

Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou
Faculté des sciences économiques commerciales et de gestion



Département des sciences économiques



Mémoire de fin d'études

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En sciences économiques

Option : Economie de la santé

Thème

**L'évolution du secteur privé de soins
en Algérie : quelle trajectoire de
1962 à nos jours ?**

Présenté par :

AOUCI Nacera

BELMADANI Farida

Dirigé par :

M^r SALMI. Madjid

Devant les jurys composé de :

Président : M^{elle} LOGGAR.R.MAA.UMMTO.

Rapporteur : M^r SALMI.M.MCA. UMMTO.

Examineur: M^r LOUNISSI.H.MAA.UMMTO.

Promotion : 2016-2017

REMERCIEMENTS

Tout d'abord nous tenons à remercier en tout premier lieu Dieu le tout puissant se nous avoir donné la patience, la force et le courage, pour élaborer ce modeste travail ;

Nous vifs remerciement s'adressent à notre promoteur Monsieur SALMI qui accepte à encadrée dans notre mémoire.

Un merci chaleureux pour Monsieur Zehnati, pour leurs aide, leurs conseils ainsi leurs éclaircissements

Nous plus vifs remerciements vont également à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail mais qui ne sont pas cité ici, nous le remercions tous chaleureusement.

4 Dédicace

Je dédie ce modeste de travail

A mes chères parents que dieu nous les grande en bonne santé

A mes très chères sœur : Hayet ; Samira ; Zahina ; Phahinez ; Lamia

A mon frère : Mohamed

A tous mes amies

Et toute la famille Belmadani

A ma binôme : Nacera ainsi que toute sa famille.

Farida

Dédicace

Je dédie ce modeste de travail

A ma mère qui est toujours avec mes décisions, à mon père

A mes chères sœurs, Farida et Malha, ainsi leurs enfants,

A mes frères

Et toute la famille Aouci, Hadadou et Addadi

A tous mes amies : Lylià et Nadia

A ma binôme : Farida et sa famille.

Nacera

Résumé

Le système de soins Algérienne est toujours organisé autour d'un secteur public dominant à forte logique centralisatrice, il comporte aussi un secteur privé qui n'est pas aujourd'hui marginal.

Le secteur privé de soins en Algérie est passé par deux phase : la première phase ou le secteur privé est conçu comme antagonique au secteur public, dans cette phase le secteur privé à été décourager et les possibilités d'installation sont strictement interdite limitées par la mise en place de certains critères : Service national préalable à l'autorisation d'installation, obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publics, et enfin, zoning dans le souci d'équilibre régional. La deuxième phase ou le secteur privé est conçu comme complémentaire et cela se fait par la suppression des obstacles qui à été mettre sur le secteur privé et aussi par l'autorisation de l'ouverture des cliniques privé.

Le champ de la santé s'est modifie avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public.

Mots clés :

Système de soins. Le secteur privé de soins. Antagonique. Complémentaire. Cliniques privées

Abstract

The Algerian healthcare system is still organized around a dominant public sector with a strong centralizing logic, it also includes a private sector that is not currently marginal.

The private care sector in Algeria has gone through two phases: the first phase or the private sector is conceived as antagonistic to the public sector, in this phase the private sector has been discouraged and the possibilities of installation are strictly prohibited limited by the in place of certain criteria: National service prior to the authorization of installation, obligation of the half-time to palliate the lack of doctors in the public structures, and finally, zoning in the concern of regional balance. The second phase or the private sector is designed as complementary and this is done by removing barriers that have been put on the private sector and also by allowing the opening of private clinics.

The field of health has changed with the emergence and extension of the private sector of for-profit care, especially in its "private clinics" component, putting an end to the hegemony over three decades of the public sector.

Keywords :

Care system. The private sector of care. Antagonistic. Complementary. Private clinics

Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre (01) : Le système de soins en Algérie	
Introduction.....	06
Section (01) : Définition des concepts.....	07
Section (02) : L'organisation de système de soins en Algérie.....	13
Section (03) : La complémentarité entre le privé et public.....	20
Conclusion.....	22
Chapitre (02) : L'évolution de secteur privé de soins en Algérie	
Introduction.....	24
Section (01) : L'évolution historique du secteur privé.....	25
Section (02) : Le secteur privé de soins de 1962 à 1986.....	27
Section (03) : Le secteur privé de soins de 1986 à nos jours.....	30
Conclusion.....	36
Chapitre (03) : L'évolution des infrastructures privées	
Introduction.....	38
Section (01) : L'évolution de la médecine de ville.....	39
Section (02) : L'évolution des établissements privés.....	45
Section (03) : L'évolution des dépenses de secteur privé de soins.....	51
Conclusion.....	55
Conclusion générale.....	57
Bibliographie.....	60
Annexes	
Table des matières	

La liste des abréviations

AGM : Assurances Maladies Gratuit

ALN : Armée Libéralisation National

BM : Banque mondiale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMS : Centre Médical Social

CMT : Centres Médicaux du Travail

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladies

CPM : Chef de Politico Militaire

DGSS : Direction Général des Services de Santé

EHP : Etablissement Hospitalier Privé

EPH : Etablissement Hospitalier Universitaire

EPSP : Etablissement Public Hospitalier à Proximité

EVCI : Esperance de Vie Corrigée de l'Incapacité

FMI : Front Monétaire International

MC : Médico-chirurgicale

MSPRH : Ministère de la Santé ; Population de la Reforme Hospitalier

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

OCDO : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine



Introduction générale

Introduction générale :

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

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

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

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

Depuis longtemps, le secteur sanitaire algérien est sous la tutelle de l'Etat : il se charge de la construction des organismes sanitaires, de l'élaboration des programmes de prévention et de lutte contre les maladies graves... Pour cela, jusqu'à aujourd'hui le secteur sanitaire est toujours entre les mains de l'Etat mais cela n'a pas empêché l'apparition d'un secteur privé où les médecins exercent leur métier à leur propre compte et qui se concrétise, parfois, sous

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

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

Introduction générale

forme de grands hôpitaux dotés d'équipement d'une technologie sophistiquée et où le malade doit payer pour se faire soigner.

De 1962 à 1986, le secteur privé ne correspondait qu'à un nombre restreint des cabinets de ville, ainsi qu'aux «maisons d'accouchement», établissements tenus par des sages-femmes à cause des contraintes qui pesent sur ce secteur. À partir de 1986, le secteur de la santé a été libéralisé et un dispositif législatif a d'abord assoupli les conditions d'installation des médecins libéraux, puis autorisé, en 1988, l'ouverture de cliniques privées. Depuis cette date, et surtout depuis les années 2000, les cliniques privées connaissent un réel développement. Bien qu'en nombre de lits elles correspondent encore à une offre hospitalière réduite, leur émergence, puis leur essor représentent un enjeu important pour l'évolution, voire la reconfiguration du système de santé algérien.

En Algérie, le secteur de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans ses deux composantes «cliniques et hôpitaux privés mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur publics³.

Intérêt et importance de sujet :

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est de déterminer l'évolution du secteur privé de soins en Algérie de 1962 à nos jours. L'objectif ici est dégagé des pistes permettant d'améliorer le fonctionnement du secteur privé et contribuer à l'atteinte des objectifs principaux de toute politique de santé.

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

L'importance de ce sujet se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

³ ZEHNATI AHCÈNE. Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013 n°105/106 P.187. Disponible sur le site : <https://WWW.ajol.info/index.php/cread/article/download/124244/113756>. Consulté le 15/09/2017.

Introduction générale

Motifs de choix du sujet de recherche :

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

Motifs objectif :

Le choix du sujet traité dans cette recherche à été motivé par le fait que :

- L'importance du secteur privé de soins dans le processus de la prise en charge des patients et l'amélioration de qualité de soins en Algérie.
- Une partie importante des travaux de recherche dans le domaine de la santé développée ces dernières années s'est intéressées au développement de secteur privé de soins.
- Manque des travaux universitaires sur le sujet.

Motifs subjectifs :

- C'est pour nous un réel plaisir de traiter ce sujet pour démontrer l'importance du secteur privé dans le système de santé Algérienne.
- En traitant ce sujet nous avons eu l'occasion idéale pour approfondir nos connaissances dans le domaine

Problématique :

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques et hôpitaux privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté ou un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance, de ce fait notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **quelle est la trajectoire ou l'évolution suivie par le secteur privé de soins en Algérie depuis 1962 à nos jours ?**

Introduction générale

Pour mieux cerner la problématique de notre sujet, on a subdivisé cette question centrale en trois sous-questions :

- ✓ Comment le système de santé est organisé en Algérie ?
- ✓ Comment le secteur privé est évolue en Algérie ?
- ✓ Quel est l'importance des cliniques et hôpitaux privées dans le développement de secteur privé de soins en Algérie ?

Méthodologie de la recherche :

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons fait une recherche documentaire basée sur la consultation des ouvrages qui traitent de l'évolution du secteur privé, les travaux universitaires tels que les thèse et mémoires qui traitent les questions liées à notre sujet, l'exploitation des articles et des statistiques publiées par le Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH),et aussi le recours à des textes juridiques et enfin, l'exploitation des sites internet.

