la croissance démographique ;
- De proposer et de mettre en œuvre les programmes visant à améliorer la santé reproductive ;
- D'évaluer les résultats des actions entreprises et en établir les bilans.

Elle comprend trois sous directions : La sous direction des programmes de population, la sous direction des études et analyses en population, la sous direction de la santé reproductive et de la planification familiale.

### **e) La direction de la planification et du développement est chargée<sup>24</sup>:**

- D'étudier, en liaison avec les services et organismes concernés, les propositions relatives à la détermination des besoins sanitaires du pays et à la planification des moyens destinés à les couvrir ;
- De tenir à jour les informations relatives à la réalisation des projets d'investissements publics et privés ;
- D'élaborer et de tenir à jour la carte sanitaire nationale ;

---

<sup>23</sup> Article 5 op-cit

<sup>24</sup> Article 6 Décret exécutif du 07 novembre 2005 relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- De veiller à la collecte permanente des informations et données sanitaires ;
- De proposer et suivre la normalisation des moyens et ressources du secteur ;
- De contribuer à la définition des mesures visant à évaluer les performances des personnels et services de santé ;
- D'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer la gestion des structures et établissements de santé.

Elle comprend quatre sous directions : la sous direction des systèmes d'information, la sous direction de la planification et des programmes d'investissement, la sous direction des équipements et du matériel médical, la sous direction de la normalisation des moyens et de l'évaluation des activités et des coûts.

**f) La direction de la réglementation et de la documentation** est chargée<sup>25</sup>:

- De mener toutes études et tous travaux d'élaboration, de coordination et de synthèse relatifs à l'application de la législation et de la réglementation régissant les activités dévolues au secteur de la santé ;
- D'assurer le suivi du traitement des affaires contentieuses du secteur ;
- D'assurer la gestion et la conservation des archives et de la documentation de l'administration centrale.

Elle comprend trois sous directions : la sous direction de la réglementation, la sous direction du contentieux, la sous direction de la documentation et des archives.

**g) La direction des ressources humaines** est chargée<sup>26</sup> :

- De proposer et de mettre en œuvre la politique de gestion et de valorisation des ressources humaines du secteur;
- D'étudier et de proposer toutes mesures de nature à promouvoir une formation adaptée aux besoins essentiels du secteur de la santé ;
- De définir, proposer et mettre en œuvre les programmes de formation à même de répondre aux besoins du secteur ;
- De déterminer les programmes de formation initiale et continue ;

---

<sup>25</sup> Article 7 op-cit .

<sup>26</sup> Article 8 du Décret exécutif du 07 novembre 2005 relatif aux statuts et organigrammes des établissements publics.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- D'assurer la gestion des relations de travail.

Elle comprend trois sous directions : La sous direction des personnels, la sous direction de la formation initiale, la sous direction de la formation continue.

### h) La direction des finances et des moyens est chargée<sup>27</sup> :

- D'évaluer les besoins en crédits de fonctionnement de l'administration centrale et des services déconcentrés relevant du secteur ;
- D'exécuter les budgets de fonctionnement et d'équipement de l'administration centrale du ministère chargé de la santé;
- De procéder au contrôle de la gestion financière et comptable des établissements de santé et de proposer toutes mesures visant à améliorer l'efficience dans la gestion des établissements de santé ;
- D'assurer le suivi de la contractualisation et des mesures prises dans le cadre de la réforme hospitalière.

Elle comprend quatre sous directions : La sous direction du budget et de la comptabilité, la sous direction du contrôle de la gestion, la sous direction du suivi de la contractualisation, la sous direction des moyens généraux.

### 2-1-1-2 Les Organismes d'Appui :

Sur le plan des institutions, de la disponibilité des ressources humaines et de l'expertise, l'Algérie offrent d'incontestables opportunités pour développer ou renforcer la coopération technique entre les pays en développement; parmi les institutions, on peut citer :

- ✓ **L'Institut Pasteur d'Algérie** : chargé de la production et de la commercialisation des vaccins et des produits biologiques, des laboratoires de références de santé publique. Il réalise pour l'OMS des expertises virologiques, la surveillance et la formation à la résistance aux antituberculeux, la surveillance de la résistance des germes aux antibiotiques;
- ✓ **Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP)**: qui est un centre collaborateur de l'OMS pour l'expertise et la formation;

---

<sup>27</sup> Article 9 .op cit.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

- ✓ **La Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH)** : chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques
- ✓ **Le Centre National de Pharmacovigilance et Matériovigilance** : qui collabore avec l'OMS à la formation à la prescription rationnelle des médicaments ;
- ✓ **Le Centre National de Toxicologie** : chargé de l'étude et de l'évaluation de tout ce qui concerne les risques toxiques.
- ✓ **L'Agence Nationale du Sang** : qui collabore à la télé-formation des personnels des centres de transfusion sanguine avec le Bureau régional ;
- ✓ **L'Agence Nationale de Documentation de la Santé** : chargée, entre autres, du réseau "Intranet Santé", qui relie entre elles l'ensemble des structures de santé ;
- ✓ **L'Institut National de Santé Publique** : qui a à sa charge, notamment toute la surveillance épidémiologique sur tout le territoire national.
- ✓ **L'École Nationale d'Administration** : qui forme annuellement les directeurs d'administration sanitaire pour les diverses structures de santé ;
- ✓ **L'École Nationale de Santé Publique** : est chargée de la formation spécifique des gestionnaires des structures sanitaires ; elle collabore avec le Bureau régional pour la réalisation d'un cours sur la gestion de ressources humaines et dispose de capacités pour établir un observatoire des réformes du système de santé en Afrique.<sup>28</sup>
- ✓ Un institut pédagogique national de formation paramédicale ainsi que 43 écoles paramédicales dispensant de formations dans toutes les spécialités paramédicales, selon les besoins. À coté de l'aide-soignant, trois grades y sont formés :
  - L'infirmier breveté
  - L'infirmier diplômé d'État
  - Le professeur d'enseignement paramédical.

### 2-1-2 Le niveau intermédiaire :

Le ministère de la santé s'appuie également sur 48 structures déconcentrées (les directions de wilaya de santé) et sur 05 régions sanitaires.

---

<sup>28</sup> BOULAHBE. B, « Besoins sociaux à l'horizon 2025 : la santé », in <http://www.avocatparis.org/system/files/editos/guide-sep-web.pdf>

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

### 2-1-2-1 les régions sanitaires :

Selon l'article 199 de la loi sanitaire de 2003, « *La région sanitaire est constituée de l'ensemble des établissements publics de santé, des structures et établissements privés de santé situés dans une aire géographique pouvant regrouper plusieurs wilayas. La carte sanitaire détermine la constitution des régions sanitaires en tenant compte du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques.* »<sup>29</sup>

La création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-ouest, Sud-est) par le décret exécutif 96-148 le 27 avril 1996, regroupant un ensemble de wilayas, et disposant chacune d'un observatoire régional de la santé rattaché à l'institut national de santé publique.

Ces régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence;

Selon l'Article 256 : « *l'agence régionale sanitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière* »<sup>30</sup>. Elle est chargée, notamment :

- ✓ D'évaluer les besoins en santé de la population de la région sanitaire ;
- ✓ D'élaborer les programmes régionaux de santé et d'en affecter les ressources ;
- ✓ Soutenir, sur le plan technique et financier, les programmes locaux de la santé ayant un caractère prioritaire de santé publique ;
- ✓ D'assurer la coordination et la supervision des activités sanitaires ;
- ✓ De définir les modes de coopération entre les établissements de santé publics et privés ;
- ✓ De contrôler et d'évaluer les activités des structures situées dans son aire géographique ;

---

<sup>29</sup> Article 199 de la loi sanitaire en 2003, Avant projet de la loi sanitaire version provisoire soumise à concertation février 2003.

<sup>30</sup> Article 256, Chapitre 3 de l'agence régionale sanitaire, avant projet de la loi 2008.

## **Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation**

---

- ✓ D'assurer la couverture médicale sanitaire au niveau de la région, notamment à l'organisation et à la régulation des affectations des professionnels de santé.

### **2-1-2-2 Les Directions de la Santé et de la Population :**

Il existe une Directions de la Santé et de la Population(DSP) au niveau de chaque wilaya, ce qui donne un total de 48 au niveau national. Elles sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre locale de la politique sanitaire. Elles ont pour prérogatives :

- ✓ La mise en œuvre des programmes sectoriels d'action sanitaire et leur évaluation ;
- ✓ La coordination des activités des établissements et structures de santé ;
- ✓ De veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans les domaines liés aux activités de santé de la population.

### **2-1-3 Le niveau périphérique (Le statut juridique):**

La prise en charge des problèmes de santé de la population d'une manière intégrée et hiérarchisée est assurée au niveau de différentes structures de santé publiques et privés :

#### **2-1-3-1 Les établissements publics :**

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public qui bénéficient de l'autonomie administrative et financière. La plupart sont communaux ou intercommunaux, donc rattachés à une collectivité territoriale. Ils sont gérés par un organe délibérant, le conseil d'administration (qui vote le budget annuel et définit le projet d'établissement) ; un organe d'exécution, le directeur (qui est responsable de l'équilibre des comptes) ; des organes consultatifs (la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et la commission des services de soins infirmiers).

**2-1-3-2 Les établissements privés :** gérés par des personnes physiques ou morales, ils peuvent être à but lucratif (sociétés anonymes, etc.) ou non lucratif (associations, fondations, organismes gérés par une mutuelle, une congrégation religieuse). Certains participent au service public.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

### 2-2 Organisation sanitaire et offre de soins :

Selon L'article 184 :« *la carte sanitaire constitue le schéma directeur de la santé. Elle fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. Elle vise également à assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et d'améliorer les offres* ». <sup>31</sup>

La carte sanitaire a fixé des normes et des règles, afin d'assurer une hiérarchisation et une répartition équitable des soins de santé, notamment :

- ✓ **Le premier niveau** est constitué des salles de soins qui assurent des soins de base ambulatoire (pansements, injections, vaccination éventuellement)
- ✓ Le centre de santé dispose les prestations du **deuxième niveau** (service de santé élémentaires et planification familiale)
- ✓ **Le troisième niveau** comporte, outre les soins de base, des activités de soins spécialisés et des services hospitaliers dispensés dans les polycliniques ;
- ✓ **Au quatrième niveau** se situe l'hôpital général qui assure aussi certains soins spécialisé qui est formé d'activités de soins de formation et de recherche réalisées par les centres hospitalo-universitaires (CHU) et par des établissements spécialisés.

Cette décomposition des activités entre les différentes structures n'a pu être correctement appliquée. Cela apparait particulièrement dans la surcharge d'activités des CHU qui supportent beaucoup de prestations relevant des structures de niveau inférieur. La répartition inadéquate des personnels spécialisés entre les structures en est une cause importante.

---

<sup>31</sup> Pr. Larbi ABID, « L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014 », Article 184, de l'avant projet de la loi relative à la santé d'août 2014

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

### 2-2-1 Les infrastructures sanitaires :

Elles représentent l'ensemble des secteurs sanitaires y compris les structures publiques de prévention, de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale. Ils ont pour mission de prendre en charge les besoins sanitaires de la population; le secteur sanitaire est composé :

- ✓ D'une direction du secteur sanitaire,
- ✓ D'un hôpital comprenant au minimum les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de médecine, de chirurgie, d'épidémiologie et de médecine préventive
- ✓ De polycliniques chacune coiffant un réseau de centres de santé et de salles de soins.<sup>32</sup>

Actuellement on compte en Algérie :

- Des structures hospitalière : 14 Centre Hospitalo -Universitaire (CHU) ; 01 Établissement Hospitalo-universitaire (EHU) ; 05 Établissements Hospitaliers (EH) ; 68 Établissements Hospitaliers Spécialisés (EHS) ; 195 Établissements Publiques Hospitaliers (EPH) ;
- Des structures extrahospitalières: 271 Établissement Publique de Santé de Proximité (EPSP) ; 1375 Polycliniques ; 5376 salles de soins.

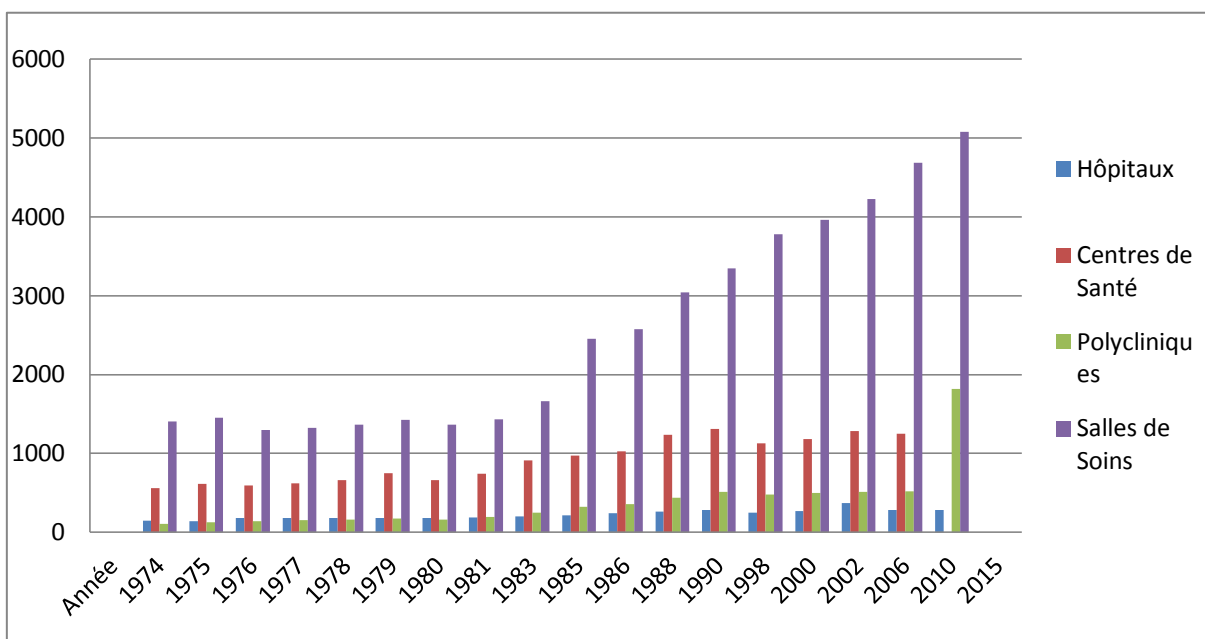
D'importants investissements ont été consentis qui se sont traduits par la réalisation de nombreuses infrastructures. Il s'agit notamment, de l'élaboration de la carte sanitaire nationale, du projet de loi sanitaire avec le principe de la régionalisation et la décentralisation de la santé. Aussi, les prévisions établies doivent-elles servir à asseoir le principe de l'accessibilité équitable aux soins de santé, à travers la réduction des écarts entre les différentes wilayas du pays.