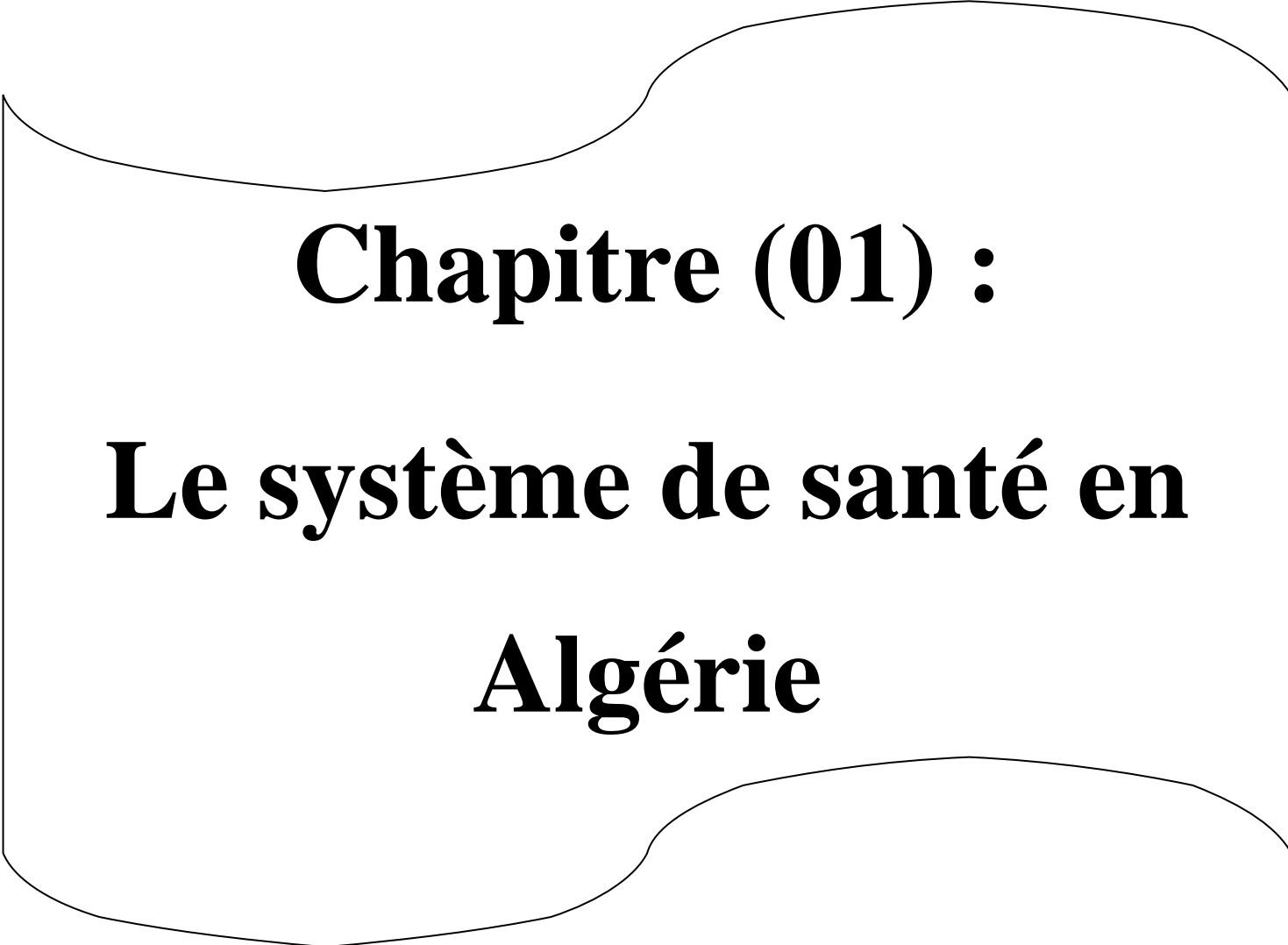
Structure du travail de recherche :

Dans le but de mener à bien notre recherche et en fonction des données disponibles, nous avons structurés notre travail en trois chapitres.

Le premier chapitre (chapitre introductif) est subdivisés en trois section la première portera sur la définition des concepts, la deuxième sur l'organisation du système de soins en Algérie et comme une troisième section on a parlé sur la complémentarité entre le privé et le public.

Le deuxième chapitre va traiter l'évolution du secteur privé de soins en Algérie de 1962 à nos jours, celui-ci va présenter l'évolution historique de secteur privé, dans la deuxième section on va parler sur le secteur privé de soins de 1962 à 1986. Enfin on va parler sur le secteur privé de 1986 à nos jours.

Dans le troisième chapitre on va parler sur l'évolution des infrastructures privées, la première section portera sur l'évolution de la médecine de ville, la deuxième sur l'évolution des établissements privés (cliniques et hôpitaux privées), pour la troisième section il parle sur l'évolution des dépenses de secteur privée de soins.



Chapitre (01) :
Le système de santé en
Algérie

Introduction :

La santé est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels des êtres humains, au point de constituer l'un des indicateurs principaux du développement. En effet, la santé est un facteur de prospérité économique, sociale et culturelle.

Le système de soins Algérien est toujours organisé autour d'un secteur public dominante à forte logique centralisatrice, où l'Etat joue le rôle principal, en étant à la fois le contrôleur, le planificateur et le financeur de l'ensemble du dispositif qui relève ainsi exclusivement du secteur public, il comporte aussi un secteur privé qui n'est plus aujourd'hui marginal, où le rôle de l'Etat se limite à la définition des règles du jeu et aux contrôles réglementaires indispensables. L'activité complémentaire permet sous certaines conditions aux médecins spécialistes de l'hôpital public d'exercer en parallèle dans le secteur privé (clinique et hôpital privée et/ou cabinet médical) ou dans le secteur parapublic à raison d'une journée par semaine.

Afin de développer ces différentes idées, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera les concepts de base. La deuxième section sera consacrée à l'organisation du système de soins en Algérie, et la complémentarité entre le privé et le public.

Section (01) : Définition des concepts

Cette section sera consacrée aux définitions des différents concepts qui nous aideront à mieux cerner notre analyse.

1-1) Définition de la santé :

La santé est revendiquée dans le monde entier, comme un droit fondamental et une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Ce droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu. Selon la déclaration universelle des droits de l'homme : «toutes personnes ont droit à un niveau de vie satisfaisant pour assurer sa santé, son bien-être, notamment pour l'habillement, l'alimentation, le logement et les soins médicaux... etc.¹»

L'OMS a considéré la santé comme combinaison de plusieurs facteurs, donc ce n'est pas uniquement l'absence de la maladie. Selon cette organisation, la santé mentale est définie comme : «Un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.»².

On peut dire que notre santé est détruite dès que nous commençons à ne pas sentir bien dans notre vie. Le bien-être est un ressenti c'est donc une évaluation subjective personnelle, Autrement dit personne d'autre que nous-mêmes, ne peut déterminer de notre état de bien-être, ce dernier peut être détruit et à prendre le chemin de l'apparition de symptômes de maladies.

¹ Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme adopté par les nations unies en décembre 1948. In : BRUNO Palier : "La réforme des systèmes de santé, presses universitaires de France, PARIS, 2004.P.7.

² Organisation mondiale de la santé OMS. La santé mentale : renforcer notre action. Avril 2016

Le système de soins en Algérie

1-2) Définition de système de la santé :

Un système de santé peut se définir comme étant : « Toutes activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé mis à la disposition d'une population donnée et sur l'utilisation de ces services par la population».

Aussi, «Un système de santé est un agencement complexe des activités des professionnels de la santé et des divers agents qui participent à leur financement (soins et autres activités connexes). Les activités financées dépassent le simple cadre des soins (hospitaliers, ambulatoires) et des biens médicaux pour toucher d'autres secteurs liés à la santé, à savoir l'enseignement, l'hygiène, la prévention collective et la recherche».

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) les résultats obtenus par tout système de santé doivent être évalués sur le plan de la qualité et de l'équité au regard de trois objectifs³.

- **L'état de santé de la population**, pour lequel l'indicateur majeur retenu est l'EVC (Espérance de Vie Corrigée de l'Incapacité)
- **La réactivité du système**, soit le respect des droits humains du malade et de ses proches :
 - Respect du malade (respect de la dignité de la personne, confidentialité des informations médicales, possibilité de participer aux choix médicaux...)
 - Possibilité de choisir le prestataire
 - Attention accordée au client (rapidité de la prise en charge, qualité des locaux et de la nourriture à l'hôpital...)
 - Accès à des réseaux d'aide sociale pour les patients et leurs proches en difficulté.
- **L'équité de la contribution financière**, en regard de la capacité financière des personnes
 - Importance du prépaiement (prime ou cotisation) : celui-ci peut engendrer des contraintes d'épargne ou des restrictions de budget excessives chez les ménages concernés.

³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Système_de_santé. Consulté le 23/10/2017.

Le système de soins en Algérie

-Indépendance de la contribution vis-à-vis du risque : le mode de prépaiement ne doit pas être lié à la probabilité de maladie ou à l'utilisation des services de soins.

-Lien entre contribution et capacité de paiement : les formes de prépaiement doivent être progressives ou du moins être proportionnelles au revenu.

De manière synthétique, l'OMS considère⁴ «que les soins de santé sont financés de manière parfaitement équitable si le rapport entre le total des dépenses de santé et le total des dépenses non alimentaires est identique pour tous les ménages, indépendamment de leur revenu, de leur état de santé ou de leur utilisation du système de santé».

1-3) Définition de système de soins :

Système de soins : Dans la définition large qui est donnée du système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes, qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population. Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Cependant, le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins.⁵

On peut schématiquement opposer 2 grands modèles de système de soins :

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

Le système de soins libéral, ou le rôle de l'Etat se limite à la définition des règles du jeu et aux contrôles réglementaires indispensables et ou une large autonomie est laissée à la fois aux usagers et aux professionnels offreurs de soins, le financement du système étant assuré par une offre concurrentielle d'assureurs privés. Si l'utilisateur a le libre choix de souscrire

⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Système_de_santé . Consulté le 23/ 10/2017

⁵ ressources.auneg.fr/.../Les%20modeles%20de%20systeme%20de%20soins.htm. Consulté le 23/10/2017

Le système de soins en Algérie

tel ou tel contrat d'assurance, son accès au système de soins, qui relève exclusivement du secteur privé, est conditionné par le type de contrat souscrit.⁶

1-4) Système national de santé

Le système de santé en Algérie c'est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

Le système de santé en Algérie est basé sur le renforcement du secteur public afin d'assurer un développement réel de la gratuité des soins. Il est piloté par l'Etat, au niveau national comme au niveau régional. Ainsi que même le secteur privé est intégré.

1-5) Définition du secteur privé de soins :

Le secteur privé est généralement défini comme comprenant «tous les prestataires de soins existants en dehors du secteur public, que leur objectif soit philanthropique ou commercial, le traitement de la maladie ou sa prévention». Il inclut donc les prestataires de soins privés à but lucratif (commercial) et les prestataires de soins privés conventionnels à but non lucratif (hôpitaux, centres de santé, cliniques ou centres de diagnostics privés, etc.), ainsi que les praticiens traditionnels et non conventionnels.⁷

Une autre façon de définir le secteur sanitaire privé et d'en établir une typologie serait de se baser sur les activités exercées par les acteurs privés dans le secteur de la santé, car elles sont très variées (voir tableau 1). Elles englobent les hôpitaux privés à but lucratif et non lucratif, les centres de santé, les cliniques, les centres de diagnostic, les associations de la société civile et les organismes de financements privés. Ceci permettrait d'inclure davantage d'acteurs que si on se limitait simplement aux prestataires de soins privés.

⁶ ressources.aunegq.fr/.../Les%20modeles%20de%20systeme%20de%20soins.html. Consulté le 23/10/2017

⁷ digicollection.org/hss/documents/s15952f/s15952f.pdf. Consulté le 29/10/2017

Le système de soins en Algérie

Tableau 01 : Activités du secteur de la santé pouvant être exercées par des acteurs du secteur privé⁸.