---

<sup>32</sup> Stratégie OMS de coopération avec les pays république algérienne démocratique et populaire 2002 – 2005.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

Figure 5 : Evolution des infrastructures sanitaires publiques en Algérie entre 1974-2015 :



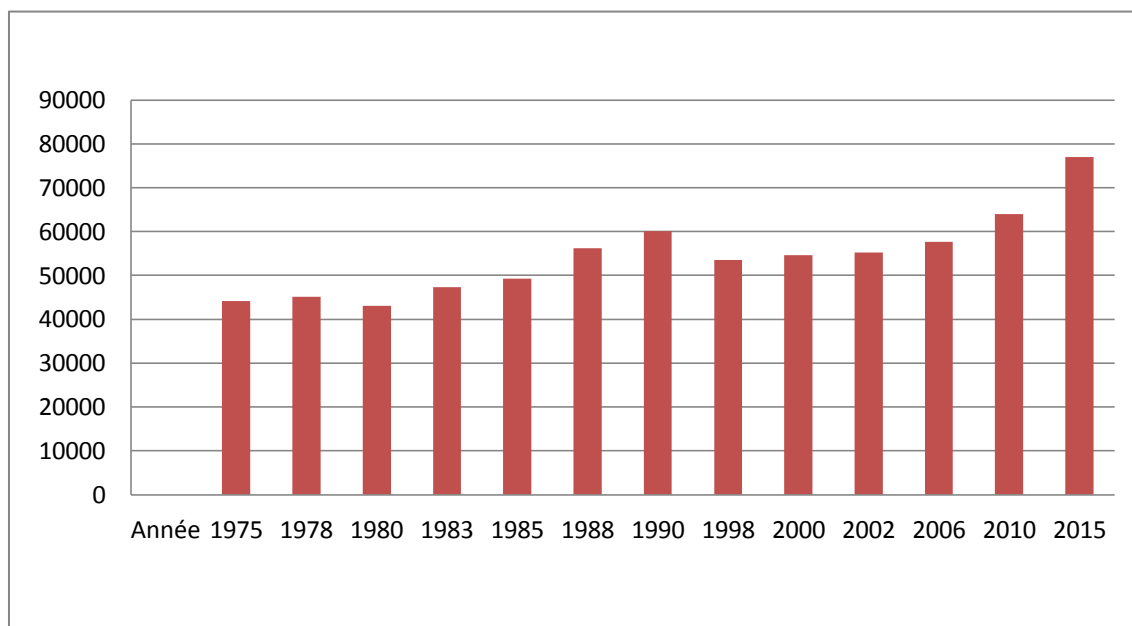
Source : *Élaborée par nos soins à partir des données de la Rétrospective Statistique 2011 et les données de la direction de la planification MSPRH, 2015.*

L'évolution du nombre d'hôpitaux, a connu un taux d'accroissement de l'ordre de 85%, passant de 148 en 1966 à 275 hôpitaux en 2006.

Le nombre d'unités extra hospitalières continu lui aussi, d'augmenter. Cette hausse concerne trois types de structures : les centres de santé, dont le nombre a connu une augmentation, passant de 256 à 3280 durant la période 1966-2015. Les salles de soins, durant la même période, sont passées de 1081 salles de soins à 4684.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

Figure 6: Évolution du nombre de lits d'hospitalisation entre 1974-2015:



Source : réalisée par nos soins à partir des données de la *Rétrospective Statistique 2011* et les données de la direction de la planification MSPRH, 2015.

En 2015, le nombre des lits d'hospitalisations est de 77 000 lits contre 58 000 lits en 2000. C'est la région du nord, la plus peuplée, qui dispose du plus grand nombre d'hôpitaux avec une moyenne de 2 lits/1000 habitants (ratio meilleur que la moyenne nationale qui n'est que de 1,8 lits/1000 habitants en 2014). C'est dans cette région que se trouvent la plupart des CHU et des Centre Anti-Cancer (CAC).

L'Algérie peut être considérée comme un pays relativement bien doté en infrastructures. Leur répartition géographique par wilaya, montre que d'importants efforts ont été accomplis en faveur des zones déshéritées.

### 2-2-2 Les ressources humaines :

En Algérie, plusieurs facultés de médecine forment, plus de 3000 médecins, pharmaciens et dentistes chaque année, 300 spécialistes dans la totalité des filières majeures et le personnel de rang magistral, ce qui a permis une augmentation significative des ressources humaines, dont le nombre de médecins est passé de 34 médecins en 1962 à 1425 médecins en 1974, pour atteindre 65 000 médecins en 2013.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

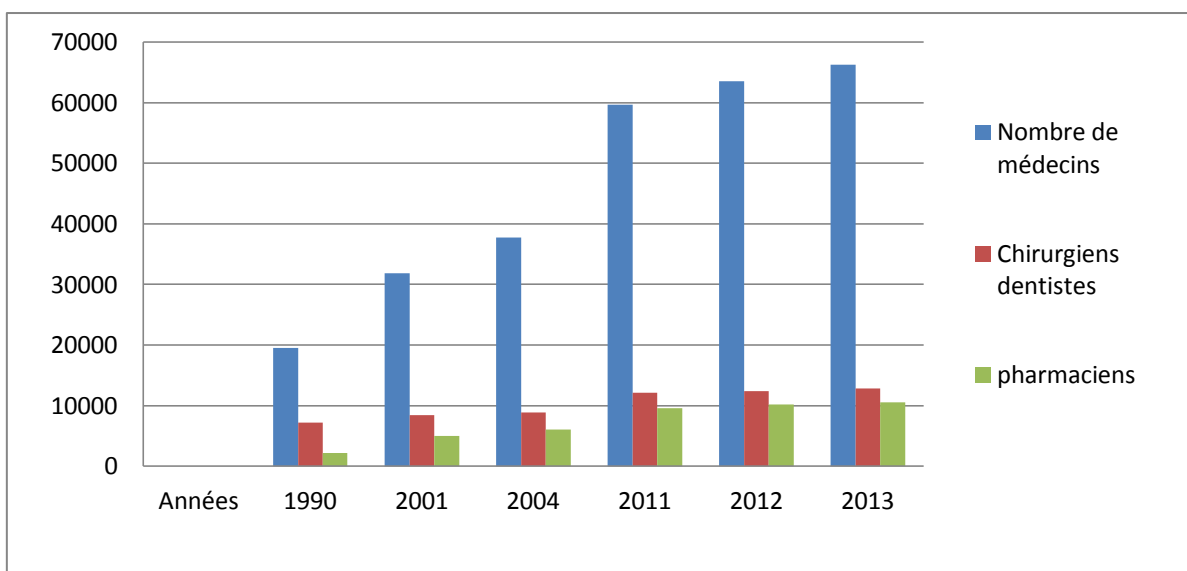
Le nombre du personnel paramédical est passé de 88493 paramédicaux en 2004 à 120000 paramédicaux en 2015.

Concernant le nombre de chirurgiens dentistes exerçant dans le secteur public, il a connu une légère diminution au cours des dix dernières années, passant de 21% en 1991 à 18% en 2000. Cette diminution peut être expliquée par le recours de cette catégorie à l'exercice privé. Il est à signaler que, le secteur sanitaire reste le principal lieu d'exercice des dentistes, l'activité des dentistes exerçant dans les structures publiques est limitée notamment, en raison du manque d'équipements médicaux.

Pour les pharmaciens, 70% sont implantés dans le nord du pays Toutefois, au cours de ces dernières années, le nombre de pharmaciens exerçant dans les structures publiques a diminué, suite à l'extension du secteur privé.

Il faut souligner que, malgré le nombre important de personnel de la santé, leur répartition géographique est très inégale, entre le Nord et le Sud, entre les zones urbaines et les zones rurales.

**Figure 7 : Évolution de la densité médicale entre : 1990- 2013 :**



*Source : Réalisés par nos soins, à partir des données Statistiques de l'ONS, 2013.*

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

En 2013, on enregistre des densité de: 1 médecin pour 578 habitants, 1 chirurgien dentiste pour 2996 habitants et 1 pharmacien pour 3634 habitants. Cependant, le ratio médecins spécialistes/population est peu significatif dans la mesure où le nombre de spécialistes varie d'une discipline à une autre. Ainsi, les spécialités médicales totalisent 7 210 praticiens, les spécialités chirurgicales en ont 4 957, la radiologie et le laboratoire 1 642 et les spécialités dentaires 617, mais une grande partie de ces spécialistes sont dans les quatre grandes métropoles du pays.

Par ailleurs, certaines spécialités sont en sous-effectif, compte tenu des besoins de la population. Ainsi, les disciplines de laboratoire (microbiologie, immunologie...) et la pharmacie sont nettement déficitaires dans le secteur public, comme à un degré moindre, la médecine légale et la médecine du travail. En effet le nombre des personnels administratifs est de 64304.

### 2-2-3 Le médicament en Algérie :

Le marché des médicaments en Algérie a enregistré en 2011, 300 Milliards de DA et qui connaît une croissance très rapide au cours de ces dernières années. Cette croissance a jusque là été portée essentiellement par l'importation, dans la mesure où la facture étrangère du médicament a quasiment augmenté dans une courte période de temps, passant de quelques 400 Millions de dollars en 2000 à plus de 2,8 Milliards de dollars en 2011<sup>33</sup>. La production nationale, quant à elle, est en nette augmentation (doublement en cinq années) mais elle est toujours en progression, grâce à des efforts d'investissements appréciables de l'ordre de 100 Milliards DA réalisés au cours des dix dernières années. Elle occupe plus de 35% du marché des médicaments actuel<sup>34</sup>. Une faiblesse de la part du médicament générique qui représente moins de 35% de la consommation globale en valeur contre 65% de médicaments brevets. La production nationale a plus que doublé. De plus, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir les médicaments génériques et la fabrication locale ont eu pour effet de favoriser la consommation du générique chez les citoyens.

---

<sup>33</sup> ZERHOUNI.M.W. EL-FELLOUSSE.L.A.« Vers un marché maghrébin du médicament », IPAMED, 30 septembre 2013, page 13-14.

<sup>34</sup> BOUKLI-HACENE.N, « Le positionnement stratégique du médicament générique .Etude de cas : Analyse du positionnement du générique auprès du consommateur algérien », Mémoire du MAGISTER, 2010–2011, page 12-14.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

---

L'État a permis l'émergence d'opérateurs privés Depuis 1990. On compte, en 2011, 286 opérateurs privés dont 49 opérateurs pour les médicaments d'importation en produits finis ; 68 opérateurs pour les médicaments de fabrication locale ; 83 opérateurs pour les dispositifs médicaux d'importation ; 66 opérateurs pour les réactifs d'importation et 20 opérateurs pour les produits dentaires d'importation.

Cependant, un contrôle réglementaire est effectué d'abord par **l'Administration responsable du Contrôle des Médicaments**<sup>35</sup>, chargée entre autres aspects, du contrôle réglementaire des médicaments, de l'évaluation, de l'homologation ou de l'enregistrement, de la révision, et du renouvellement de l'autorisation sur le marché, du suivi du contrôle de la qualité et de l'inspection. Elle assure, par ailleurs, le contrôle des normes opposables et pratiques en matière de fabrication, de l'importation, de l'exportation, de la distribution, de l'étiquetage, de la fixation des prix des médicaments, de la diffusion de l'information, de la promotion et de la publicité. Il lui appartient de définir les conditions d'octroi du certificat d'enregistrement et le type d'information du produit à fournir ainsi que la surveillance du contenu de l'information. Ensuite par, **l'Homologation et l'enregistrement des médicaments en vue de leur mise sur le marché**<sup>36</sup> ; en raison des progrès des sciences médicales et pharmaceutiques ainsi que du caractère strict des exigences en matière de sécurité et d'efficacité, la documentation dans ces domaines est nécessaire. La Direction de la Pharmacie et du Médicament peut s'inspirer des décisions prises en matière réglementaire par d'autres pays.

---

<sup>35</sup> Le Ministère chargé de la santé (La Direction de la Pharmacie et du Médicament) est l'administration chargée du Contrôle. Il s'agit des cadres réglementaires régissant l'utilisation, la distribution et la production des médicaments. Elle définit les fonctions et les pouvoirs en recourant à la voie législative.

<sup>36</sup> Un système complet d'homologation des médicaments suppose la disponibilité de données adéquates sur les investigations pharmaceutiques, pharmacologiques, toxicologiques, thérapeutiques et cliniques, ainsi que d'un personnel capable de les analyser.

## Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation

**Tableau 4 : Évolution du marché des produits pharmaceutiques en Algérie entre 2004/2012 :**

Année / en millions d'euro	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Médicaments importés (opérateurs privés)	603	800,3	679	777,9	881,8	742	937	987,3	1 192,90
Médicaments fabriqués	208	233	264,5	333,5	261,4	424	418,4	711,6	745,6
Médicaments conditionnés	47	48	93,8	95,4	102,7	129	140,5	90,1	101,8
Réactifs	16	21	20,4	23,8	22,6	30,2	54	52,3	82,5
Produit Dentaires	2	3,1	1,6	7,7	5,9	2,2	7,6	6	2,5
Consommable	26,1	29	29	22,8	22,6	25,6	36,5	38,2	40,7
PCH	34	69,3	53	77	118,4	170,6	125	178,5	359
IPA	5,1	8	8,9	16	11,8	26	41,5	23,1	23,2
Marché global	941	1211,7	1150,7	1353,9	1427,1	1549,6	1760,5	2087,1	2548,2

*Source : MSPRH, « politique des médicaments en Algérie : état des lieux et perspectives », Colloque international sur les politiques de santé, Alger 18 – 19 Janvier 2014, page 28.*

Le marché national du médicament en Algérie a évolué au fil du temps, il représentait 2,9 milliards de dollars, en 2011, dont 1,85 milliard de dollars d'importation et 1,05 milliards de dollars de production locale, 84 % reviennent au secteur privé et 16 % au public.

En effet, les importations de l'Algérie en produits pharmaceutiques ont atteint 606,26 millions de dollars durant les quatre premiers mois de 2013, en baisse de 13,2 % par rapport à la même période de 2012 (698,3 millions de dollars. En revanche, le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (3,45 milliards de dollars en 2012)<sup>37</sup>. Il reste cependant structurellement importateur ; les unités de production locales se concentrent sur

<sup>37</sup>Rapport du Ministère de l'Industrie et de la Petite et Moyenne Entreprise et de la Promotion de l'Investissement (MIPMEPI), la Direction Générale de l'Intelligence Economique, des Etudes et de la Prospective, « Etat des lieux, enjeux et tendances lourdes dans le monde et en Algérie », Rapport sectoriel N°1 : L'industrie pharmaceutique, Janvier 2011.page 15-18.

## **Chapitre 2 : Le système de santé algérien : Evolution et organisation**

---

les génériques et sur les mêmes formes pharmaceutiques qui ne couvrent qu'une partie des besoins (essentiellement en forme liquides, pâteuses et sèches simples).

### **Conclusion**

Après l'indépendance, l'Algérie a connu des transformations considérables dans le domaine de la santé. Des efforts indéniables ont été déployés, dans le but de mettre en place un système de santé équitable, garantissant un accès aux soins de qualité pour tous.

Toutefois, malgré les efforts consentis et les investissements majeurs, il persiste des déficits sociaux préoccupants, notamment l'inégalité dans l'accès aux soins, et les disparités dans la répartition du personnel médical et des infrastructures sanitaires.

# **Chapitre 3 :**

**Essai d'analyse de la  
nature et de  
l'évolution des  
dépenses de santé en  
Algérie**

# Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

## Introduction

L'évolution des dépenses de santé constitue, partout dans le monde, un problème majeur des systèmes de santé. L'Algérie, à l'instar des autres pays, a connu, ces dernières années, une augmentation grandissante de ses dépenses de santé.

Cette croissance est soutenue par la conjonction de plusieurs facteurs, à savoir : la socialisation accrue du financement par l'offre que par la demande, l'extension des progrès techniques, ces facteurs sont essentiellement liés à la demande et à l'offre de soins, pour faire face aux nombreux problèmes de santé.

L'objet de ce chapitre est de retracer la tendance des dépenses de santé en Algérie, dans un premier temps. Identifier, dans un second temps, les dépenses de santé qui représentent une part excessive du budget de l'Etat et de la sécurité sociale, tout en faisant le point, sans être exhaustif, sur les facteurs qui sont à l'origine de cette augmentation.

## Section 1 : Evolution des dépenses de santé en Algérie:

Selon la définition de la Banque Mondiale, les dépenses totales de santé « *est la somme des dépenses de santé publiques et privées. Ils englobent la prestation de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités ayant trait à la nutrition et à l'aide d'urgence réservée à la santé* »<sup>1</sup>.

Cependant, les dépenses de santé, retracées dans les comptes de la santé, recouvrent différents types de prestations : les frais d'hospitalisation, les frais de "soins ambulatoires"<sup>2</sup>, les dépenses de médicament, les dépenses d'optique, de prothèses et de petits matériels médicaux, les frais de transports sanitaires.

---

<sup>1</sup> OUFRIHA.F.Z, « Médecine gratuite, forte augmentation des dépenses et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie », Cahiers du CREAD n° 22 - 1983. Page17.

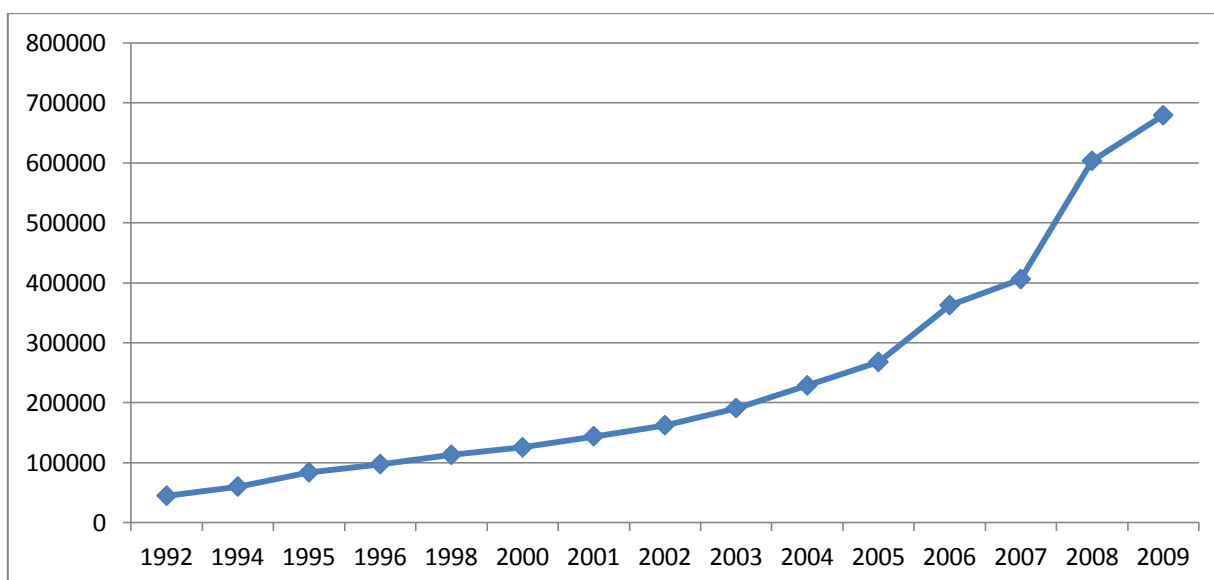
<sup>2</sup> Désigne un traitement qui nécessite une hospitalisation de courte durée, de l'ordre d'une dizaine d'heures, permet de diagnostiquer, de traiter, de suivre un patient sans qu'il soit hospitalisé.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

### 1-1 Les dépenses totales de santé :

Il s'agit des dépenses de santé publiques et privées. La somme comprend tous les services de santé préventifs et curatifs, tels que les activités de planification familiale et de nutrition, ainsi que l'aide d'urgence relative à la santé. En effet, les dépenses de santé en Algérie sont en nette augmentation, passant ainsi, de 44,67 milliards de DA en 1992, à 162,23 milliards de DA en 2002, pour atteindre près de 680 milliards de DA en 2009 (cf. tableau 1) . Elles ont été multipliées par 15,22 en l'espace de 20 ans.

**Figure 8 : Evolution des dépenses totales de santé en millions de DA entre 1992-2009.**

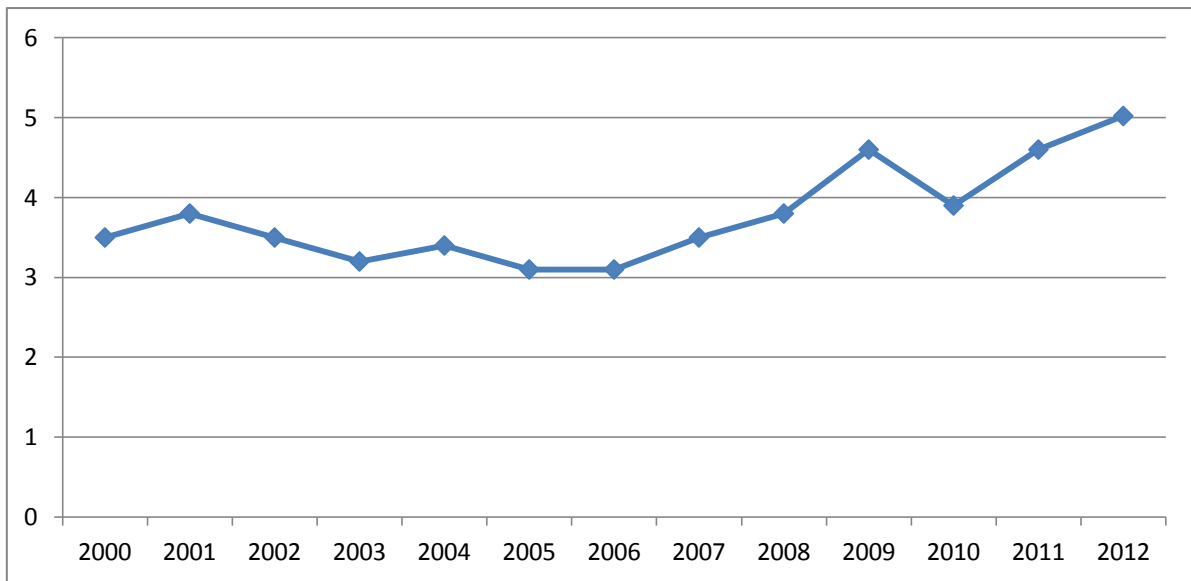


*Source: Réalisée par nos soins à partir de: Ziani L. et Achouche M.: Analyse des dépenses de santé en Algérie, CREAD, 2012.*

Se rapportant au PIB, les dépenses de santé ont connu aussi une augmentation, bien qu'elles soient inférieures aux recommandations des institutions internationales. Elles passent de 3,4 % en moyenne entre 2000 et 2009 à 5,02 en 2011.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

Figure 9 : Evolution des dépenses de santé totales (en %) du PIB entre 2000-2012 :



Source : Réalisée par nos soins, à partir de Brahamia B., *transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, colloque international sur les politiques de santé, 2014.*

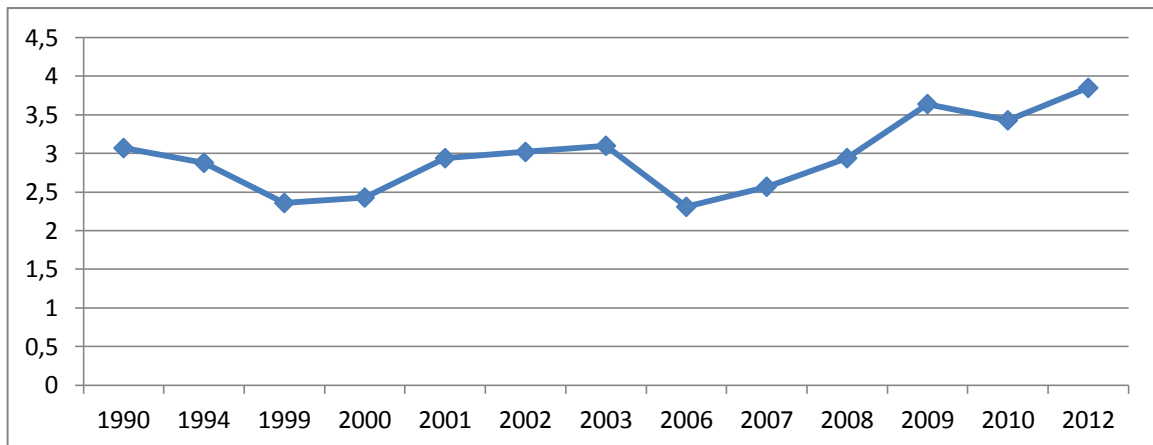
Les progrès rapides des technologies médicales, le vieillissement démographique et les attentes croissantes de la population sont en grande partie responsables de l'accroissement des besoins en services de santé et l'accroissement des dépenses de santé totales.

### 1-1-1 Les dépenses publiques de santé :

Les dépenses publiques de santé, comprennent toutes les dotations destinées à améliorer l'état de santé de la population et/ou à dispenser des biens, des services et des soins médicaux à la population. Elles sont les dépenses en capital des différents échelons administratifs et des organismes de sécurité sociale.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

**Figure 10 : Evolution des dépenses de santé publiques (en %) du PIB entre 1990-2012 :**



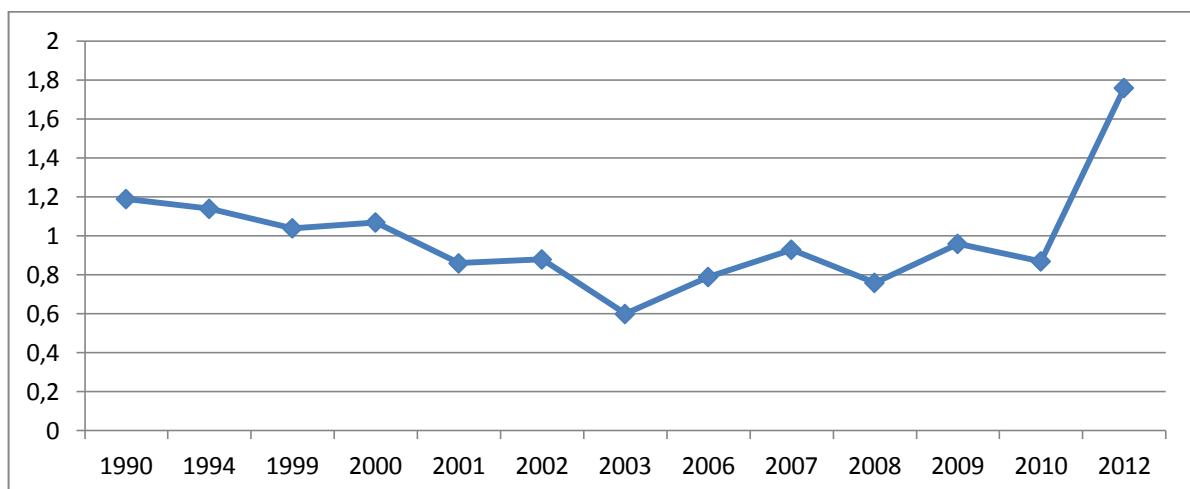
Source : Réalisée par nos soins, à partir des données de la banque mondiale 2015.

Les dépenses publiques de santé, en Algérie, ont enregistré une baisse entre 1994 et 2000, en raison de l'application du plan d'ajustement structurel. Toutefois, elles enregistrent une progression à partir des années 2000, grâce à la situation économique favorable du pays engendrée par l'augmentation des recettes pétrolières.

### 1-1-2 Les dépenses privées de santé :

L'extension rapide et brutale du secteur privé des soins en Algérie, a pu s'opérer aussi grâce à l'importation de la technologie médicale assurée par la médecine privée.

**Figure 11 : Evolution des dépenses privées de santé (en %) du PIB entre 1990- 2012 :**



Source : Réalisée par nos soins, à partir des données de la banque mondiale 2015.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

Le secteur libéral a connu une progression de 50% entre 1988 et 2000, avec un taux de croissance moyen annuel de 6% pendant cette période, soit une moyenne annuelle de 166 nouvelles installations sanitaires privées.

En effet, l'Etat a encouragé d'avantage le secteur privé, dans le cadre de la nouvelle loi sanitaire 85-05 de 1985 qui a procédé à l'ouverture du secteur privé et l'autorisation d'ouverture des cabinets de consultations et de centres d'hémodialyse et de petites cliniques d'accouchement. En lui transférant une très grande partie des soins ambulatoires et hospitaliers.

Par conséquent, le secteur privé de santé a acquis en grande partie, le monopole des examens complémentaires, tel que, les examens radiologiques, laboratoire d'analyse, enlevant toute concurrence avec le secteur étatique des soins, dont le personnel de santé n'hésite pas à conseiller et à orienter les patients vers le secteur privé, contribuant à accroître la part de financement des ménages dans les dépenses de soins. En effet, contrairement aux dépenses publiques ayant enregistré une diminution entre 1994 et 1999, les dépenses privées, quant à elles, ont connu une augmentation, sur la même période, en raison de la libéralisation du secteur de la santé et de l'expansion du secteur privé, dont le financement est assuré par les ménages.