Activités	Acteur du secteur privé susceptibles d'exercer ces activités
Prestation de services cliniques (y compris les services de laboratoire et les autres services de diagnostic)	Prestataires de soins privés à but lucratif et non lucratif (y compris les hôpitaux privés, les centres de santé et les cliniques). Guérisseurs traditionnels et sages-femmes. Médecins non conseil et de dépistage volontaires. Cliniques sur le lieu de travail
Distribution de produits médicaux et de produits liés à la santé (par exemple moustiquaires imprégnées d'insecticide, préservatifs, médicaments)	Points de vente au détail d'une manière générale (boutiques et magasins), vendeurs de médicaments et pharmacies
Prestation de services de prévention et de services de soutien psychosocial	Organisations communautaires s'occupant du soutien aux patients souffrant du VIH, communication sur le changement de comportement par l'intermédiaire des employeurs et des associations pour la jeunesse.
Prestation de services de soutien auxiliaires (non cliniques) (tels que les services de blanchisserie, transport, nettoyage) dans les établissements de santé	Entreprises privées à but lucratif
Financement des soins	Employeurs (par l'intermédiaire des régimes d'assurance-maladie financés par les employeurs). Assureurs privés. Régimes d'assurance-

⁸ digicollection.org/hss/documents/s15952f/s15952f.pdf. Consulté le 29/10/2017

Le système de soins en Algérie

	maladie communautaires.
Production, importation et distribution pharmaceutiques	Fabrications et entreprises de l'industrie pharmaceutique important ou vendant en gros les produits pharmaceutiques.
Formation des prestataires de soins médicaux	Etablissements privés de formation médicale et infirmière.

Source : Construit par nos soins

Section(02) : L'organisation du système de soins en Algérie

Le secteur de soins en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie en trois secteurs (un secteur public dominant, un secteur privé en expansion rapide, et un secteur parapublic de plus en plus réduit).

2-1) Le secteur public :

Depuis la réorganisation de 2007, supprimant le secteur sanitaire et individualisant les structures hospitalières du système avec un établissement hospitalo-universitaire (EHU), des centres hospitalo-universitaires(CHU), des établissements hospitaliers spécialisés(EHS), des établissements publics hospitaliers(EPH), et des établissements publics de santé et de proximité(EPSP)⁹.

2-1-1) Le centre hospitalo-universitaire

Le CHU¹⁰ est un établissement public à caractère sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret n°86-25 du 11 février 1986, modifié par le décret n° 86-302 du 16 décembre 1986, et le décret n°97/467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement. Le CHU est créé sur proposition conjointe du ministre de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieure en science médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

2-1-2) Les établissements hospitaliers spécialisés

Créés suite au Décret 97-465 du 2 décembre 1997, ces hôpitaux abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) et peuvent héberger des services universitaires. L'EHS est un établissement public à caractère sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

⁹ CHAOUÏ F, LEGRO M« Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012, p.10.

¹⁰ Décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.

2-1-3) Les établissements publics de santé et de proximité

Sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques. Ces établissements (EPSP) sont des établissements publics à caractère sanitaire de nature juridique, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils constituent le réseau d'établissements de soins de santé de base représentant des circonscriptions géo-sanitaires considérées comme bases opérationnelles de l'action sanitaire couvrant un bassin de population déterminé.

2-1-4) Les établissements publics hospitaliers

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

Les EPH et les EPSP sont des établissements publics à caractère sanitaire¹¹ dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, ils sont placés sous la tutelle du wali.

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

2-2) Le secteur privé

La croissance et l'émergence du secteur privé s'est nourrie des insuffisances et de difficultés du secteur public et aussi suite à la perte de confiance de la part de la population en général et surtout du patient plus précisément¹². La construction d'établissements de soins (cliniques privés ou EHP établissement hospitalier privé nomination officielle Décret 07-321) (Annexe (01)), de cabinets de groupes ou individuel, de laboratoires d'analyses ou de centres de radiographies qui proposent les soins et des examens plus fiables que le secteur public et qui sont destinés à une large couche de la population Algérienne suite à un déficit majeur dans l'offre des prestations sanitaires surtout en matière d'examen biologique, de radiographies

¹¹ L'avant-projet de la loi sanitaire.

¹² BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, mémoire de magistère, sciences politique et relation internationales, Oran : université d'Oran, 2012,p62. Disponible sur : www.univ-oran2.dz/images/these_memoires/FDSP/Magister/TH4018.pdf. Consulté le 15/09/2017

Le système de soins en Algérie

et d'autres consultations spécialisés et actes chirurgicaux, car le système national de santé à provoquer une situation de la liste d'attente qui dure des mois que sa soit pour les consultations spécialisés ou les interventions chirurgicales en plus de maladies chroniques comme les insuffisances rénaux et les cancéreux ou l'on constate une prise en charge insuffisante suite à un déficit en infrastructures et spécialistes dans le domaine de l'oncologie.

En plus le secteur public voit ses compétences professionnelles drainées par le secteur privé et servir comme agents de recrutement de clients auprès de ces établissements privés.

Dans cette situation les frais de prise en charge de la santé du patient relèvent de lui-même, et ces frais ne sont pas remboursables ou ne le sont qu'à titre symbolique. Ceci rend le secteur privé redondant plutôt que d'être complémentaire du secteur public. Les établissements hospitalier privée, poursuivent un but lucratif à travers généralement les cliniques privées et s'investissent plus dans la technicité. Les usagers ont recours au secteur privé, et ce comportement marque un retour de confiance des années 60, car le système de santé devint de mauvaise qualité et d'attente longue.

L'ouverture du champ sanitaire au secteur privé à partir des années 90 à entrainer cette différence et cette rupture totale entre deux secteurs et aussi la perte de confiance de la population dans le système de santé publique.

2-2-1) Les cabinets privés :

Un cabinet médical est un local ou est exercée une profession libérale liée aux soins de santé (exemple : médecin spécialiste, chirurgien-dentiste, pneumologue, radiologue, etc.). Ce médecin proposera dans ses locaux des consultations liés à sa spécialité. Ainsi un médecin gynécologue par exemple, offrira uniquement des consultations en gynécologie¹³.

Une cabine médical sera toujours constitué d'au moins une salle de consultation (qui fera parfois office de bureau pour le médecin spécialiste), d'une salle d'attente pour les patients, et parfois d'un accueil/secrétariat ou un/une secrétaire médical(e) sera présente pour renseigner, prendre les rendez vous des patients¹⁴.

¹³ https://fr.wikipedia.org/wiki/Cabinet_m%C3%A9dical. Consulté le 23/10/2017

¹⁴ https://fr.wikipedia.org/wiki/Cabinet_m%C3%A9dical. Consulté le 23/10/2017

Le système de soins en Algérie

La réalisation d'un cabinet médical privé est soumise à la délivrance préalable d'un permis par le ministère de la santé publique sur la base d'un dossier, et le délai pour se prononcer sur la demande de permis ne peut excéder une période de 3 mois.(Annex 03)

L'implantation du cabinet est déterminée selon la carte sanitaire national après le choix du local une équipe envoyée du ministère pour contrôler ce local sa possibilité de devenir un cabinet médical question d'hygiène, d'équipement, d'emplacement, et des tous cabinets privé est soumis à tout moment au contrôle et à l'inspection technique et sanitaire dans le cadre des lois et règlement. Tout manque de disposition aux conditions le cabinet sera soumis à la sanction.

Cependant un médecin, chirurgien-dentiste ou pharmacien ayant opté pour l'exercice à titre privé doit pouvoir s'installer là ou il désire même dans le voisinage de confrères de même spécialité.

Le respect de la liberté d'installation de tout praticien est le meilleur garant d'une médecine de qualité pour le malade.

Les cabinets privé sont repartir sur tout le territoire national et contribuent à la médecine de ville, mais la majorité sont implantés au grand ville du pays et peuvent être classés comme lieux de soins de premier niveau, car ils n'ont pas mes moyens de prise en charge des urgences, mais plutôt le dépistage, le suivi et l'orientation des malades. Ces cabinets privés sont regroupés en association à caractère spécifique (selon les différentes spécialités surtout, Exp : association des cardiologues, des pédiatres, etc...). A noter que dans la plupart des cas la coordination entre médecins généraliste et médecins spécialistes est insuffisante, voir parfois absente ou inexistante, et cela affecte directement le système de santé et aboutit à une marché totale dans la prise en charge du prestataire de soins, qui devient inefficace avec une hausse de la facture des soins¹⁵.

¹⁵ BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, mémoire de magistère, sciences politique et relation internationales, Oran : université d'Oran, 2012,p64. Disponible sur : www.univ-oran2.dz/images/these_memoires/FDSP/Magister/TH4018.pdf. Consulté le 15/09/2017

2-2-2) Les établissements privés :

On distingue généralement parmi les établissements de soins privés ceux qui poursuivent un but lucratif et ceux dépourvus de but non lucratif.

2-2-2-1) Les établissements privés à but non lucratif

Les établissements privés à but non lucratif ont un statut d'associations, et sont gérés le plus souvent par des mutuelles, des organismes de sécurité sociale ou des fondations. Ils ne sont pas soumis aux règles des marchés publics, même s'il leur est conseillé de s'en inspirer. L'intégralité de leur bénéfice est réinvestie dans l'établissement. Leur mode de financement est identiques à celui des hôpitaux publics et ils en partagent les valeurs et les principes, c'est-à-dire l'égal accès aux soins pour tous, l'assurance d'un accueil jour et nuit, éventuellement en urgence, ou encore la continuité des soins et l'orientation des patients ne disposant pas des conditions nécessaires à la poursuite de leur traitement vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation¹⁶.

2-2-2-2) Les établissements privés à but lucratif (cliniques privées)

Les cliniques privées sont des sociétés commerciales, créées avec des capitaux privés et soumises au droit privé : les praticiens y exercent en libéral.

Les cliniques privées passent contrat avec les médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. Ces médecins ont un statut d'exercice libéral et perçoivent donc directement la rémunération correspondant aux actes médicaux qu'ils réalisent. Pour le patient, le remboursement des soins s'effectue de deux façons, selon que l'établissement est conventionné ou pas :

-dans les cliniques conventionnées : règlement direct à la clinique par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie(CPAM) à hauteur du tarif conventionnel.

¹⁶ KESSAS Zakia, L'application du Marketing des services dans les établissements hospitaliers privés «Comment atteindre la satisfaction des patient». Mémoire de Magister, Tlemcen : Université Abbou bakr BELKAID de Tlemcen, FSEGC, 2011, P.19. Disponible sur : dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/746/1/KESSAS-Zakia.mag.pdf

Le système de soins en Algérie

-dans les cliniques agréées (non conventionnées) : le patient paie et se fait rembourser par la CPAM à hauteur du tarif conventionnel¹⁷.

D'après le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées :

- ✓ La réalisation d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'un permis par le ministère de la santé publique sur la base d'un dossier visé par le wali. (annex01)
- ✓ Le délai imparti pour ce prononcé sur la demande de permis ne saurait, en aucun cas, excéder une période de 3 mois.
- ✓ L'implantation de la clinique est déterminée en fonction de la carte sanitaire nationale le permis en précise l'emplacement.
- ✓ L'autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali après constatation de la conformité des lieux et installations aux normes et conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.
- ✓ La capacité de la clinique doit être quinze à quatre-vingt dix lits.
- ✓ La clinique est placée sous la d'érection effective et permanente d'un médecin.
- ✓ Les activités médicales, chirurgicales et d'exploitation sont assurées par des praticiens qualifiés les activités des auxiliaires médicaux sont assurées sans le contrôle de praticiens médicaux.
- ✓ Toute clinique est soumise à tout moment au contrôle et à l'inspection technique et sanitaire dans le cadre des lois et règlement
- ✓ Le moment des prestations effectuées dans les cliniques sont remboursées à l'assuré social dans les conditions et limites fixées par la législation et la réglementation.
- ✓ Les manquements aux dispositions relatives aux normes et conditions de fonctionnement des cliniques sont sanctionnés.