### **1-2 Les dépenses de sante par habitant :**

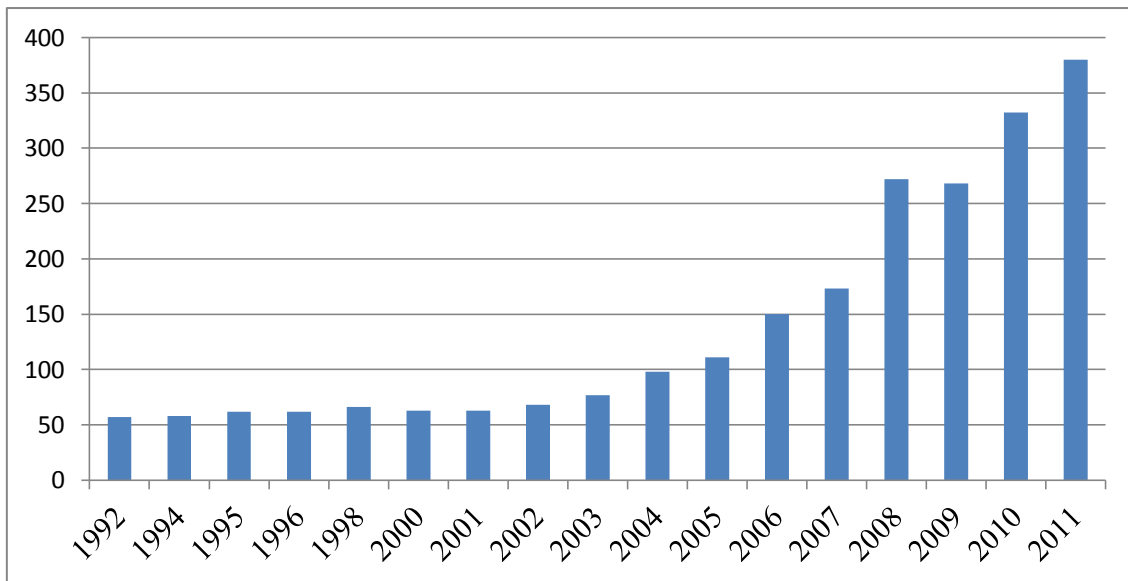
Les dépenses de santé par habitant, comprennent les dépenses liées aux soins et biens médicaux (soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires et les biens médicaux), ainsi que la médecine préventive. Au niveau individuel, ces dépenses peuvent être considérées comme le rapport entre la dépense de santé et le revenu<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> OWOUNDI. J. P, « Poids des Dépenses de Santé sur le Revenu des Ménages », une Conférence International, Alger, le 26-31 Aout 2013.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

Figure 12 : Evolution des dépenses de santé par habitant (\$ US) entre : 1992-2011 :



Source : Réalisées par nos soins à partir des données de la banque mondiale, 2015.

En Algérie, les dépenses de santé par habitant ont enregistré une progression notamment, à partir des années 2000, en raison de l'augmentation des recettes pétrolières qui ont engendré un accroissement du budget de l'Etat consacré à la santé. Elles passent, ainsi, de 57 dollars USD en 1992, à 63 dollars USD en 2000 pour atteindre 379,93 dollars USD en 2011.

### Section 2 : Le financement des dépenses de santé par les différents agents

Les sources de financement qui ont marqué la décennie 70 étaient au nombre de cinq à savoir : l'Etat, la sécurité sociale, les ressources propres, les collectivités locales et la pharmacie centrale algérienne. Toutefois, au début des années 80, deux sources de financement ont été abandonnées, les collectivités locales pour la limitation de leurs moyens, et la pharmacie centrale algérienne, qui s'est engagée dans les médicaments<sup>4</sup>.

L'Etat s'est progressivement désengagé dans le financement du secteur de la santé, à la fin des années 80. Cette période est marquée par la crise économique qui a failli mettre

<sup>4</sup> OUFRIHA. F. Z, « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie » ; Cahiers du CREAD n°13 1er trimestre, 1988.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

l'Algérie en cessation de paiement, obligeant, de ce fait, la sécurité sociale à prendre le relais de financement à travers les forfaits hôpitaux, et les ménages qui contribuaient de façon symbolique à travers le ticket modérateur, voient leur part devient de plus en plus importante. Aujourd'hui, le financement du système de santé est assuré, principalement par : l'Etat ; la sécurité sociale et par la participation des usagers.

### 2-1 La contribution de l'État à la dépense nationale de santé :

L'Algérie adopte une politique de santé, qui donne la priorité à la prévention sanitaire. Son budget global, est le récapitulatif des dépenses et recettes financières probables, au cours d'une période déterminée. Selon l'article 17 : « *les ressources financières destinées au système national de santé sont budgétisé annuellement dans le cadre de la loi des finance* »<sup>5</sup>.

En effet, l'Etat assure, avec bien évidemment une contribution de la sécurité sociales, le financement du budget de fonctionnement, destiné à toutes les structures de santé publiques, qui est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances, sous forme des dotations budgétaires Le budget d'équipement, quant à lui, est assuré totalement par l'Etat dans le secteur public, pour l'achat des équipements médiaux lourds.

---

<sup>5</sup> Article 17, chapitre II « des dispositions générales relatives a la planification sanitaire et au financement du système de santé ». Avant projet de la loi sanitaire.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

**Tableau 5 : Évolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses (en %) entre 1992-2010 :**

Nature des dépenses	1992	1999	2006	2010
Personnel	75,30	68,5	60,32	54,85
Formation	3,72	3,00	2,33	3,04
Alimentation	2,68	2,2	2,29	2,80
Médicaments	10,02	14,3	18,79	21,53
Prévention	0,94	2,00	2,39	2,49
Matériels et outillages médicaux	1,46	2,4	3,64	4,34
Entretien des infrastructures sanitaires	1,11	1,7	2,90	3,87
Autres dépenses	4,50	4,8	5,76	6,02
Œuvres sociales	1,40	1,1	1,52	0,52
Recherche médicale	0,09	0,03	0,04	0,02

*Source : Réalisé par nos soins, à partir de: Kaid N., le système de santé algérien: entre efficacité et équité, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université d'Alger, 2003, pour les années 1992 et 1999. des statistiques sanitaires du MSPRH, pour les années 2006-2010.*

Le taux de consommation du budget est passé de 89,80% en 2008 à 91,27% en 2013, ce qui est dû, à l'évolution des connaissances médicales, ou encore aux progrès techniques, qui permettent à la fois de mieux diagnostiquer des pathologies et de mieux les soigner, ce qui entraîne de nouveaux besoins de soins. Les innovations ont plus souvent un coût très élevé, par exemple, une séance de chimiothérapie, coûte plus de 40 000 DA, entièrement à la charge de l'État.

Les dépenses de personnel sont le plus important poste de dépenses des établissements publics de santé, avec en moyenne 65% du budget globale alloué à la santé, durant la période 1992-2010. Toutefois, une diminution est enregistrée durant cette même période, la rémunération du personnel représente plus de 75 % des dépenses totales des établissements en 1992 et ne représente que 55% en 2013, cela s'explique par le choix du personnel pour le secteur privé qui offre plus d'avantages.

Quant aux dépenses de médicaments, elles viennent en deuxième position. Elles ont connu une croissance continue, passant ainsi, de 10% en 1992 à près de 22 % en 2010, malgré les politiques entreprises par l'État pour encourager la consommation des médicaments

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

génériques, qui sont moins coûteux et d'une efficacité équivalente à celle des médicaments brevetés.

Pour ce qui est des dépenses des autres titres, leur part dépasse à peine les 20% du budget alloué à la santé. Nous constatons que les dépenses de la recherche médicale est très faible, elles occupent d'ailleurs, la dernière position avec un taux de moins de 1%.

Les établissements de santé engendrent des coûts très élevés qui pèsent lourdement sur le budget de la santé, ce qui a conduit d'ailleurs les pouvoirs publics à mettre en place plusieurs réformes, entre autres, la contractualisation, dans le but d'encourager une gestion rationnelle, efficiente et transparente dans tous les établissements. L'application de cette réforme est très timide, elle se heurte à des difficultés et des contraintes sur tous les plans.

Pour responsabiliser les patients et permettre ainsi, une réduction des dépenses, les pouvoirs publics ont institué le ticket modérateur à partir de 1995, considéré comme une fine contribution des patients aux frais des soins ambulatoires et hospitaliers, à raison respectivement de 50 DA et de 100 DA.

### **2-2 Les dépenses de la sécurité sociale :**

Le régime algérien de sécurité sociale a vocation de couvrir l'ensemble de la population résidant en Algérie : salariés, non-salariés et non actifs. Selon l'article 232 de la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé : « *La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé* »<sup>6</sup>.

En effet, le financement de la sécurité sociale provient des cotisations versées par les ménages, ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. L'assiette de financement par les cotisations, consiste à prélever un impôt sur le revenu des salariés, ainsi que les non salariés qui entraîne des obligations par la sécurité sociale.

---

<sup>6</sup> La loi n° 85-05 du 16 février 1985, du Titre VII « financement de la sante » relative à la protection et à la promotion de la santé, 1985.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

### 2-2-1 La structure des dépenses de la sécurité sociale :

La sécurité sociale, en tant qu'organisme de la prise en charge des risques sociaux en direction de l'ensemble de la population, verse des prestations sociales<sup>7</sup>, soit, en espèce qui sont des prestations monétaires de remplacement, où elles complètent un revenu professionnel (tels que les allocations familiales), ou elles compensent la disparition du revenu (comme allocation chômage). Soit des prestations en nature, qui interviennent comme un remboursement de frais engagés lors de la réalisation d'un risque. C'est le cas de remboursement de visites médicales ou de médicaments, qui sont donc directement affectées aux ménages<sup>8</sup>.

Les dépenses de la sécurité sociale sont de trois natures à savoir :

#### 2-2-1-1 Le forfait hospitalier :

Il exprime la contribution de la sécurité sociale au financement du budget de fonctionnement des établissements publics de santé, à travers une participation financière forfaitaire destinée à prendre en charge les prestations de santé en faveur des assurés sociaux et de leurs ayants droit<sup>9</sup>.

Cependant l'article 3 du décret exécutif n° 04-101 du 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé stipule que: « *Les établissements publics de santé fourniront trimestriellement aux caisses de sécurité sociale compétentes les informations relatives aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, pris en charge par les établissements publics de santé. Les informations concernent notamment :*

- *Les noms et prénoms des assurés sociaux ou des ayants-droit pris en charge ;*
- *leur numéro d'immatriculation à la sécurité sociale ;*
- *Le lieu de résidence (wilaya, commune) ;*

---

<sup>7</sup> Des versements effectués au profit des ménages par les administrations sociales. Elles sont constituées de prestations en nature et/ ou en espèce.

<sup>8</sup> RICHEZ-BATTESTI. N, « la sécurité sociale », Edition Armand Colin, Paris, 1998. Page 41- 92

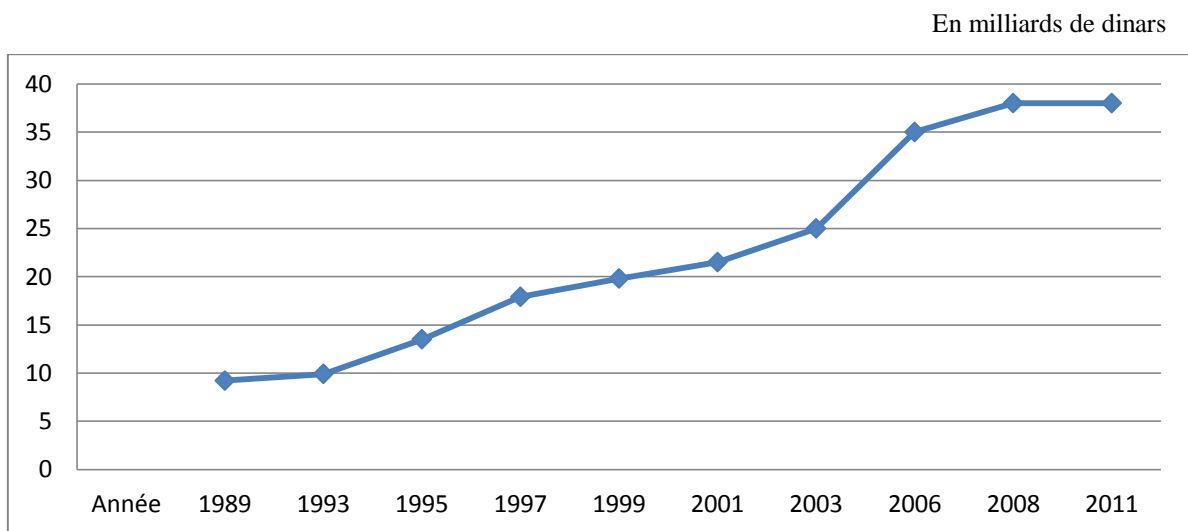
<sup>9</sup> L'article 12 de la loi n° 84-21 du 24 décembre 1984, et l'Ordonnance N°94-03 Du 31 Décembre 1994 : fixant les modalités de financement des organismes de sécurité sociale des dépenses de santé en Algérie.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

- *La spécialité du service hospitalier prestataire ;*
- *La nature des prestations de soins fournies ;*
- *La durée du séjour ;*
- *Le montant des prestations fournies. Les modalités de détermination et d'évaluation de la nature des prestations et de leur montant seront fixées conjointement par les ministres chargés respectivement de la santé et de la sécurité sociale »<sup>10</sup>.*

En effet, la participation de la sécurité sociale dans le financement des dépenses totales de santé a augmenté au fil des années, dans le but d'assurer un accès aux soins pour toute la population.

**Figure 13 : Evolution du forfait hôpitaux entre 1989 -2011**



*Source : Réaliser par nos soins, à partir de données du colloque international sur « Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie », 2011.*

Les forfaits hôpitaux ont connu une croissance importante au fil des années, la part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé est très importante, en raison de la crise qu'a connue le pays, à la fin des années 80 et début des années 90, ce qui l'a poussé à intervenir fortement dans le financement de la santé pour soutenir le budget de l'Etat.

<sup>10</sup> MEDOULD. K, « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Établissements de Santé » Article 03, du décret exécutif n° 04-101 du 1er avril 2004 : fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé, Décembre 2010.

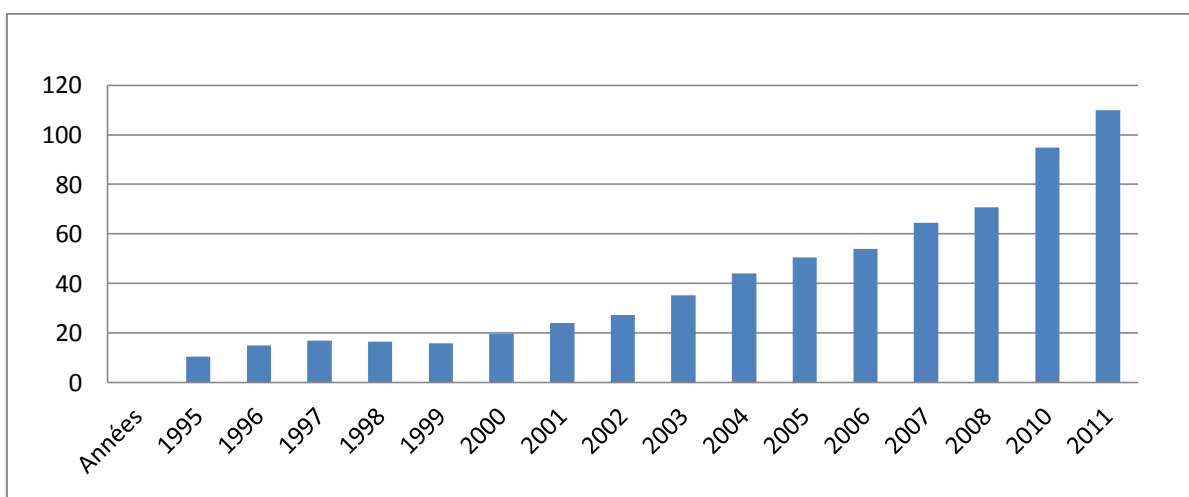
## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

Cependant, entre 2006 et 2010 des réformes ont été introduites à travers les lois de finances dans le financement du système de santé, il s'agit de nouvelles ressources de la fiscalité (taxes et prélèvements sur les produits de la fiscalité pétrolière, et sur les produits ayant un lien avec les dépenses de la sécurité sociale). D'ailleurs, la figure ci dessus montre que, le forfait hôpital se stabilise et commence même à diminuer.

### 2-2-1-2 Le remboursement des médicaments :

La généralisation du système du tiers payant des produits pharmaceutiques à travers la mise en place progressive de la carte Chifa, depuis 2005 qui compte environ 23 millions d'utilisateurs en 2013, a considérablement renforcé l'efficacité de la couverture sociale<sup>11</sup>.

**Figure 14 : Évolution des remboursements des médicaments entre 1995- 2011:**



*Source : réalisée par nos soins à partir des données du Colloque international sur « le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie, 2012.*

Le remboursement des médicaments est considéré comme le premier poste de dépenses de la sécurité sociale. Ce poste a connu une augmentation, passant de 6,5 milliards de DA en 1995, à 19,7 milliards de DA en 2000, pour atteindre en 2011, un chiffre faramineux de 110 milliards de DA. Cette augmentation peut être due à l'augmentation des

<sup>11</sup> Service Économique Régional d'Alger, « la politique de santé en Algérie : Chiffres clés ». Revue n°24, Mars 2014.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

prix des médicaments, suite à la libéralisation des prix produite en 1994, à l'accroissement du nombre d'assurés sociaux ainsi qu'à la double transition épidémiologique et démographique.

L'augmentation des dépenses liées aux médicaments a poussé les pouvoirs publics à encourager la consommation des médicaments générique qui sont moins couteux, à travers l'instauration du tarif de référence<sup>12</sup> à partir de 2006.

### 2-2-1-3 La prise en charge des soins à l'étranger :

Les transferts pour soins à l'étranger représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à couvrir aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes (cancers, maladies cardio-vasculaires, yeux, certaines brûlures compliquées...)<sup>13</sup>.

**Tableau 6 : Évolution des transferts de soins à l'étranger entre 1985 – 2011 :**

Années	1985	1994	1996	1998	1999	2000	2002	2004	2006	2008	2011
Nombre de malades	6 300	4 539	762	834	1026	1216	1512	1188	1002	1008	600

*Source : ZIANI L ; ZIANI. Z, colloque international sur : « le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie. ». Le 03-04 Décembre 2012.*

Le transfert des malades pour des soins à l'étranger a connu une baisse entre 1985 et 1996, en raison des deux crises économiques qu'a connues le pays en 1986 et 1994. Les déficits budgétaires de l'Etat et l'application du plan d'ajustement structurel ont poussé les pouvoirs publics à revoir leurs politiques dans tous les secteurs y compris celui de la santé.

La fin des années 90, est marquée par une progression du nombre des malades transférés à l'étranger, suit notamment à l'augmentation des revenus pétroliers au cours de ces années, permettant à l'Etat de suivre les patients à l'étranger. Ainsi, l'augmentation constante des maladies non transmissibles constituent une charge et un défi majeur pour le système de santé, notamment les maladies attribuables au tabagisme telles que: les cancers, les cardiopathies et les maladies respiratoires chroniques.

<sup>12</sup> Le tarif de référence est le prix du médicament servant de base au remboursement par la sécurité sociale, au delà duquel le patient n'est pas remboursé.

<sup>13</sup> OUFRIHA.F.Z. « Système de santé et population en Algérie », Edition ANEP, 2002, page 16-17-18.

## **Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie**

---

A partir de 2004, on enregistre une régression significative du nombre des transferts à l'étranger qui semble être due à la prise en charge des pathologies lourds, suites aux programmes de prévention qui sont mis en place par l'Etat, tel que : le plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA pour la période 2002-2006, élaboré avec l'appui de l'OMS, et de l'UNICEF, pour renforcer les mesures de protection, et assurer la surveillance épidémiologique dans les établissements de la santé.

En effet, la sécurité sociale a mise en place un programme spécifique (la convention) pour les cliniques privées spécialisées telles que : Clinique de chirurgie cardiaque infantile et clinique d'orthopédie spécialisée en matière de scoliose, dont la prise en charge des pathologies complexes pourvoyeuses de transferts pour soins à l'étranger. Dans le but d'assurer une solidarité nationale pour toute la population Algérienne.

De plus, l'évolution du nombre de médecins spécialistes au cours des dix dernières années, ont permis de garantir l'efficacité et la qualité de prise en charge de malades, autrefois, assurés à l'étranger.

### **2-2-2 L'équilibre financier des organismes de sécurité sociale en Algérie :**

La préservation des équilibres financiers des organismes de sécurité sociale avec notamment les instruments de recouvrement des cotisations sociales et la politique de remboursement des médicaments, ne peut se faire sans une rationalisation des dépenses de l'assurance maladie, à travers la promotion du médicament générique, et la production pharmaceutique locale.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

**Tableau 7 : Evolution de l'équilibre financier des organismes de sécurité sociale entre 1999-2013 (en millions DA) :**

Caisses		1999	2000	2005	2006	2007	2008	2013
CNAS	Recettes	115331	137144	169703	162429	176930	217423	429 840
	Dépenses	106431	128659	159711	160858	167285	191726	322 523
	Ecart	+ 8900	+8485	+9992	+1571	+9645	+25697	+107 317
CNR	Recettes	148710	183460	190110	204150	244910	284400	599 899
	Dépenses	145440	172300	186930	212870	250720	278260	685 661
	Ecart	+3270	+11160	+3180	-8720	-5810	-6140	-85 762
CASNOS	Recettes	24906	25882	18188	20378	26377	29142	35 555
	Dépenses	18261	20773	22259	22816	27277	28861	31 612
	Ecart	+6645	+5109	-4071	-2438	-900	+281	+3 943
CNAC	Recettes	13910	14420	15830	16549	17610	20718	44 323
	Dépenses	2540	2760	3668	6120	3443	3282	26 589
	Ecart	+11370	+11660	+12162	+10429	+14167	+17436	+17 734
CACOBATH	Recettes	5404	6514	7366	8951	11049	13321	24 272
	Dépenses	4544	5214	5648	7034	8554	10559	20 822
	Ecart	+860	+1300	+1718	+1917	+2495	+2762	+3 450

Source : ONS, « L'Algérie en quelques chiffres », Série statistiques ordonnée, n°44, Alger 2014.

### 2-2-3 L'assiette des Cotisations de la sécurité sociale :

Les cotisations de la sécurité sociale sont déterminées et fixées par la loi réglementaire elles varient entre 32,400 DA et 259,200 DA pour 2015<sup>14</sup>.

Au titre des travailleurs salariés, le taux de cotisation est de 34,5 % du salaire soumis à cotisation tel que défini par la loi de finance.

<sup>14</sup> Le décret législatif n°94-12 du 26 mai 1994, modifié et complété : fixant les taux de cotisation à la sécurité sociale par les assurés.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

**Tableau 8 : La ventilation des taux de cotisation au 1<sup>er</sup> Janvier 2015 :**

Branche	A la charge de l'employeur	A la charge du salarié	A la charge du fonds des œuvres sociales	Total
Assurances sociales : (maladie, maternité, invalidité et décès)	12,50 %	1,50 %	-	14,00 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,25 %	-	-	1,25 %
Retraite	10,00 %	6,75 %	-	17,25 %
Assurance chômage	1,00 <sup>15</sup> %	0,50 %	-	1,50 %
Retraite anticipée	0,25 %	0,25 %	-	0,50 %
Logement social	-	-	0,50 %	0,50 %
<b>Total</b>	<b>25,00 %</b>	<b>9,00 %</b>	<b>0,50 %</b>	<b>34,50 %</b>

*Source : Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, « présentation du système de sécurité sociale algérien », Série statistiques n°11, Alger 2015.*

Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations (l'appellation exacte étant "salaire soumis à cotisations" tel que défini par la loi 90-11 relative aux relations de travail.

Les prestations familiales des allocataires inactifs sont financées à 100 % par le budget de l'Etat. En ce qui concerne les travailleurs salariés, les prestations familiales sont financées à 75 % par le budget de l'Etat et à 25 % par l'employeur.

### **2-3 Les modalités de financement de la santé par les ménages :**

Les ménages participent au financement des dépenses de santé, à travers le paiement des cotisations sociales, de l'impôt sur le revenu, et des paiements directs qui n'ont pas cessé de croître ces dernières années, grâce à l'extension rapide du secteur privé qui a connu un essor considérable depuis la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988, et l'adoption de

<sup>15</sup> Lorsque l'assuré a travaillé pendant plus de trois ans pour le même employeur, ce dernier est tenu de verser une somme égale à 80 % du salaire mensuel moyen perçu au cours de la dernière année d'emploi du salarié licencié pour chaque année travaillée dans la limite de douze années.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

l'ordonnance 06-07 du 15 juillet 2006, ainsi que, le décret n° 07-321 du 22 octobre 2007 relatifs aux établissements privés de santé<sup>16</sup>.

On distingue quatre instruments principaux de paiement des soins de santé par les ménages :

- ✓ **Le copaiement** : le patient paye une proportion du coût total, le reste étant à la charge de l'assureur ou le financeur public.
- ✓ **La franchise** : les patients supportent la totalité de leurs dépenses à partir du moment où leurs dépenses cumulées dépassent le montant de la couverture sociale.
- ✓ **Le ticket modérateur (ou coassurance)** : le patient paye un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple, 50 DA pour une consultation, et 100 DA pour l'hospitalisation, évidemment pour des soins fournis par le secteur public)<sup>17</sup>. Quant aux médicaments achetés à l'extérieur des établissements de santé, le patient doit s'acquitter d'un ticket modérateur de 20%, s'il ne bénéficie pas d'une exonération, bien évidemment.
- ✓ **Le tarif de référence** : en Algérie le Tarif de Référence (TR), représente l'un des principaux moyens utilisé par les pouvoirs publics pour réduire les coûts de l'assurance maladie par le biais de la promotion des génériques. Il s'agit d'un tarif fixé par les pouvoirs publics et relatif au remboursement des médicaments considéré comme interchangeable. Le prix d'une spécialité pharmaceutique est fixé par la firme et s'il excède le plafond fixé par les autorités, le solde est acquitté par le patient. Sa mise en place effective n'a eu lieu que le 16 avril 2006<sup>18</sup>.

### 2-3-1 Évolution des dépenses de la santé des ménages :

Les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans les dépenses totales de santé, depuis le début des années 80. Les patients ont de plus en plus

---

<sup>16</sup> ABID. L « L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014 », Colloque internationale, le 16-17 Août 2014.

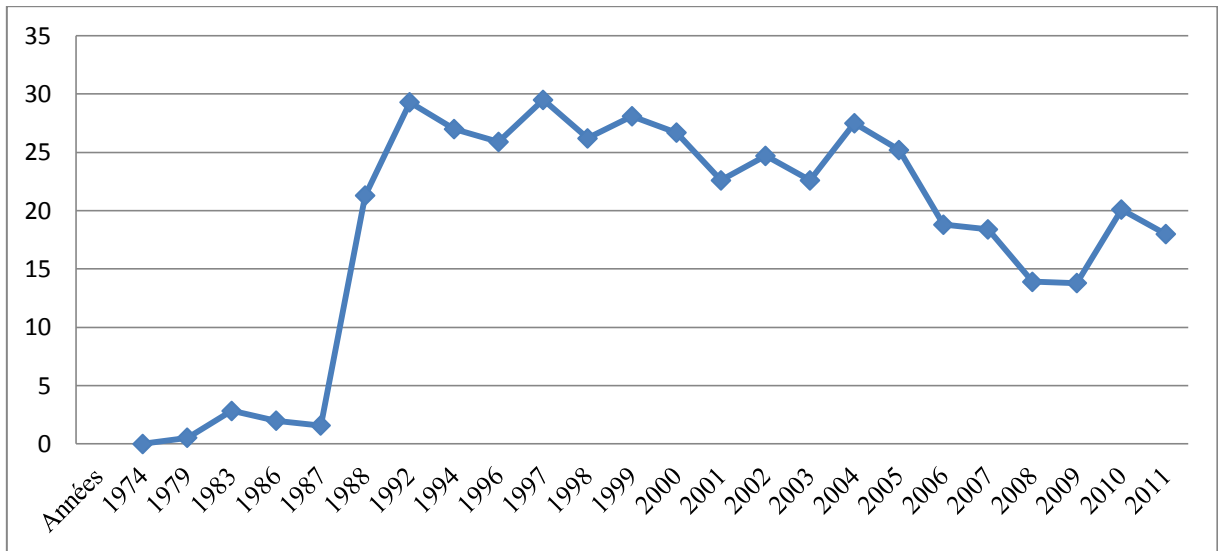
<sup>17</sup> SNOUSSI. Z, « Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie », Revue d'économie industrielle, du 1er trimestre 2015, page 3.