¹⁷ p.1 KESSAS Zakia, L'application du Marketing des services dans les établissements hospitaliers privés «Comment atteindre la satisfaction des patient». Mémoire de Magister, Tlemcen : Université Abbou bakr BELKAID de Tlemcen, FSEGC, 2011, P.19. Disponible sur : dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/746/1/KESSAS-Zakia.mag.pdf

2-3) Le secteur parapublic

Ce secteur a connu une régression rapide à partir des années 1980, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On y dénombre aujourd'hui quelques centres médico-sociaux(CMS), créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques et réservés à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est négligeable.

Le renforcement des liens entre hôpital comme hyper structure de dernier recours et de soins lourds avec les structures sanitaires de bases n'est pas clairement défini, cette articulation doit être clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgence.

Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins de ville assurée par les médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé. Un renforcement des liens entre hôpital et la médecine de ville, cette articulation est clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgence¹⁸.

Celle-ci est définie par la loi comme «une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication» qui permet «d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients»¹⁹.

¹⁸BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, mémoire de magistère, sciences politique et relation internationales, Oran : université d'Oran, 2012, p64. Disponible sur : www.univ-oran2.dz/images/these_memoires/FDSP/Magister/TH4018.pdf. Consulté le 15/09/2017

¹⁹BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, mémoire de magistère, sciences politique et relation internationales, Oran : université d'Oran, 2012, p64. Disponible sur : www.univ-oran2.dz/images/these_memoires/FDSP/Magister/TH4018.pdf. Consulté le 15/09/2017

Section (03) : La complémentarité entre le privé et le public

Une des conséquences de l'ouverture du secteur de la santé est le transfert de ressources qualifiées vers le secteur privé. La migration des professionnels du secteur public vers le secteur privé plus rémunérateur a pris des proportions alarmantes. C'est ainsi qu'un grand nombre de spécialistes exerce dans le secteur privé des soins (57% en 2008). Le personnel hospitalier public a investi activement le secteur privé au titre de deux dispositifs « l'activité complémentaire » et « l'activité lucrative ». L'activité complémentaire permet sous certaines conditions aux médecins spécialistes de l'hôpital public d'exercer en parallèle dans le secteur privé (clinique privée et/ou cabinet médical) ou dans le secteur parapublic à raison d'une journée par semaine. Quant à l'activité lucrative, elle autorise les praticiens hospitalo-universitaires et les praticiens spécialistes de santé publique y compris ceux occupant les postes de chef de service et de chef d'unité sont autorisés à exercer dans les structures privées une activité lucrative les week-ends et les jours fériés. Les fonctions de chef de service et de chef d'unité n'ouvrent droit qu'à l'activité lucrative. La poussée du secteur privé provoque même un effet d'éviction vis-à-vis de l'hôpital public en certaines pathologies fortement lucratives²⁰.

La question de la complémentarité entre les deux secteurs est très importante car elle soulève des interrogations sur les politiques publiques à conduire. Les pratiques des professionnels de la santé jouent souvent sur les deux secteurs pour maximiser leurs activités et revenus. Il faut savoir de quelle complémentarité on parle. Celle au profit de la santé publique et de la prise en charge de qualité des patients ou celle centrée sur les intérêts de groupes de professionnels ou d'investisseurs dans le secteur de la santé. Dans tous les cas, il n'a plus de murs entre les deux secteurs.

S'il y a du public dans le privé à travers la double activité des médecins du secteur public, il y a aussi du privé dans le public à travers les conventions dont disposent les médecins libéraux dans les régions qui accusent un déficit en médecine spécialistes. Le système public de soins ne peut être considéré isolément, il s'insère dans un ensemble complexe de relations avec le privé dans sa diversité. En Algérie, comme dans de nombreux pays, les acteurs du système de santé sont nombreux et diversifiés avec des statuts qui varient. Le problème est l'existence ou non d'une régulation avec des mécanismes explicites et solides

²⁰ ZEHNATI Ahcène. Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un Nouvel Acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013, n° 105/106, p. 188-189.

Le système de soins en Algérie

d'incitations, d'équité de l'accès aux soins, d'efficacité de l'allocation des ressources et de pérennité du financement. Il n'existe en Algérie aucune description cohérente des relations entre le public et le privé dans le secteur de la santé permettant d'asseoir les discussions sur des bases communes. La complémentarité du secteur public et privé ou les deux parties seront gagnantes doit passer par l'élaboration d'une stratégie de santé et ensuite d'un cahier des charges bien détaillé pour valoriser les apports de chaque secteur et acteur et pour éviter les risques de dérives.

Conclusion :

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

L'Algérie comme tous les pays en voies de développement a accomplie des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population par l'ensemble des choix stratégiques des secteurs publics, parapublics et privés, pour améliorer l'état de santé des populations qui sont sous leur responsabilité.

La complémentarité entre le secteur public et privé se fait par l'exercice des professionnels de santé public dans le privé.

Chapitre (02) :

**L'évolution du secteur
privé de soins**

Introduction :

Le secteur privé libéral dans sa composante «médecine de ville» a toujours existé à l'ombre d'un secteur public dominant. Il a évolué au gré des compromis entre les médecins et les pouvoirs publics. Un détour historique est nécessaire pour retracer le processus de sa formation.

Au lendemain de l'indépendance, il a été considéré comme antagonique au secteur public. L'étatisation ainsi amorcée paraît comme une sanction à son égard dans une société socialiste en construction. De 1962 à 1980, c'est une période d'intégration plus au moins forcée de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a eu une nette consécration de l'exercice à titre privé et le début d'une phase d'intégration consensuelle qui va aller jusqu'à 1986 à partir de cette date toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation de la mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning. Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins.

Ce deuxième chapitre présente dans sa première section l'évolution historique de secteur privé, la deuxième section focalise sur l'évolution du secteur privé de soins de 1962 à 1986. La fin de chapitre consacrée à l'évolution de secteur privé de soins de 1986 à nos jours.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

Section (01) : L'évolution historique de secteur privé

1-1) L'organisation médicale coloniale :

Avant le colonialisme (1830), il n'existait aucune forme d'organisation sanitaire au sens propre du terme en Algérie ainsi qu'une absence d'information sur l'état de santé de la population, tandis que la médecine traditionnelle était dominante, situation identique à toute la région méditerranéenne.

Pour ce qui est de l'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale, elle se distingue par trois périodes.

Pour la première (1830-1850), c'est une période militaire ; la distribution des soins était assurée là où l'armée était présente.

La période se trouvant après 1850 se caractérise par une organisation d'une médecine de colonisation. Son but est d'attirer des médecins civils pour s'installer dans les villes (ouverture des cabinets).

Les petits hôpitaux qui existaient étaient pour les militaires européens et algériens de service, c'est ainsi qu'en 1904 qu'on remarque la création des corps "auxiliaires médicaux indigènes", "les médecins communaux", en 1906 on a "les cliniques coloniales", chargées de soigner les personnes dont les revenus ne permettent pas de régler les frais médicaux qu'ils soient colons ou indigènes.

La période (1945-1962) à cause de l'inefficacité de l'organisation de la période précédente, de véritables réformes touchent les infrastructures ainsi que la formation du personnel médical mais toujours en faveur de l'extension du régime français de sécurité sociale en Algérie.

1-2) Genèse de la médecine libérale

L'apparition de la médecine libérale en Algérie pour la première fois était durant la deuxième moitié du 19ème siècle par le biais du colonialisme destinée aux médecins de la métropole et pour encourager les installations à titre privé.

Cette médecine avait pour but aussi la prise en charge des besoins de la population européens et les algériens de service.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

Le développement de ce type de médecine était essentiellement dans les centres urbains ou résidait l'européen ainsi qu'aux rares algériens de famille bourgeoise.

A la veille de l'indépendance (1962), le nombre de médecine privés était estimé de 1800 dont 100 algériens.

Ce qu'on peut dire comme conclusion, que durant cette période coloniale l'organisation de la distribution des soins en Algérie avait pour objectif de servir l'occupant désireux de fournir une prestation de qualité aux militaires et aux colons ainsi qu'aux algériens de service, et la prédominance du secteur privé dans l'organisation sanitaire générale.

Section (02) : Le secteur privé de soins de 1962 à 1986 (Le secteur privé est conçu comme antagonique au secteur public).

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

2-1) L'autorisation de s'installer : elle est obligatoire et est délivrée par une commission centrale d'affectation des médecins siégeant au niveau du ministre. Un des objectifs affichés à cet égard est de parvenir à un meilleur équilibre régional, mais aussi de faire fonctionner toutes les structures publiques de l'intérieur du pays. Il ne faut pas oublier que l'Algérie s'est vidée de tous ses cadres, donc aussi des médecins (quasi tous Français) au lendemain de son Indépendance. Les nouvelles promotions de médecins ne semblent pas disposées à aller s'installer à l'intérieur du pays, qui en manque cruellement, encore moins à travailler dans des structures publiques. Il fallu leur forcer la main au départ, et même par la suite, mais de façon différente¹.

2-2) La modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé : la mi-temps s'inscrit, elle aussi, dans la même démarche, et la même vision de couverture du pays de structures publiques de façon équilibrée.

L'instauration de la gratuité en 1974 ne concernait explicitement que le secteur public. Elle ne touche pas le secteur privé. A partir de 1976, les médecins doivent, théoriquement, choisir entre le "régime du plein-temps" et le "régime de la mi-temps". En 1977, d'importants mouvements de grève des praticiens exerçant dans les structures publiques reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération, jugées peu attractives. En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement et fortement gonflé, suite au desserrement de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicales, opéré par la réforme universitaire de 1970. Elle concerne en fait, toutes les études supérieures et donc les conditions d'accès à l'Université. Un choix "définitif" est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendu plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. C'est

¹ OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p. 49

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

peut-être l'une des mesures qui aura le plus d'influence dans la constitution du corps hospitalo-universitaire sur lequel vont faire pression tous les spécialistes, affectés d'office aux hôpitaux, et expliquer la pression des malades sur les consultations externes organisées à leur niveau. Il faut préciser que les médecins spécialistes non seulement n'étaient pas, ou très peu, autorisés alors à s'installer, mais aussi peu nombreux...Il n'y en a (presque) pas en ville pendant longtemps. Actuellement, ils sont en pléthore dans les grandes villes².

2-3) La mise en place d'un zoning : l'exercice à titre privé des professionnels de la santé, maintenu implicitement puis explicitement, cesse, à partir de 1980, d'être un privilège "octroyé" pour devenir un choix offert y compris aux hospitalo-universitaires. Cette possibilité reste toutefois tout à fait théorique pour ces derniers, dans la mesure où leur sont interdites les installations dans les villes universitaires qui constituent les lieux de localisation privilégiée de leur clientèle, par suite de la mise en place d'un "zoning". Ce dernier comporte aussi une modulation de la durée du service civil (de deux à cinq ans) compte tenu de quatre zones géographiques, à priorité croissante, en fonction de leur situation jugée plus ou moins "défavorisées". La zone une, jugée prioritaire parce que la plus défavorisée, donnant lieu au service civil le plus écourté. Cela attire fortement les candidats à l'installation rapide, mais provoque une plus grande instabilité des personnels au sein du secteur public au niveau de ces régions. Cette politique, cependant, n'arrive pas toujours à pourvoir tous les postes créés, suite à la multiplication rapide de des hôpitaux et des services spécialisés³.

Dans la réalité, on peut dire que de 1962 à 1980, c'est une période d'intégration, plus ou moins forcée, de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a une nette consécration de l'exercice à titre privé, et le début d'une phase d'intégration consensuelle qui va aller jusqu'en 1986⁴.

² OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p. 49-50

³ OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p.50-51.

⁴ Ibid.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

Pour mieux expliquer, les deux tableaux qui suivent montrent le traitement des praticiens avant 1982 du secteur public.

Tableau (02) : Révolution en 1982 de ces traitements

Corps	Rémunération en dinars
Spécialistes	6500
Médecins	3700
Pharmaciens et Chirugiens Dentiste	3500

Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

Tableau (03) : Traitements moyens de praticiens après 1982

Corps	Rémunération en dinars
Spécialistes	9000
Médecins	7000
Pharmaciens et Chirugiens Dentistes	5000

Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

En 1982, une circulaire diffusé qui permet à l'ensemble des catégories de praticiens généralistes et spécialistes de santé publique à opter soit pour l'exercice public avec amélioration de 1000 dinars ou bien l'exercice à titre privé avoir passé le service civil. Le nombre de médecins installés à titre privé entre 1979-1983 est de 1200 médecins, 300 chirurgiens dentistes et 250 pharmaciens.

Section (03) : Le secteur privé de soins de 1986 à nos jours (Le secteur privé est conçu comme un complémentaire au secteur public).

Le secteur privé de soins en Algérie dans cette période s'est faite en deux étapes⁵ :

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

Cette privatisation de l'exercice s'est faite sur la base de reconduction des ces principes: paiement à l'acte, pas de frein ni de mécanismes de régulateurs sur les prescriptions⁶.

3-1) La suppression des contraintes de secteur privé :

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

⁵ ZIANI, Zouina. La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie : Références à des expériences étrangère et enquête auprès des médecins libéraux de la Wilaya de Bejaïa. Mémoire de Master. Economie de la santé. Bejaïa : Université ABDERAHMANE MIRA, 2013, p. 24

⁶ OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs «ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé», CREAD N°41 1997. P. 89.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

depuis la réforme des études médicales en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédical mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucraté où les dysfonctionnements sont multiples⁷.

L'articulation public-privé prend une tout autre dimension et un sens totalement différent. La privatisation est alors souhaitée et encouragée dans un mouvement d'ensemble de l'économie et de la société. On oublie cependant qu'en matière de santé, de prescriptions médicales et de consommation de soins, les déterminants de la consommation et les arbitrages ne relèvent point du marché, donc de la demande (les malades) suite aux caractéristiques fortes et de l'offre (réglementée, monopole) et de la demande (biens vitaux, asymétrie de l'information en la matière), dans le contexte d'une consommation quasi totalement socialisée par l'offre (gratuité) et la demande (Assurances sociales...)⁸.

Tableau (04) : Répartition des praticiens privés par catégorie (1988)

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

Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

D'après ce tableau on remarque le poids important de la médecine privée par rapport au secteur public mais il reste toujours ce dernier le secteur dominant dans le système de la santé.

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

⁷ ZEHNATI AHCÈNE. Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un Nouvel Acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013, n° 105/106, p. 194-195.

⁸ OUFRIHA F.Z, Système de santé et population en Algérie. Ed ANEP. Alger 2002, p. 51

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

Tableau (05) : Répartition territoriale des praticiens privés

Catégorie	Alger	Oran	Constantine	Annaba	Tlemcen
Médecins	613	239	117	97	71
Chirurgiens dentistes	287	70	28	32	32
Pharmaciens	182	36	18	39	45
Total	1082	345	163	168	148

Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

3-2) L'ouverture des cliniques privées :

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins⁹. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer.

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

⁹ Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

des stratégies d'écrémage des risques et se positionnent sur les activités fortement lucratives (la chirurgie dans tous ses segments et les spécialités conventionnées). Elles exploitent donc à leur profit des niches d'activités. Cette situation a induit un relatif partage des activités entre les secteurs public et privé¹⁰.

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

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

Depuis la mise en place de la nouvelle carte sanitaire en 2007, les cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)¹¹. L'article 2 du décret exécutif n° 07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes: la consultation ; l'exploration et le diagnostic ; les urgences médicales et / ou médico-chirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical¹². (Annex 03)

¹⁰ www.cci-oran.dz/media/evenement/resume.conference.zehnati.medecins.gras.pdf

¹¹ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

¹² ZEHNATI Ahcène. Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un Nouvel Acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013, n° 105/106, p. 196-197.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

Tableau (06) : L'évolution de cliniques privées de 2002 à 2015

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

Source : Construit par nos soins à partir des données du MSPRH

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

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

La réalisation de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administrative et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation les activités et les actes prévus¹³.(Annexe 03)

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

¹³ Article 8 de décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

L'évolution du secteur privé de soins en Algérie

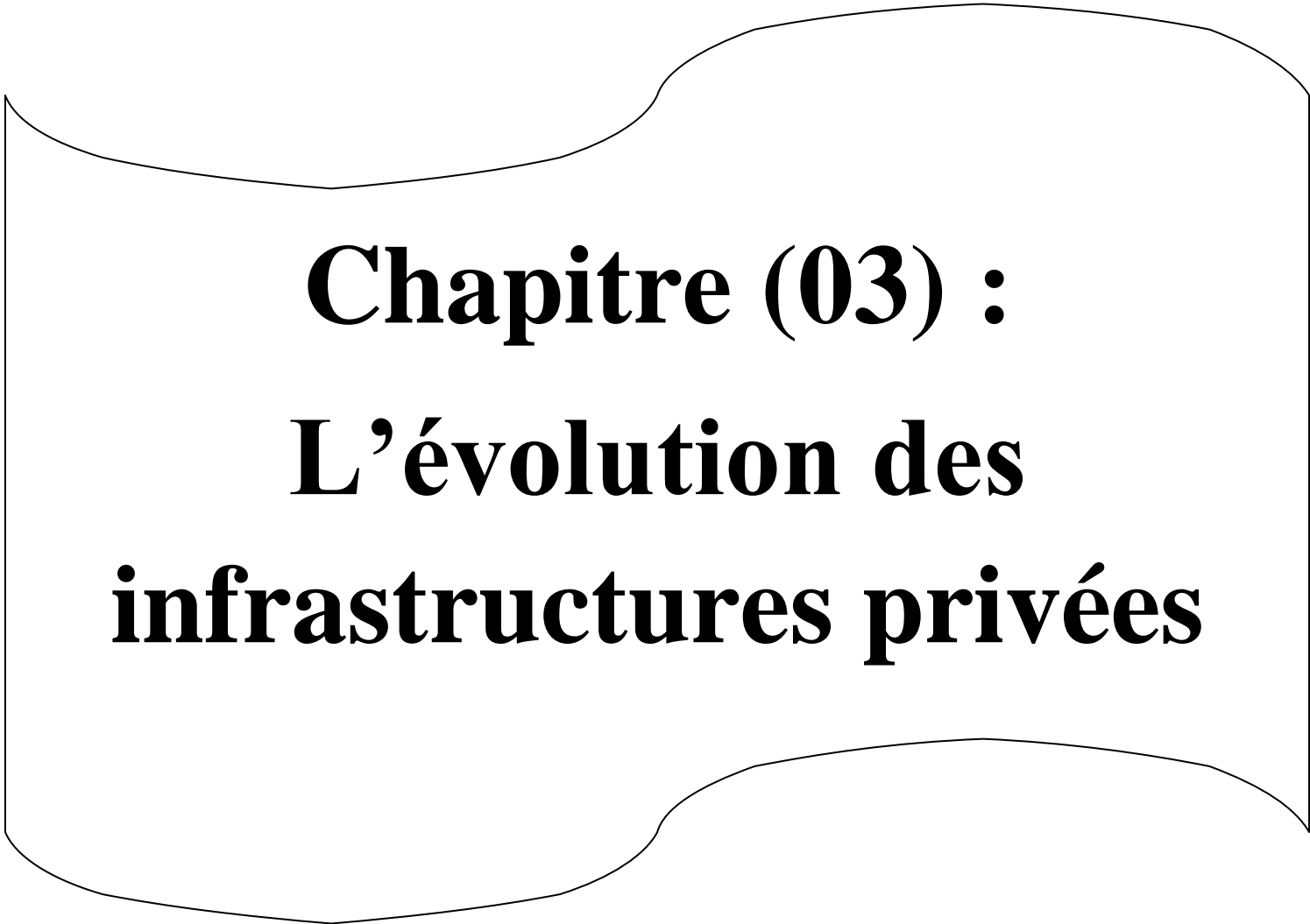
De telles attitudes ne font qu'accentuer l'inégalité de l'accès aux soins et risquent de participer au développement d'une médecine à deux vitesses. La médecine du secteur public accueillant les demandes de soins ayant des relations informelles avec les personnes de ces structures ; il s'agit rarement de patient démunis. Le secteur privé des soins sera ouvert à deux catégories de demandeurs de soins : le patients solvables, qu'ils soient couverts ou non par l'assurance maladie, à la recherche de plus de confort et d'une plus grande qualité dans l'accueil et la prise en charge, et qui sont généralement insensibles aux dépenses. L'autre catégorie de patients optant pour des soins des prestataires privés sera celle des gens rencontrant des entraves pour l'accès aux structures publiques, même couvert par l'assurance maladie, et qui se trouvent contraint de s'orienter vers la médecine libérale, malgré la lourdeur des dépenses dépassant leurs capacités.

Conclusion :

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

Il y a lieu d'analyser la démographie médicale dès l'indépendance jusqu'à nos jours ou il semble qu'il y a un déséquilibre entre les effectifs croissants et les infrastructures qui ont peu évolués. En termes économiques du marché, l'offre ne correspond pas à la demande. Comme un deuxième facteur, il s'agit d'analyser la contrainte financière après la mise en place du budget global qui est à la charge de l'Etat, et la croissance marquée des dépenses d'une année à l'autre les recettes ne peuvent plus couvrir ces dépenses.