<sup>18</sup> L'Arrêté du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leurs mises en œuvre. La publication au journal officiel janvier 2006.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

**Figure 15 : Evolution de la part des ménages dans le financement de la santé (en %) entre 1974-2011 :**



*Source : Réalisée par nos soins, à partir des données de « La problématique du financement des soins en Algérie ».*

Par ailleurs, la part des dépenses de santé supportée par les ménages n'a pas cessé d'augmenter. Cette hausse peut être expliquée par le recours à la médecine libérale appliquant des tarifs exorbitants ; le déremboursement de certains médicaments ; les pratiques d'automédication ; les écarts importants entre les tarifs des actes médicaux réels sur le marché et ceux appliqués par les caisses d'assurance maladie.

En effet, la dégradation du secteur public, dans son ensemble, pousse les patients, dans la majorité des cas, à s'orienter vers le privé à la recherche d'une rapide prise en charge, en évitant les longues attentes dans le secteur public, et de financer, de ce fait, eux-mêmes leurs soins surtout dans certaines spécialités, où l'offre privée est supérieure à l'offre publique à l'exemple de la radiologie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

En 2005, la part des ménages représente un quart des dépenses totales de santé. Malgré l'augmentation de la contribution publique dans le financement de la santé à partir des années 2000, pour des raisons que nous avons cité plus haut, celle des ménages reste importante, en raison de leur recours au secteur privé.

### Section 3 : Les facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses de santé

Les déterminants de la croissance des dépenses de santé sont potentiellement nombreux. Cependant, trois facteurs principaux (les facteurs de la demande, de l'offre et le facteur institutionnel)<sup>19</sup> ; pourraient participer au dynamisme de la dépense de la santé.

Les évolutions sanitaires (épidémiologie et le vieillissement) : tel que, l'évolution de l'état sanitaire de la population influence sur leurs besoins et donc sur la demande en matière des soins. Le niveau de vie au sens large : une augmentation du niveau de vie généralement assimilée à une hausse du PIB, qui s'accompagne d'un ensemble d'évolutions de nature à stimuler les dépenses de santé, avec l'apparition de nouvelles attentes de la population.

Différentes raisons peuvent être avancées pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé. De plus, les évolutions contemporaines, notamment les transitions démographiques et épidémiologique, le changement des modes de vie, l'urbanisation rapide, la détérioration de l'environnement ainsi que l'essor extraordinaire des technologies médicales et la mondialisation sont entrain d'induire de nouvelles demandes de soins.

#### 3-1 Le facteurs de la demande de soins :

Le facteur primordial de demande de soins<sup>20</sup> est la démographie, puisque les dépenses de santé sont, avant toute chose, relatives à la population. La taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé.

---

<sup>19</sup> Les facteurs institutionnels peuvent expliquer les écarts de taux de croissance des dépenses de santé entre les pays

<sup>20</sup> C'est le besoin de santé ressenti et exprimé par la population ou les professionnels. Dont l'identification de ces besoins doit se baser sur des données démographiques, des données épidémiologiques, et les consommations des services de santé.

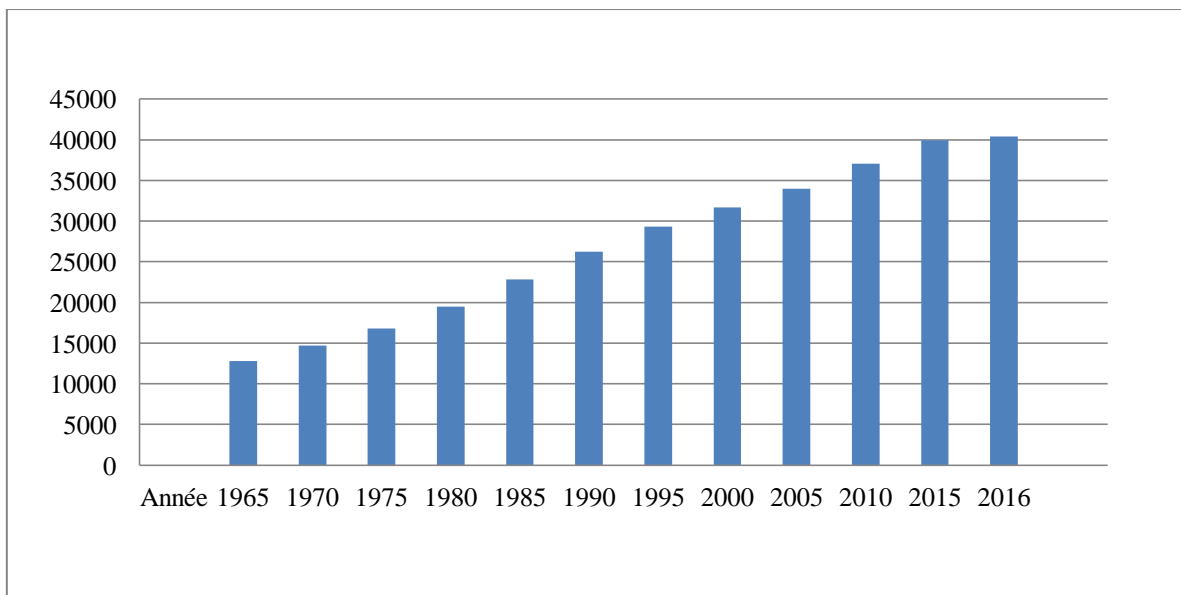
## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

En effet, la consommation des biens de santé n'est pas uniforme tout au long de la vie, en particulier, elle est plus forte aux âges élevés. Plusieurs facteurs déterminent la dynamique démographique de la population algérienne : le nombre de la population, les naissances, les décès.

### 3-1-1 La démographie :

La structure démographique que connait l'Algérie est marquée essentiellement, par une progression du volume des naissances vivantes suite à une progression importante des mariages, et une dégression du volume des décès.

**Figure 16 : Évolution de la population algérienne entre (1965-2016)<sup>21</sup> :**



*Source : Réalisé par nos soins, à partir des données statistiques de l'ONS 2010, pour la période (1965-2010), et les données statistiques de l'OMS 2016, pour la période (2015-2016).*

La population algérienne a augmenté de façon importante, au fil du temps, ce qui va entraîner, systématiquement, une progression de la demande de soins. Au lendemain de l'indépendance, la population totale a été d'environ 10 millions d'habitants, elle est évoluée pour atteindre en 2016, plus de 40 millions d'habitants.

<sup>21</sup> Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi, l'Office Nationale des Statistique (ONS) dans la publication : N°690.

### Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

L'augmentation du volume de la population résidente totale s'explique, par un accroissement relativement important du volume des naissances vivantes, dont la moyenne des naissances est en progression passée de 2600 en 2013 à 2800 en 2015. En effet, le volume des naissances a dépassé un million de naissance en 2014, d'une part, et d'autre part suite à l'amélioration de l'état de santé de la population en générale, et celle des femmes et des enfants en particulier.

Les dépenses de santé sont importantes chez les nourrissons, décroissent rapidement pour atteindre un minimum autour de 10 ans, puis augmentent régulièrement avec l'âge, à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires, et sont évolué à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières.

Les besoins et les dépenses médicaux semblent plus importants chez la femme depuis 15 ans jusqu'à la ménopause ; passé cet âge, les hommes sont moins souvent hospitalisés que les femmes jusqu'à 70 ans où les différences s'atténuent.

**Tableau 9 : Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1990-2015 :**

Années	L'espérance de vie à la naissance par sexe		
	Hommes	Femmes	Ensemble
1990	66,3	67,3	66,9
2000	71,5	73,4	72,5
2008	74,8	76,4	75,6
2010	75,6	77	76,3
2011	75,6	77,4	76,5
2013	76,5	77,6	77
2014	76,6	77,8	77,2
2015	76,4	77,8	77,1

*Source : Réalisé par nos soins, à partir des données statistiques de la banque mondiale, 2015.*

L'espérance de vie à la naissance est passée de 66,9 ans en 1990 à 77,1 ans en 2015, on assiste à un accroissement continu au fil du temps, cette différence est due aux changements d'habitat et de mode de vie, et l'amélioration des conditions de vie et de travail.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

Dont l'espérance de vie féminine plus élevée que l'espérance de vie masculine. En effet, en 1990, l'espérance de vie à la naissance des femmes est de 67,3 ans à la différence des hommes, où leur espérance de vie est de 66,3 ans. Alors qu'en 2015 l'espérance de vie féminine est de 77,8 ans contre 76,4 ans masculins.

En effet, les hommes sont plus exposés aux risques comme les accidents routiers, les travaux forcés dans l'agriculture, le transport, les mines, ont conséquences directes en terme de santé vont se traduire par une augmentation des pathologies liées à l'âge, telles que : affections cardiovasculaires, cancers, les maladies respiratoires chroniques dont il faudra prévoir la prise en charge.

**3-1-2 La socialisation de l'accès aux soins :** Le degré de couverture est évoqué comme facteur de croissance des dépenses de santé et de la consommation médicale. En effet, en Algérie, le nombre d'affiliés sociaux n'a pas cessé d'augmenter, surtout durant la décennie 2000, pour atteindre rien que pour la CNAS, près de 8 millions d'assurés en 2008.

**Tableau 10 : Évolution des Assurés Sociaux par caisse entre 2002-2013 :**

Année	CNAS	CASNOS		CACOBATH	
	Nombre des Assurés	Nombre des Affiliés	Nombre de cotisants	Nombre d'employeurs Affiliés	Travailleurs déclarés
2002	5243744	1015061	308163	38746	387408
2003	5751698	1029207	309813	42371	391977
2004	6369266	1000977	302024	39971	519644
2005	6791761	1010277	287211	44181	515919
2006	6816223	676691	307727	47067	595297
2007	7337372	744114	307345	53636	718919
2008	7800320	785798	355244	59425	830605
2009	8312826	845365	365425	63952	946425
2010	8494919	1011435	424162	67723	1029542
2011	8819160	1123932	437132	64008	1023703
2012	9288143	1250075	472787	61830	1012788
2013	9917243	1287463	533679	62984	1005076

*Source : Réalisés par nos soins, à partir de la série statistique de l'Office national des statistiques, n° 44, 2013.*

### Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

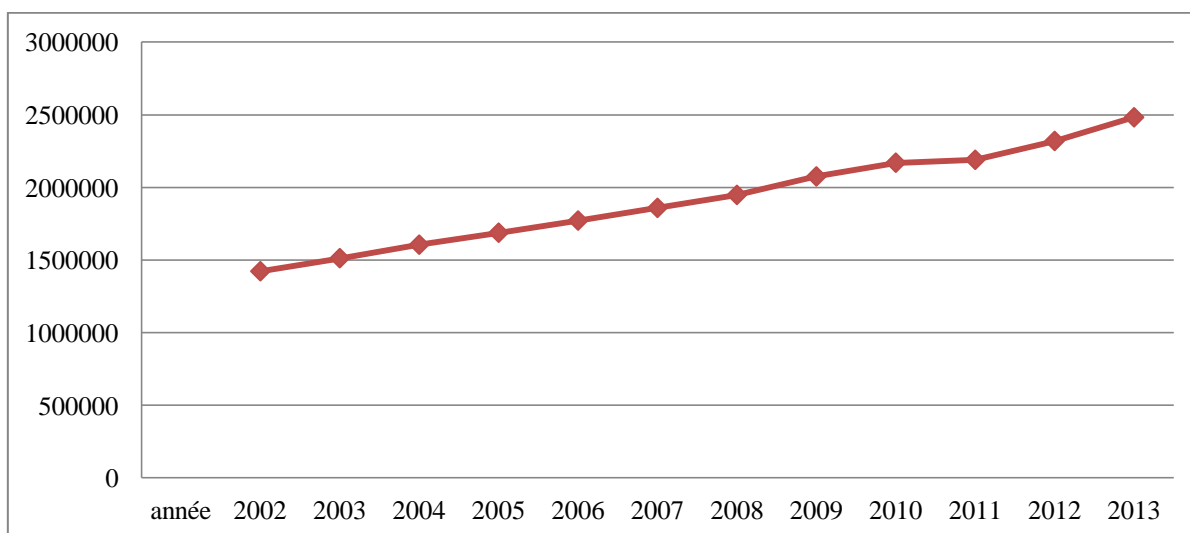
En effet, le nombre des salariés qui sont affiliés à la caisse nationale des salariés (CNAS) est passé de 5243744 assureurs en 2002, pour atteint en 2008 un nombre de 7 800 320 assureurs. Soit un accroissement relatif de 2,6% par rapport à 2002.

Le volume des affiliés à la caisse d'assurance des non-salariés (CASNOS). Est attribué à une régression très significatif de l'auto emploi (les employeurs et les indépendants). Dont, le nombre des affiliés est passé de 1015061 affiliés en 2002, à 785798 affiliés en 2008, une régression au profit des non salariés de (- 338370 par rapport à la même période).

En effet, les non salariés en constituent 33% de la main d'œuvre totale. Par contre, la masse salariale continue à constituer la forme d'emploi qui touche d'environ (69%) de la main d'œuvre totale, dont 35,9% sont des salariés permanents.

On assiste à une croissance constante enregistrée au niveau des personnes affiliés à la caisse national d'assurance des travailleurs dans les secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'habitat (CACOBATH), une progression régulière, passant de 387408 affiliés en 2002 à 595297 en 2008. Un taux de croisement de 11,5 % entre ces deux périodes. En 2008, la population occupée s'élève à 9146000 personnes qui sont essentiellement concentrées dans la commercialisation des services, avec 56,6 % et la construction des bâtiments et des travaux publics, avec 17,2 %.

**Figure 17 : Évolution de nombre des retraités en Algérie entre : 2002-2013 :**



Source : Réalisés par nos soins, à partir de la série statistique de l'ONS, n°44, 2013.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

On constate que, le nombre des personnes retraités affiliés à la caisse national de retraite (CNR) a enregistré une croissance continue, passant de 1 422 645 personnes retraités en 2002 à 2 075 444 retraités en 2009. Une progression de 652 799 personnes entre ces deux périodes.

En revanche, la population en âge de retraite est passée de 39 % en 1990 à 28 % en 2009 et qu'elle continuera de croître jusqu'à l'horizon 2020, suite à la plongée de l'espérance de vie à la naissance.

### 3-1-3 Le facteur épidémiologique :

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.

A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, dites maladies du siècle (cancers, diabète, affections cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques). Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse, vont peser lourdement sur le budget de la santé.

Les maladies non transmissibles (maladies chroniques) sont actuellement responsables de près des deux tiers de la mortalité mondiale. En effet, on distingue quatre principaux types de maladies non transmissibles qui sont identifiées par l'OMS: les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux); le diabète; les cancers; et les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme).