Alors, la situation du secteur public, le nombre des postes budgétaires hospitalo-universitaires et de santé publique étant limité a entraîné une forte croissance du corps médical privé.



Chapitre (03) :
L'évolution des
infrastructures privées

Introduction :

Les infrastructures sanitaire est l'ensemble des établissements et des services de santé mis en place pour l'amélioration de la santé des populations.

En Algérie, le secteur privé libéral dans sa composante «médecine de ville» a toujours existe à l'ombre d'un secteur public dominant. Les insuffisances des services du secteur public ont entraîné un développement rapide de secteur privé par la multiplication de la médecine de ville sur tout le territoire national et aussi par l'autorisation d'ouverture des cliniques et des hôpitaux privés qui ont évoluent très rapidement sur tout le territoire national. La multiplication de secteur privé en Algérie entraîné la croissance rapide des dépenses de santé privé avec acuité ces dernière années.

Pour arriver à terminer notre travaille nous avons abordé les étapes suivantes : dans la première section, nous présentons l'évolution de la médecine de ville, dans la deuxième section, on a parlé sur l'évolution des établissements privés, enfin, l'évolution des dépenses de secteur privé de soins.

Section (01) : L'évolution de la médecine de ville

Les médecins libéraux exercent au sein d'un cabinet médical où ils travaillent seuls ou avec confrères. Les deux éléments qui définissent la médecine libérale sont l'indépendance et la responsabilité.

1-1) La réglementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirurgiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes :

La privatisation de l'exercice médical en Algérie est déclarée officiellement par les articles suivants : art. 197- 202 sur les conditions et régimes d'exercice de professions de santé à titre privé, suivant de l'article 203 qui précise en particulier, à réaliser une couverture sanitaire nationale équilibrée, et ce, dans la cadre de la carte sanitaire, décret du 15 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé¹.

Jusqu'à nos jours, aucune loi n'est instaurée pour le suivi des ces installations à titres privés, d'ailleurs aucune forma de régulation n'a été déjà faite pour le régime privé de l'exercice libéral, les seules sanctions que peut subir un médecin exerçant à titre privé est une fermeture de son cabinet qui ne dépasse pas les trois mois suite à une faute professionnelle médicale².

En plus de la quasi inexistence d'un cadre de régulation pour la médecine libérale en Algérie, la carte sanitaire, qui est considérée comme étant un outil de planification quantitative, dans la mesure où elle détermine la nature et l'importance des moyens, des installations et des équipements sanitaires à mettre en place dans une région ou dans un territoire, n'intègre pas le secteur privé (médecine libérale et cliniques privées).

¹ ZIANI, Zouina. La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie : Références à des expériences étrangère et enquête auprès des médecins libéraux de la Wilaya de Bejaia. Mémoire de Master. Economie de la santé. Bejaia : Université ABDERAHMANE MIRA, 2013, p.25.

² D'après l'entretien auprès du responsable de la sous-direction de la médecine privé au niveau du MSPRH qui à lieu le 6 et le 20 mai 2017.

L'évolution des infrastructures privées

Aujourd'hui, on ne peut plus parler de planification sanitaire pertinente sans la prise en compte du secteur privé qui concentre à lui seul plus de 60% des médecins spécialistes. On peut dire donc cette situation est à l'origine d'une mauvaise répartition spatiale des professionnels de santé³.

1-2) L'offre de soins

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

Tableau (07) : Répartitions des spécialistes libéraux sur le territoire 1999-2006

Wilaya	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	Taux de croissance
ADRAR	2	2	2	2	2	2	6	16.99%%
CHELF	19	19	19	19	29	27	33	8.21%
LAGHOUCHE	9	8	10	10	11	14	36	21.90%
OU M'EL BOUGH	32	31	34	40	38	40	56	8.32%
BATNA	63	72	72	72	72	81	79	3.29%
BEJAIA	89	96	98	108	107	108	105	2.39%
BISKRA	36	40	43	43	46	48	38	0.78%
BECHAR	12	9	9	9	12	18	23	9.74%
BLIDA	73	79	94	95	96	105	131	8.71%
BOUIRA	32	34	39	40	39	44	110	19.29%
TAMENRASET	1	1	2	2	2	4	7	32.05%
TBESSA	21	23	25	25	24	24	46	11.85%
TLEMCENE	90	102	103	117	100	103	99	10.37%
TIARET	21	25	21	23	27	26	38	8.84%
TIZI OUZOU	107	117	118	120	111	116	107	0.00%
ALGER	445	491	574	581	683	723	759	7.93%
DJELFA	22	21	21	18	21	24	49	12.12%
JIJEL	40	44	43	36	42	47	46	2.02%
SETIF	79	76	85	87	114	99	126	6.90%
SAIDA	14	15	16	18	18	22	20	5.23%
SKIKDA	41	44	47	49	52	51	53	3.74%
SIDIBELABES	29	33	42	45	46	49	48	7.46%
ANNABA	70	73	73	72	98	105	94	4.30%

³ GALOUL. A « Contribution à l'étude des déterminants de la répartition géographique des professionnels de santé : cas des omnipraticiens de la wilaya de Bejaïa » mémoire en science économiques, Université de Bejaïa 2012. P. 52

L'évolution des infrastructures privées

GUELMA	22	26	25	25	22	27	22	0.00%
CONSTANTINE	117	119	124	133	145	168	153	3.91%
MEDEA	21	20	19	20	25	28	29	4.72%
MOSTAGANEM	33	36	38	41	45	43	38	2.04%
MSILA	27	27	33	19	35	33	41	6.15%
MASCARA	17	34	14	36	40	42	47	8.24%
OUARGLA	23	23	26	23	23	25	33	5.29%
ORAN	149	167	187	196	181	195	197	4.07%
ELBAYADH	5	5	6	6	5	12	9	8.76%
BORDJ-BOU-ARRERIDJ	34	38	38	37	43	41	37	1.22%
BOUMERDES	37	41	47	45	48	49	53	5.27%
ELTAREF	10	13	14	13	14	15	14	4.29%
TINDOUF	0	0	0	0	0	1	1	-
TESSEMSILT	5	6	6	5	5	5	6	2.64%
ELOUAD	12	14	15	18	19	23	20	7.57%
KHENCHLA	10	12	14	17	19	20	18	8.67%
SOUKAHRAS	11	11	12	11	17	15	16	5.50%
TIPAZA	34	29	33	33	31	39	38	1.60%
MILA	32	35	36	38	42	44	39	2.87%
AINDEFLA	20	24	25	25	27	27	27	4.38%
NAAMA	11	11	14	14	13	14	12	1.25%
AINTEMOUCHENT	24	27	29	29	27	28	27	1.70%
GHARDAIA	12	12	12	13	14	15	15	3.24%
RELIZANE	16	16	20	20	24	25	29	8.87%
TATAL	2039	2201	2377	2448	2654	2815	3030	5.82%

Source : MSPRH

Les évolutions sont très contrastées, et on peut dégager les profils suivants :

Certaines wilayas ont connu une stagnation des effectifs, à l'exemple de Tizi-Ouzou où le nombre de médecins spécialistes en 1999 est le même que celui enregistré en 2006. Un pic de 120 médecins a été enregistré en 2002. Un mouvement à la baisse a caractérisé le reste de la période. Le taux de croissance annuel moyen sur la période est nul. On peut penser que la région est saturée, et qu'un mouvement de désinstallation est à l'œuvre. Les wilayas de Guelma et de Biskra présentent les mêmes tendances, l'effectif de l'année 1999 est resté inchangé en 2006.

D'autres wilayas affichent un taux de progression très faible, une à deux, voire trois nouvelles installations ont été enregistré entre 1999 et 2006. C'est le cas notamment des wilayas de Ghardaïa, Ain timouchent, Naama, Eltaref, Tipaza,...

L'évolution des infrastructures privées

Les wilayas du sud ne sont pas nanties en spécialistes médicaux. La wilaya d'Adrar dispose de deux spécialistes seulement en exercice libéral entre 1999 et 2004, ce n'est qu'en 2006 que ce nombre est porté à 6. Les wilayas de Tindouf et d'Illizi disposent d'un seul spécialiste installé en 2004. Quant à Tamanrasset, l'effectif est passé d'un médecin en 1999 à 7 praticiens en 2006.

Les grandes métropoles urbaines affichent des taux de croissance de l'ordre de 4,3%, 4,07% et 3,91% respectivement pour les wilayas d'Annaba, Oran et Constantine. Par ailleurs, la wilaya d'Alger fait figure d'exception car elle a enregistré un taux de croissance annuel moyen de l'ordre de 7,95% sur la période, où le nombre de spécialiste est passé de 445 à 759. Elle s'accapare de presque 25 % des effectifs des vingt spécialités médicales étudiées ; elle attire donc le plus grand nombre de spécialistes médicaux. Cette situation peut être expliquée par la forte densité démographique et aussi par la présence d'une offre publique de soins conséquente, mais aussi par la présence de facultés de médecine.

Enfin quatre wilayas affichent les taux de progression les plus forts sur la période. Le nombre de médecins spécialistes a été multiplié par 4 à Laghouat et par 3,5 à Bouira. D'autres wilayas connaissent des évolutions importantes à l'instar de Tébessa et de Djelfa, où l'effectif a plus que doublé sur la période.

Tableau (08) : Evolution de cabinets privés 1995 - 2015

Praticiens	1995	1997	2002	2012	2015	Taux de croissance 2012-2015
Généralistes	4950	5067	6185	6455	6814	5.56
Spécialistes	2528	3111	5216	6748	8338	23.56
Total des Médecins	7478	8178	11401	13203	15152	14.76
Chirurgiens dentistes	2473	2697	3747	5290	6115	—

Source : MSPRH et calcul personnel.

De nos jours, le secteur privé est en nette expansion. L'effectif des médecins du secteur privé a augmenté d'une façon spectaculaire. En 3 ans, il est passé de 13203 à 15152 soit un taux de (14.76%).