Il faut souligner que les maladies non transmissibles sont la cause de plus de 50% de mortalité en Algérie. Elles demandent des thérapies coûteuses et de longue durée. Les cancers sont les plus fréquents et entraînent des dépenses de santé de plus en plus élevées. Les

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

maladies de l'appareil circulatoire tendent à se situer en première ligne du profil de morbidité<sup>22</sup> des algériens.

Les formes les plus fréquentes du cancer chez l'homme sont celles du poumon et de la vessie, et chez les femmes ; c'est le cancer du col de l'utérus et du sein. Le taux de prévalence du cancer, en Algérie, est passé de 80 cas pour 100 000 personnes dans les années 1990 à 130 cas en 2010, qui peut atteindre 300 cas pour 100 000 personnes d'ici 2018, enregistrant, ainsi un taux comparable à ceux que l'on retrouve dans les pays développés.

### 3-2 Les facteurs de l'offre de soins :

Différentes raisons peuvent être avancées pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé. Ceux liés à la démographie médicale (nombres de médecin, chirurgien dentaire, pharmacien et paramédicaux) ; aux infrastructures et équipements et enfin aux progrès techniques.

#### 3-2-1 La démographie médicale :

Les dépenses de santé peuvent être en relation directe avec la démographie médicale. En effet, l'évolution cette dernière peut engendrer l'augmentation des dépenses de santé, c'est ce qu'on appelle la demande induite. Comme dans un grand nombre de pays, la démographie médicale, en Algérie, pose un grand problème. Elle a eu une évolution galopante qui n'a pas pu être maîtrisée par les responsables de la formation et du milieu du travail.

D'importants investissements ont été consentis au niveau des ressources humaines, en Algérie. L'investissement dans la formation médicale s'est traduit par un accroissement très important du personnel médical. Pour la seule décennie allant de 1982 à 1993, le nombre de médecins a été multiplié par trois. Cette croissance est de plus en plus importante surtout à partir des années 2000.

---

<sup>22</sup> La morbidité est l'ensemble des maladies et affections qui sévissent dans une population. Sa mesure porte soit sur les faits observés et recensés par les structures d'accueil des malades, soit elle se fonde sur la perception qu'ont les individus eux-mêmes de leur santé et sur la fréquence de recours aux soins.

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

### 3-2-2 Les progrès techniques :

Le progrès technique médical ne conduit pas, à une diminution des coûts mais à leur accroissement, en améliorant la qualité des soins. Le progrès technique, par exemple, peut certes stimuler de manière artificielle la demande de soins dans la mesure où les offreurs bénéficient d'un marché captif,

Cependant, en matière médicale, les progrès techniques amélioreraient la qualité des soins, sans parvenir à réduire les coûts de production. Au total, il semble nécessaire de distinguer trois types de progrès technique :

- **le progrès technique général** qui, en principe, pousse à la croissance relative de la dépense de santé ;
- **le progrès technique médical** : Augmentant les possibilités de production de services de santé, sans économiser les facteurs, qui pousse à la croissance relative de la dépense. Le développement de l'imagerie médicale de pointe (IRM, Scanner).
- **un progrès technique médical** : Economisant les ressources, qui tend à la réduction relative de la dépense de santé. Les vaccins illustrent ce type de progrès technique.

L'évolution future peut dépendre sensiblement des poids relatifs que seraient appelées à prendre les différentes composantes du progrès technique propre au secteur de la santé, on distingue trois phases d'une même maladie. Dans une première phase, **la maladie, peu connue et mal comprise**, s'avère peu coûteuse. Dans une deuxième phase, **une technologie nouvelle**, dite intermédiaire, permet de traiter la maladie ou d'en limiter les effets au prix de dépenses élevées (traitements anticancéreux et, plus récemment, transplantations d'organe). Dans une troisième phase, **l'innovation** permet de diminuer le coût des traitements, à l'exemple du vaccin antipolio, peu onéreux à administrer, et qui a permis d'éliminer virtuellement la maladie (progrès technique de type 3).

Compte tenu de l'indisponibilité des données concernant ce point, nous ne pouvons pas voir réellement sa relation avec l'augmentation des dépenses de santé en Algérie. D'ailleurs, la majorité des études qui ont étudié les facteurs d'accroissement des dépenses de santé, ont omis l'incidence de ce facteur, car il est difficile à mesurer. Toutefois, nous pouvons parler d'une relation positive entre les dépenses de santé et le progrès technique à partir des coûts que

## Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie

---

peuvent engendrer les examens médicaux utilisant les technologies médicales, telles que: la chimiothérapie, la radiothérapie, les transplantations,... etc. qui sont à notre sens des exemples probants.

### Conclusion

En Algérie, les dépenses de santé sont en constante croissance. Bien que, ces dernières ne soient pas évoluées au même rythme que celui enregistré dans les pays industrialisés, mais il n'en demeure pas moins qu'elles ont été multipliées par 15,22. Elles ne représentaient que 44,67 milliards de DA en 1992, elles ont atteint 680 milliards en 2009.

Cependant, le financement de la santé reste marquée par le financement public qui occupe une place prépondérante. Le financement privé, quant à lui, il connaît une augmentation importante, ces dernières années, mais il demeure toujours marginal par rapport aux dépenses publiques.

Avec une part très importante dans les dépenses des établissements de santé, ou encore dans les remboursements effectués par la sécurité sociale, le médicament représente le principal poste de dépenses de santé. Pour ce qui est du forfait hôpital, bien que son poids soit toujours important, son taux d'accroissement commence à se ralentir.

# Conclusion générale

## Conclusion générale

---

### Conclusion générale

Nous pouvons conclure au terme de notre travail que, le rythme de la croissance des dépenses de santé en Algérie est très dynamique. La progression de leur prise en charge par la sécurité sociale peut poser le problème de leur soutenabilité avec beaucoup d'acuité. Bien que le forfait hôpital et les transferts pour soins à l'étranger croissent moins vite, des éventuels déficits de la sécurité sociale peuvent être inévitables, car la croissance des leur dépenses est tirée en grande partie par les médicaments, qui exercent une pression remarquable.

Il est important de ce fait, de savoir que la maîtrise des dépenses de médicament peut réaliser des économies très importantes que celles qui peuvent résulter des restrictions qui seront faites sur les autres composantes du système de santé.

De plus, le médicament est considéré comme deuxième poste de dépenses des établissements de santé après les dépenses de personnel qui sont incompressibles. Il est, de ce fait, nécessaire d'utiliser le médicament générique, pour permettre de faire des économies grâce à son prix qui est beaucoup moins cher que les médicaments de référence.

En plus de la contractualisation qui se développe très lentement en Algérie, la rationalisation des dépenses hospitalières qui pèsent de plus en plus sur le budget de l'Etat et celui de la sécurité sociale, peut se faire à travers l'externalisation de certaines unités de production qui encombrant le processus de soins hospitaliers, pour que les établissements se concentrent et se spécialisent dans les activités les plus essentielles et les plus importantes.

Il faut reconnaître que, l'institution de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé a contribué à l'explosion des dépenses de santé, le patient a tendance à consommer davantage, puisque qu'il n'est pas confronté aux coûts réels des activités.

Quant à la part des ménages dans les dépenses de santé, bien que les chiffres avancés par les pouvoirs publics soient moins de 25 % du totales des dépenses de santé, il est nécessaire de souligner que la charge financière qui leur incombe soit beaucoup plus importante, en raison, notamment de la privatisation de l'exercice médicale.

## Conclusion générale

---

En effet, le secteur privé, en Algérie, est doté d'une liberté dans l'installation et dans la fixation des tarifs des actes. Ces derniers sont largement supérieurs aux tarifs fixés par la sécurité sociale, ce qui fait que leur remboursement est insignifiant. Un contrôle des soins ambulatoires et hospitaliers du secteur privé s'impose. Ce secteur est à l'origine de la croissance des dépenses de santé des ménages en les entraînant, de ce fait, dans de grandes difficultés financières. Pour ne pas créer une médecine à double vitesse, il faut orienter le secteur privé de façon à être complémentaire avec le secteur public.

# **Bibliographie**

## La bibliographie

### OUVRAGES

1. BEEAN.S, « Économie du système de santé du marché à l'organisation, édition Economica, Paris, 1994.
2. BENAÏSSA. A.M, « Contribution à l'étude de l'histoire de la santé en Algérie, Alger, POU, 1985.
3. BENAMORGIG.D, « La santé au miroir de l'économie : une histoire de l'économie de la santé en France », édition Paris, PUF, 2005.
4. BRAS.PL, « Traité d'économie et de gestion de la santé, édition Paris, 2009.
5. CATUSSE.M, « L'Etat face aux débouchements du sociale au Maghreb : formation, travail et protection sociale, édition Paris Karthaba, 2009.
6. COCA. E, « Maitriser l'évolution des dépenses hospitaliers : le PMSI ». Edition, Paris, 1991.
7. GÉRARD. P «le financement des systèmes de santé », le regard international, Novembre 2011.
8. GUIZOVARN .J. C., MARESCRAUX. N, « Assurance santé. Segmentation et compétitivités ». Edition Economica. Paris ; 2004.
9. LANDRY.Y, « Initiation à la connaissance du médicament, édition dunod, paris, 2010.
10. LOURENCE. L.A, « L'économie de la santé en question, 2ème édition, Paris, Ellipse, 2000.
11. MALLAT. H, « La sécurité sociale et les assurances sociales dans les pays arabes : Afrique du nord, Beyrouth, Bruylant 1999.
12. MONTEAU. M, « L'organisation délétaire : la santé et la sécurité au travail, édition paris, 2010.
13. MOUGEOT. M, « Régulation du système de santé ». Edition, Paris, 1999.
14. OUFRIHA .F.Z, « Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie ». Edition office des publications universitaires. Ben Aknoun. ALGER.1998.
15. OUFRIHA. F.Z. « de reforme en reforme, un système de sante à la croisée des chemins », Edition office des publications universitaires, Alger, 2000.
16. OUFRIHA. F.Z , « Système de santé et population en Algérie ». Edition ANEP. 2002.
17. RICHEZ-BATTESTI. N, « la sécurité sociale », Edition Armand Colin, Paris, 1998.

## Bibliographie

---

18. SCHAMBARETAUD, L H, « participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe, Pratiques et Organisation des Soins », Edition, Paris, Janvier 2009.
19. SCHNEIDER.B.C, « santé et justice sociale », ECONOMICA, Edition, paris, 1997.
20. TANTI.H.N, « Economie de la santé », édition Armand colin, Paris, 1990.
21. TRIOLA.M, « Biostatistiques : pour les sciences de la vie et de la santé, édition Paris, Pearson France, 2012.
22. YANNICK.M, « Dépenses de santé. Regard international ». Edition Paris, 1992.

### ARTICLES DE REVUES

1. AGUERCIF. M « Le système de santé publique en Algérie (Evaluation 1974-1989 et perspectives), Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993.
2. AUGER. J « Une approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays (Allemagne, États-Unis, France, Royaume-Uni) », Revue française, Coup d'oeil, avril 1999.
3. BOULAHBAL. B, « L'Algérie de demain : Relever les défis pour gagner l'avenir », Besoins sociaux à l'horizon 2025.
4. Caisse nationale de la sécurité sociale, « La préparation et la prévention des accidents de travail », Centre familiale de Ben-Aknoun, Cahier n°2 de la sécurité sociale, Alger, Novembre 1978.
5. CHADELAT. J.F, « Les enjeux du financement de la santé », Revue française d'administration publique, 2005.
6. CHAMBARETAUD.S, «Le système de santé américain », rubriques international, septembre 2001.
7. HAFFAD. T, « Quelques conséquences économiques et sociales de l'évolution démographique en Algérie », Revue des Sciences Économiques et de Gestion N° 3, Batna. 2004.
8. Institut National de recherche en santé publique (INSP), question de santé publique, Revue n°13, juin 2011.
9. LAMRI. L, « Les sources et modalités de financement des hôpitaux », revus de CREAD dossier n° 5, 2008.

## Bibliographie

---

10. Lorant .V ; Dauvrin. M. « Introduction aux systèmes de santé et de soins dans le monde », Revue française, Bruxelles Woluwe, 2015.
11. MACARENA. N, « Système de santé au Maghreb », Notes IPEMED avril 2012.
12. MEROUANI.W, HAMMOUDA . N,EL MOUDDEN. C, « Le système algérien de protection sociale : entre bismarckien et bévéridgien », Les cahiers du Cread n°107-108, 2014.
13. Miloud.K, « Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie », Cahiers du CREAD n° 13 - 1988.
14. Miloud.K, « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie 1962-1987 », Cahiers du CREAD n°19, 3ème trimestre 1989.
15. MEROUANI.W, HAMMOUDA .N, MOUDDEN .C. « le système Algérien de protection sociale : entre bismarckien et Beveridgien », cahier du CREAD n°107-108, 2014.
16. OUCHFOUN.A, HAMMOUDA.D, « Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie », Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993.
17. OUFRIHA.F.Z, « Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins », Cahiers du CREAD n°27-28, 3ème et 4ème trimestres 1991.
18. OUFRIHA.F.Z « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie », Cahiers du CREAD n°13, 1er trimestre 1988.
19. OUFRIHA. F.Z, « La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? », Cahiers du CREAD n°35-36, 3ème et 4ème trimestres 1993.
20. OUFRIHA.F.Z, « Les systèmes de santé dans le monde », Cahiers du CREAD n°27-28, 3ème et 4ème trimestres 1991.
21. OUFRIHA. F. Z. « De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie », Cahiers du CREAD n° 19 - 1989.
22. OUFRIHA.F.Z, « Médecine gratuite, forte augmentation des dépenses et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie », Cahiers du CREAD n° 22 - 1983.
23. OMS, « Forum mondiale de la santé », Revue internationale de développement sanitaire, Genève, 1984.
24. Service Économique Régional d'Alger, « la politique de santé en Algérie : Chiffres clés ». Revue économique n°24, Mars 2014.
25. SNOUSSI. Z, « Tarif de référence et entrée des génériques : l'impact sur les prix des médicaments en Algérie », Revue d'économie industrielle, du 1er trimestre 2015.

## Bibliographie

---

26. SULMONT.N. « La politique de santé en Algérie : Chiffres clés », Service Économique Régional d'Alger, Mars 2014.
27. ZIANI.L ; ZIANI.Z ;Kaid.T.N. « La problématique du financement des soins en Algérie », revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004.
28. Comité régional de la Méditerranée orientale, « L'impact des dépenses de santé sur les ménages et les options de financement des soins de santé », EM/RC51/4, Septembre 2004.