L'évolution des infrastructures privées

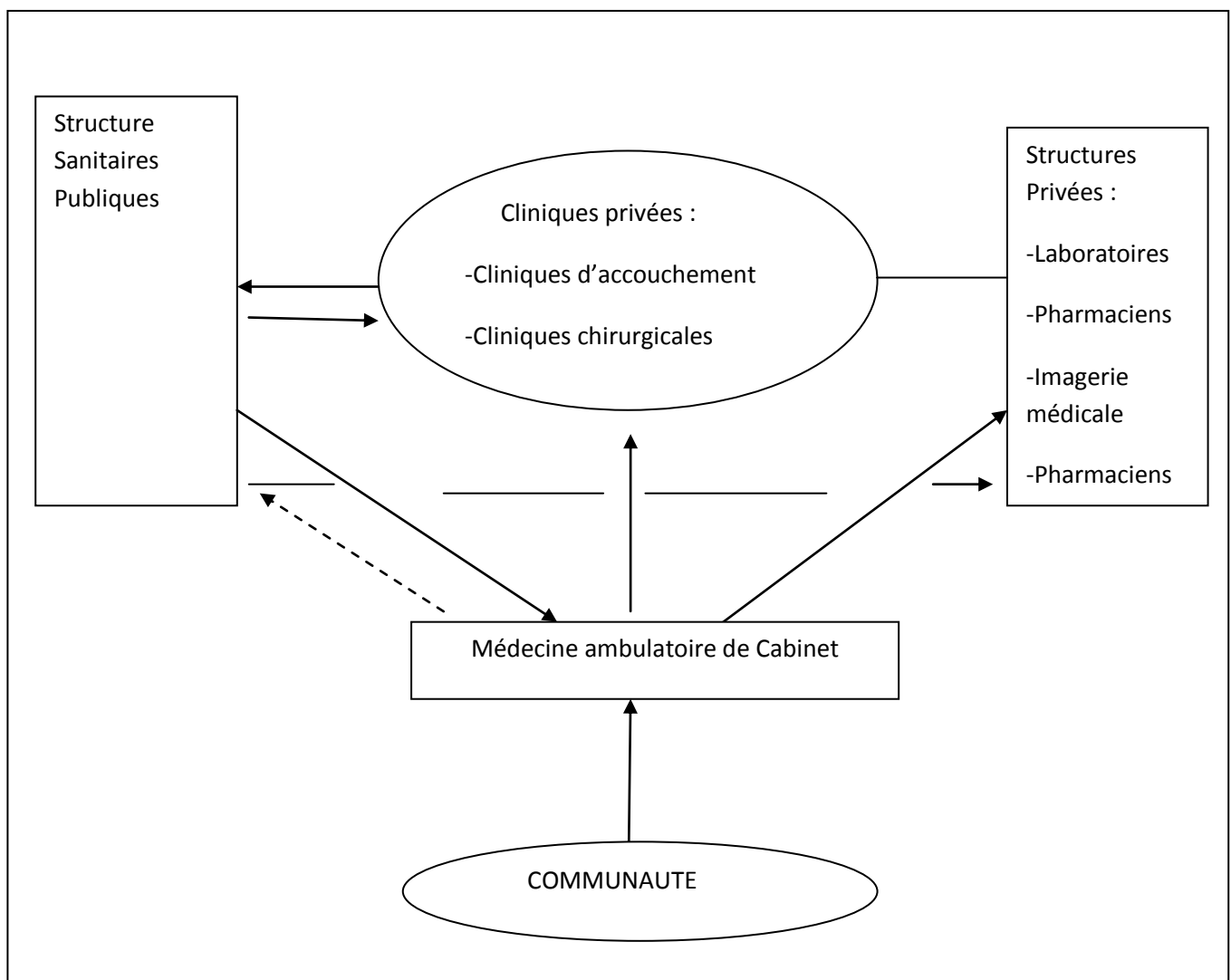
Pour les généralistes, le taux de croissance n'est d'aucune importance, en 3 ans on note un taux de (5.56%), ce qui explique la tendance de spécialisation.

Dans le domaine des équipements médicaux, particulièrement en matière d'imagerie médicale, le secteur privé ne cesse de déployer ses capacités : ainsi en 2003, il détient 89% scanners, 45% des échographes et 17% des radios. S'agissant des équipements chirurgicaux, il détient 14% des blocs opératoires du système de soins.

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

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

Figure n° 1 : Le réseau privé des soins



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

L'évolution des infrastructures privées

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

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

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

Section (02) : L'évolution des établissements privés

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

2-1) Un cadre légal assez peu contraignant :

Les cliniques privées sont autorisées en Algérie depuis une loi de 1988⁴ qui a été suivie jusqu'en 2007 de décrets et d'arrêtés précisant, par exemple, les formes juridiques possibles de ces établissements, la composition de leur conseil d'administration, leur capacité d'accueil ou des normes techniques et sanitaires. Les conditions de fonctionnement réglementaires restent très générales : disposer d'un règlement intérieur, avoir un personnel en nombre suffisant, déclarer nominativement le personnel médical et paramédical, etc⁵.

En 2007, une nouvelle carte sanitaire est mise en place en Algérie. Elle cherche à renforcer les soins de base, redéfinit la hiérarchisation des établissements publics. Si, dans ce cadre, quelques précisions sont encore apportées sur la nature et le statut juridique des cliniques privées, désormais dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)⁶, l'offre hospitalière privée n'est absolument pas intégrée, ni contrainte, dans cette nouvelle structuration de l'offre hospitalière⁷.

Deux catégories d'établissement ont fait l'objet de textes spécifiques, les cliniques d'accouchement et les centres d'hémodialyse. Les cliniques d'accouchement, historiquement

⁴ Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées. [en ligne]. Journal officiel, **18 /10/ 1988** <https://www.google.com/search?q=91-D%C3%A9cret...> (consulté le 23 /09 /2017)

⁵ Article ZEHNATI. Ahcène et PEYRON. Christine. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement, Monde en développement 2015 (n°170), p.124. Consulté le 25/10/2017

⁶ Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. [en ligne]. Journal officiel, **22 /10 /2007** <https://www.google.com/search?q...> (consulté le 23 /9 /2017)

⁷ Article ZEHNATI. Ahcène et PEYRON. Christine. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement, Monde en développement 2015 (n°170), p.124

L'évolution des infrastructures privées

détenues par des sages-femmes, doivent, depuis 1988, obligatoirement se reconvertir en cliniques médico-chirurgicales, elles deviennent, sinon, soit des « établissements en voie d'extinction » jusqu'à la cessation d'activité de leurs exploitantes titulaires, soit des cabinets de soins. Afin de répondre à une offre publique insuffisante en quantité, les centres privés d'hémodialyse sont autorisés en 1995. Ils sont complétés en 2002 par les centres d'hémodialyse allégés de proximité qui, pouvant être dirigés par un médecin généraliste avec une formation de base en néphrologie, répondent à la pénurie de néphrologues⁸.

D'un point de vue tarifaire, la réglementation fixe seulement les prix de journée et les tarifs de référence pour remboursement par les organismes de sécurité sociale des actes des praticiens, de la restauration et de l'hôtellerie. Concrètement, les tarifs pratiqués vont bien au-delà de ces tarifs de remboursement inchangés depuis 1988. Pour les centres d'hémodialyse privés, le déficit de l'offre publique dans la prise en charge de l'insuffisance rénale a conduit, en 2002, à une politique de conventionnement spécifique : la sécurité sociale prend en charge intégralement les dépenses des patients des centres privés⁹.

Le cadre légal demeure donc assez peu contraignant. Des objets et des modalités de contrôle sont certes présentés dans le décret de 2007, mais les moyens, et parfois la volonté de surveiller ces établissements, restent plutôt faibles.

2-2) Etablissement, capacité, moyens et activité :

À travers des données, souvent non publiées, que nous avons pu collecter auprès des services du MSPRH, un panorama quantitatif de l'émergence et du développement des cliniques privées peut être présenté.

2-2-1) Nombre d'établissement :

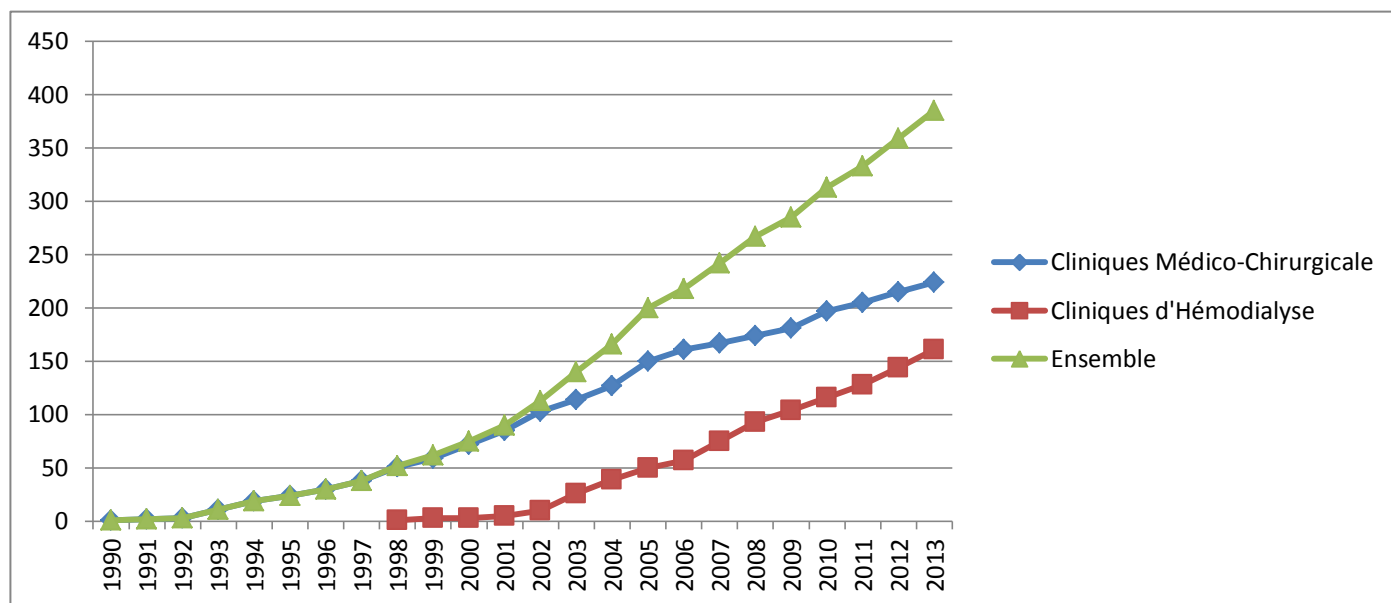
À partir de 1990, le nombre d'établissements a connu une croissance continue, toutefois différenciée selon les périodes (graphique 1 et 2). (Annexe 04).

⁸ Ibid. p.125.

⁹ Ibid.p.125.