### COMMUNICATIONS

1. ABID. L « L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014 », Colloque internationale, le 16-17 Août 2014.
2. BRAHAMIA.B, « Les systèmes de santé maghrébins : une transition inachevée », Séminaire à L'Université Constantine 2, le 31-03-2015
3. Brahamia B., transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, colloque international sur les politiques de santé, 2014.
4. Belarbi.Z, « La transition épidémiologique en Algérie : Le poids des maladies non transmissibles », Conférence Africaine, Afrique du Sud, 30 Novembre – 4 Décembre 2015.
5. MEKALT.K, BRAHAMIA.B, « Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement », Conférence à l'Université Abd-RAHMAN MIRA, Bejaia. 20/03/2015.
6. MSPRH, « politique des médicaments en Algérie : état des lieux et perspectives », Colloque international sur les politiques de santé, Alger 18 – 19 Janvier 2014
7. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Conférence nationale sur : « présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011.
8. Laid.Y. « Le changement climatique, secteur clé : santé adaptation Alger », Dialogue national interministériel, Algérie, Août 2010.
9. ZIROUT Youcef, « Journée Parlementaire sur la santé », Conseil de la Nation, Alger 2010.

## Bibliographie

---

10. ZIANI L ; ZIANI. Z, « le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie ». Colloque international, le 03-04 Décembre 2012.

### THESES ET MEMOIRES

1. AIT MOKHTAR.O, « L'évolution de la politique des dépenses publiques dans le contexte de la mondialisation Cas Algérie », thèse de doctorat en sciences économiques, Université Abou Bakr Belkaid, Tlemcen, 1999-2014.
2. AIT MOHAND.A. « Transition sanitaire : Caractéristiques et conséquences sur les besoins et les priorités de santé en Algérie », Mémoire du master en Santé Publique, 2004/2005.
3. BENMANSOUR.S, « Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb, cas : Algérie, Maroc, Tunisie ». Thèse de magistère en sciences économiques, UMMTO. 2012.
4. DJENAS.S, « Elaboration d'une méthode de conception du système de santé et des bâtiments de soins en Algérie par l'application de l'analyse de la valeur », thèse de doctorat du 3ème cycle, Université Pierre et Marie Curie, Paris, 1986.
5. EL BACHIR.Z, « Evolution de la mortalité en Algérie », Mémoire de magistère en démographie, Université d'Oran Faculté des sciences sociales Département de démographie, Année scolaire : 2012-2013.
6. KASMI.DJ.épouse BELKACEM, « Diagnostique économique et financier des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel de l'économie algérienne », Thèse de doctorat en sciences économiques et de gestion, Université Lumière Lyon 2, Novembre 2008.
7. KAÏD .N, « Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa », thèse de doctorat d'Etat en sciences économiques, Université d'Alger, 2003.
8. SALMIM, « système de santé en Algérie à l'heure de transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins ». Thèse de doctorat en sciences économiques, UMMTO, 2006.
9. ZOUANTI née SNOUSSI. Z « L'accès aux médicaments en Algérie : Une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Hassiba Ben Bouali de Chlef, 2013/2014.

## RAPPORTS ET DOCUMENTS

1. Achouche M.: Analyse des dépenses de santé en Algérie, CREAD, 2012.
2. Direction Technique chargée des statistiques sociales et des revenus, « les Dépenses de Consommation et le Niveau de Vie des Ménages : DEPENSES DE SANTE ET D’HYGIENE CORPORELLE 2011 », Enquête Nationale N°716, octobre 2015.
3. J. et C. CASTONGUAY, « analyse comparative sur le financement de la santé » ; rapport de projet, CIRANO, Mai 2007.
4. M. Gilles DUHAMEL, « LE SYSTÈME DE SANTE ET D’ASSURANCE MALADIE AMÉRICAIN, Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire » Rapport n°2002-073 Avril 2002.
5. MEDOULD. K, « Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé », Décembre 2010.
6. Ministère de la sante de la population et de la reforme hospitalière, « Les réformes en santé : évolution et perspectives », Alger – décembre 2015.
7. MSPRH, « Suivi de la situation des enfants et des femmes », Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS), 2012-2013, Alger 2015.
8. MSPRH, « Les réformes en santé : Evolution et Perspectives », Alger, décembre 2015.
9. MSPRH, Direction des études et de planification, « Statistiques sanitaires », 2011-2013.
10. MSPRH, Direction des études et de la planification, « SANTE, EN CHIFFRES 2011 », 2012, 2013, 2014, Edition Janvier 2016.
11. Ministère des finances, Direction générale du budget, direction de la réglementation budgétaire et du contrôle préalable de la dépense, « guide des pièces justificatives des engagements de dépenses à présenter par les établissements hospitaliers de santé publique », janvier 2014.
12. Ministère du travail, de l’emploi et de la sécurité sociale, « présentation du système de sécurité sociale Algérien », Série statistiques n°11, Alger 2015.

## Bibliographie

---

13. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, « Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie », 2011.
14. MSPRH, Institut National de Santé Publique, « Transition épidémiologique et système de santé », Projet TAHINA, Alger. 2002.
15. ONS, « L'Algérie en quelques chiffres », Série statistiques ordonnée, n°44, Alger 2013.
16. ONS, « Enquête sur les dépenses de consommation et le niveau de vie des ménages algériens en 2011 ». Mars 2014.
17. Rapport sur la santé dans le Monde « Document de synthèse », OMS, 2010
18. Rapport sur la santé du MSPRH, la direction de budget, 2016.
19. Rapport sur la santé dans le monde « Le renforcement du système de santé », OMS, 2008
20. Rapport sur la santé dans le monde, « Evalue les systèmes de santé dans le monde », OMS 2010.
21. Rapport sur la santé dans le monde, « le financement des systèmes de santé », OMS 2000.
22. Rapport sur la santé dans le monde, « Evalue les systèmes de santé dans le monde : perspectives », OMS juin 2000
23. Rapport sur la santé dans le monde, « Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », OMS, 2010.
24. Rapport sur la santé dans le monde, « Pour un système de santé plus performant », OMS, 21 juin 2000.
25. Rapport sur la santé dans le monde, « Travailler ensemble pour la santé », OMS, 2006
26. Rapport NABNI, « Cinquantenaire de l'indépendance : Enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 », Chapitre Santé, Janvier 2013.

### Décrets et lois

1. Article 12 de la loi n° 84-21 du 24 décembre 1984, et l'Ordonnance N°94-03 Du 31 Décembre 1994 : fixant les modalités de financement des organismes de sécurité sociale des dépenses de santé en Algérie.
2. Arrêté du 29 décembre 2005 fixant les tarifs de référence servant de base au remboursement des médicaments et les modalités de leurs mises en œuvre. La publication au journal officiel janvier 2006.

## Bibliographie

---

3. Ordonnance N°94-03 Du 31 Décembre 1994 Portant Loi De Finances Pour 1995.
4. Le décret législatif n°94-12 du 26 mai 1994, modifié et complété : fixant les taux de cotisation à la sécurité sociale par les assurés.
5. Loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

### SITOGRAPHIE

1. [www.santé.dz](http://www.santé.dz)
2. <http://www.cairn.info>
3. [www.expatriation.com/fr](http://www.expatriation.com/fr).
4. [www.ons.dz/](http://www.ons.dz/).
5. [www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/)
6. [www.oecd.org](http://www.oecd.org). Politiques et données sur la santé.
7. [www.banque mondiale.org/fr/topic/health/overview](http://www.banque mondiale.org/fr/topic/health/overview).

## Liste des tableaux

---

### Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Synthèse des modes de financement des systèmes de santé.....	13
<b>Tableau 2</b> : Évolution des dépenses de santé en % du PIB entre 2010-2015.....	20
<b>Tableau 3</b> : L'espérance de vie moyenne à la naissance selon le sexe dans les pays du Maghreb.....	28
<b>Tableau 4</b> : Évolution du marché des produits pharmaceutiques en Algérie entre 2004-2012.....	52
<b>Tableau 5</b> : Évolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses (en %) entre 1992-2010.....	61
<b>Tableau 6</b> : Évolution des transferts de soins à l'étranger entre 1995-2011.....	66
<b>Tableau 7</b> : Évolution de L'équilibre financier des organismes de la sécurité sociale entre 1999-2013 (Millions DA).....	68
<b>Tableau 8</b> : La ventilation des taux de cotisation au 1 <sup>er</sup> Janvier 2015.....	69
<b>Tableau 9</b> : Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1990-2015.....	74
<b>Tableau 10</b> : Évolution des Assurés Sociaux par caisse entre 2002-2013.....	75

## Liste des figures

---

### Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Rapports entre les fonctions et les objectifs d'un système de santé.....	08
<b>Figure 2</b> : Évolution des dépenses de santé en % du PIB entre 2010 et 2015 .....	21
<b>Figure 3</b> : Rapport entre le système de financement de la santé et les objectifs de la politique de financement de la santé .....	25
<b>Figure 4</b> : Organigramme générale du MSPRH .....	37
<b>Figure 5</b> : Évolution des infrastructures sanitaires publiques entre 1974-2015 .....	47
<b>Figure 6</b> : Évolution de nombre de lits entre 1974-2015.....	48
<b>Figure 7</b> : Évolution de la densité médicale entre 1990- 2013.....	49
<b>Figure 8</b> : Évolution des dépenses totales de santé en millions de dinars entre 1992-2009...	55
<b>Figure 9</b> : Évolution des dépenses de santé totales (en%) du PIB entre 2000 et 2012.....	56
<b>Figure 10</b> : Évolution des dépenses de santé publiques (en %) du PIB entre 1990-2012 .....	57
<b>Figure 11</b> : Évolution des dépenses privées de santé (en%) du PIB en entre 1990-2012 .....	57
<b>Figure 12</b> : Évolution des dépenses en sante par habitant (\$ US) entre 1992-2011.....	59
<b>Figure 13</b> : Évolution du forfait hôpitaux entre 1989-2011.....	64
<b>Figure 14</b> : Évolution des remboursements des médicaments entre 1995-2011.....	65
<b>Figure 15</b> : Évolution de la part des ménages dans le financement de la santé (en %) entre 1974-2011 .....	71
<b>Figure 16</b> : Évolution de la population algérienne (1965-2016) .....	73
<b>Figure 17</b> : Évolution de nombre des retraités en Algérie entre 2002-2013.....	76

# **Table des matières**

### Table des matières :

<b>Introduction générale.....</b>	<b>01</b>
<b>Chapitre 1 : Les systèmes de santé dans le monde: Historique, évolution et modes de financement :.....</b>	<b>04</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>04</b>
<b>Section 1 : La diversité des systèmes de santé dans le monde.....</b>	<b>05</b>
1-1 Les caractéristiques et les fonctions du système de santé.....	05
1-1.1 Les caractéristiques du système de santé .....	06
1-1.2 Les fonctions du système de santé.....	07
1-2 Les différents types de systèmes de santé dans le monde .....	08
1-2.1 Le système de santé Bismarckien .....	09
1-2.2 Le modèle Beveridgien.....	09
1-2.3 Le modèle Mixte.....	10
1-2.4 Le modèle libéral .....	11
1-3 Le développement vers une couverture universelle.....	14
1-4 Amélioration de la performance du système de santé .....	15
<b>Section 2 : Le financement du système de santé dans le monde .....</b>	<b>17</b>
2-1 Les dépenses de santé dans le monde.....	17
2-1.1 Les typologies de dépenses de santé.....	17
2-1.1.1 La dépense de santé pour les malades .....	18
2-1.1.2 Les dépenses en faveur du système de soins .....	19
2-1.2 Les dépenses de santé par rapport au PIB.....	19
2-2 Le financement de la santé .....	22
2-2.1 Les modalités de financement de la santé.....	22
2-2.2 Les objectifs des modalités de financement de la santé.....	24
<b>Conclusion .....</b>	<b>26</b>

**Chapitre 2 : Le système de sante algérien : évolution et organisation.....27**

**Introduction .....27**

**Section 1 : L'évolution du système de santé Algérien .....27**

- 1.1. La première période 1962-1972 .....28
- 1.2. La deuxième période 1974 à 1987 .....30
- 1.3. La troisième période 1987-2003 .....32
- 1.4. La quatrième période de 2004 à nos jours .....34

**Section 2 : Organisation du système de santé Algérien.....36**

- 2-1 Organisation administrative .....36
  - 2-1-1 le niveau central.....36
    - 2-1-1-1 l'administration centrale.....36
    - 2-1-1-2 Les Organismes d'Appui .....41
  - 2-1-2 le niveau intermédiaire .....42
    - 2-1-2-1 les régions sanitaires .....43
    - 2-1-2-2 Les Directions de la Santé et de la Population .....44
  - 2-1-3 le niveau périphérique (Le statut juridique).....44
    - 2-1-3-1 Les établissements publics .....44
    - 2-1-3-2 Les établissements privés .....44
- 2-2 Organisation sanitaire et offre de soins.....45
  - 2-2-1 Les infrastructures sanitaires.....46
  - 2-2-2 Les ressources humaines.....48
  - 2-2-3 Le médicament en Algérie.....50

**Conclusion.....53**

**Chapitre 3 : Essai d'analyse de la nature et de l'évolution des dépenses de santé en Algérie .....54**

**Introduction .....54**

**Section 1 : Évolution des dépenses de santé en Algérie.....54**

## Table des matières

1-1	Les dépenses totales de santé.....	55
1-1-1	Les dépenses publiques de santé .....	56
1-1-2	Les dépenses de santé privée .....	57
1-2	Les dépenses de sante par habitant .....	58
 <b>Section 2 : le financement des dépenses de santé par les différents agents.....</b>		<b>59</b>
2-1	La contribution de l'État à la dépense nationale de santé .....	60
2-2	Les dépenses de la sécurité sociale .....	62
2-2-1	la structure des dépenses de la sécurité sociale.....	63
2-2-1-1	Le forfait hospitalier .....	63
2-2-1-2	Le remboursement des médicaments .....	65
2-2-1-3	La prise en charge des soins à l'étranger .....	66
2-2-2	L'équilibre financier des organismes de la sécurité sociale en Algérie .....	67
2-2-3	L'assiette des Cotisations de la sécurité sociale .....	68
2-3	Les modalités de financement de la santé par les ménages .....	69
2-3-1	Évolution des dépenses de la santé des ménages .....	70
 <b>Section 03 : les facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses de santé .....</b>		<b>72</b>
3-1	Le facteur de la demande de soins .....	72
3-1-1	La densité démographique .....	73
3-1-2	La socialisation de l'accès aux soins.....	75
3-1-3	le facteur épidémiologique.....	77
3-2	le facteur de l'offre de soins.....	78
3-2-1	La démographie médicale .....	78
3-3-3	Les progrès techniques.....	79
 <b>Conclusion .....</b>		<b>80</b>
 <b>Conclusion générale.....</b>		<b>81</b>
 <b>Bibliographie.....</b>		<b>83</b>

## Table des matières

---

Liste des tableaux.....	91
Liste des figures .....	92
Tables des matières.....	100