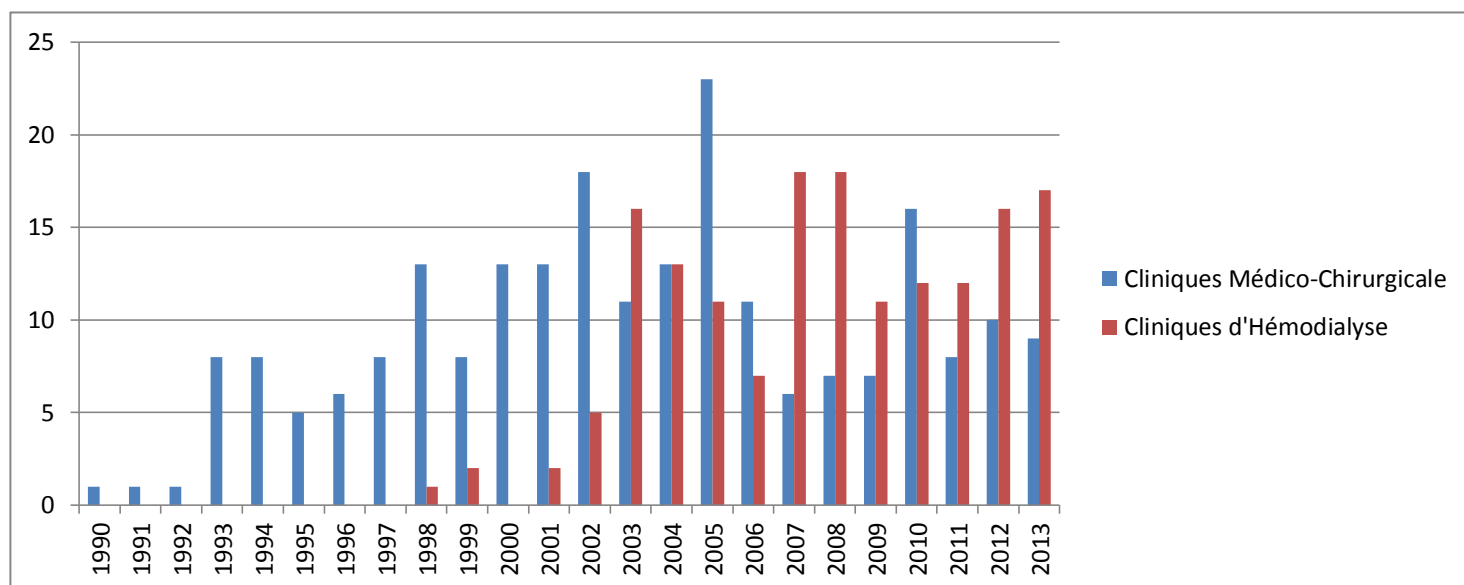
L'évolution des infrastructures privées

Graphique (02) : Evolution du nombre de cliniques en Algérie, 1991-2013.



Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

Graphique (03) : Création des cliniques privées, 1990-2013



Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH.

L'évolution des infrastructures privées

Entre 1990 et 1992, une seule clinique médico-chirurgicale est créée par an, de 1993 à 1997, entre 8 et 6 cliniques le sont chaque année. De 1998 à 2006, la création des cliniques s'intensifie avec en moyenne 14 cliniques créées par an. Depuis 2007, le nombre moyen de créations est de 9 cliniques par an. En 2013, 227 cliniques médico-chirurgicales fonctionnent. Le nombre de cliniques médico-chirurgicales devrait continuer à augmenter : en 2010, 130 demandes d'autorisation d'ouverture étaient en cours d'instruction au MSPRH. Les cliniques dédiées exclusivement à l'hémodialyse connaissent une forte croissance à partir de 2002. La décision à cette date du remboursement intégral des dépenses de soins pour hémodialyse par la sécurité sociale rendait cette activité privée attractive et sans risque. On compte 154 établissements de ce type en 2013.

Tableau (09) : Répartition des cliniques médico-chirurgicales selon le nombre de lits en 2009

	Inférieure à 10 lits	10 à 30 lits	30 à 50 lits	50 à 70 lits	Supérieure à 70 lits	Ambulatoire (sans lits)	Total
Nombre de cliniques	2	100	30	7	2	43	184

Source : construit par nos soins à partir des données du MSPRH

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

2-2-2) Moyens techniques et humains :

Les cliniques privées possèdent, par contre, une part non négligeable de moyens techniques. D'après des données ministérielles, elles auraient, en 2010, 25% des tables d'opération et, en 2003, 89% des scanners, 45% des échographies et 17% des appareils de radiologie en état de marche (MSPRH, 2003). Toutefois, l'effort d'équipement dont a

L'évolution des infrastructures privées

bénéficié le secteur public durant cette dernière décennie pourrait relativiser un peu ces tendances.

En termes de personnel médical, différents statuts se côtoient : un personnel médical permanent réduit, des médecins libéraux conventionnés ou non, des médecins du secteur public disposant ou non d'une autorisation de double activité¹⁰, des médecins retraités, des médecins d'origine algérienne établis à l'étranger et des médecins d'autres nationalités (surtout dans les cliniques ayant une activité en cardiologie interventionnelle). Les personnels paramédicaux représentent une contrainte de capacité pour les cliniques privées en raison de l'interdiction faite aux agents formés dans le secteur public d'exercer dans le secteur privé : les personnels paramédicaux des cliniques privées ne peuvent être que des retraités, des personnels formés « sur le tas » ou issus d'écoles privées, encore en nombre très restreint.

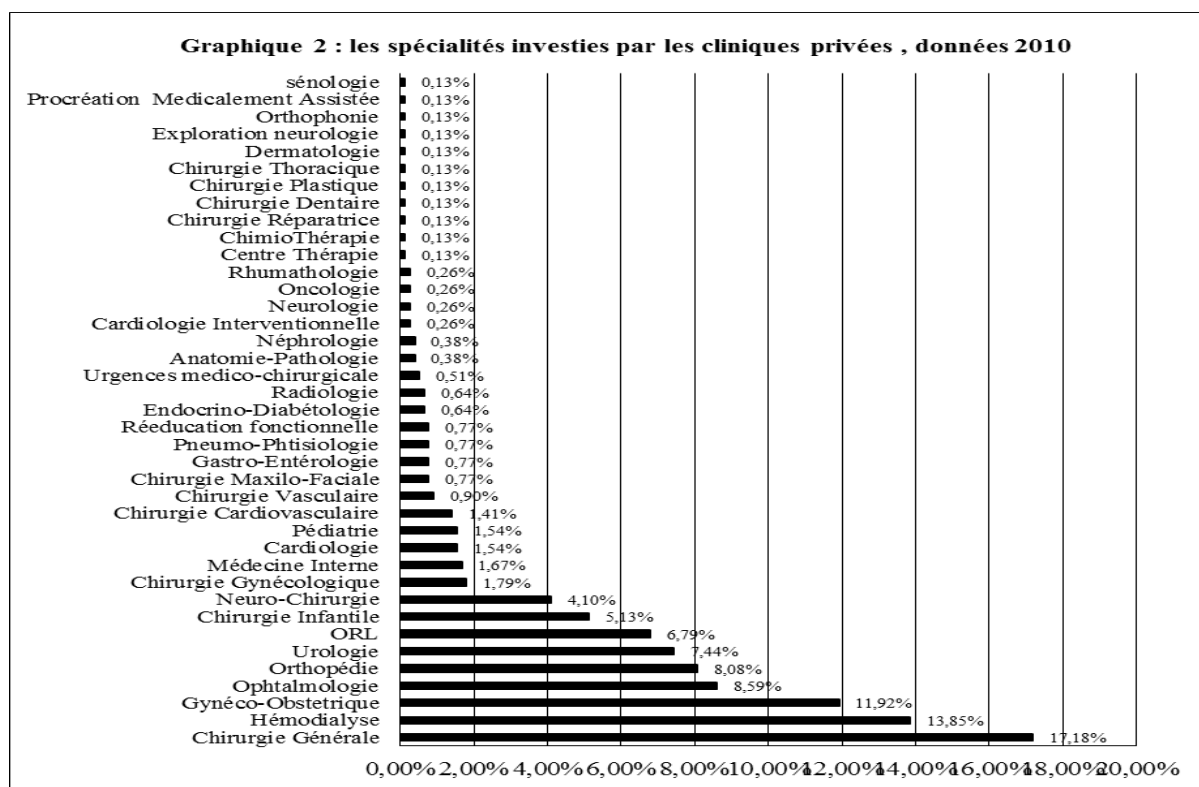
2-2-3) Activité et localisation :

Au début du processus d'émergence, les cliniques étaient spécialisées sur une pathologie, parfois deux, les activités étaient organisées autour d'un petit plateau technique. Aujourd'hui, certains établissements s'apparentent à des structures de type clinique-hôpital, avec une variété de spécialités et un plateau technique de pointe. L'activité des cliniques privées se concentre sur la gynécologie-obstétrique, l'hémodialyse et la chirurgie (graphique 04). La gynécologie-obstétrique a été la première spécialité investie, juste après l'ouverture du secteur à l'investissement privé. Le taux de natalité algérien est une garantie d'activité et la disposition à payer des familles est en général assez forte pour ce type de prise en charge. Pour certaines spécialités ou certains actes, un relatif partage d'activité semble se dessiner entre secteur privé et public. La chirurgie, notamment ambulatoire, est un segment d'activité attractif pour les établissements privés qui ne sont pas soumis aux exigences d'accueil du service public et qui peuvent choisir de se limiter à une chirurgie programmée et peu lourde.

¹⁰ Depuis 1999, les médecins du secteur public ont la possibilité, en complément de leur activité publique, d'exercer dans le secteur privé (pour une analyse de cette double activité, voir Zehnati et Peyron, 2014).

L'évolution des infrastructures privées

Graphique (04) : Répartition des cliniques privées selon les spécialités investies en 2009



Source : Article ZEHNATI. Ahcène et PEYRON. Christine. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement, Monde en développement 2015 (n°170), p.124

L'essor des cliniques privées est aussi marqué par une forte disparité géographique. Les cliniques sont localisées dans les grandes métropoles et plus particulièrement dans certaines wilayas : Alger et Oran concentrent 34,5% des cliniques, celles-ci étant généralement installées dans des wilayas abritant un CHU. Les wilayas du sud de l'Algérie, à faible densité de population et à faible niveau de vie, n'accueillent aucune clinique¹¹.

¹¹ La wilaya de Ghardaïa est un cas particulier de wilaya du sud : elle accueille 4 cliniques privées. C'est la porte d'entrée vers les wilayas du grand sud algérien et surtout elle abrite un important site gazier, avec une main-d'œuvre importante, nationale et étrangère. La compagnie pétrolière algérienne (Sonatrach) et les compagnies étrangères ont conclu des conventions avec ces cliniques privées pour la prise en charge de leurs employés.

Section (03) : L'évolution des dépenses de secteur privé de soins

3-1) Les dépenses en santé dans le secteur privé :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les dépenses en santé dans le secteur privé incluent les systèmes de prépaiement et de répartition des risques (EX. régimes d'assurances privées), les dépenses de santé des entreprises, les institutions sans but lucratif axées principalement sur les services aux ménages ainsi que les dépenses directes des ménages.

a)-Les dépenses des mutuelles sociales

Les mutuelles sociales sont régies par la loi 90-31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifiée et complétée. Ces mutuelles au nombre de 35 sont des associations à but non lucratif ayant pour objet d'assurer à leurs membres et à leurs ayants droits des prestations sociales notamment en matière de santé. Ces mêmes mutuelles sociales assurent les prestations suivantes en nature et en espèces.

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

- les indemnités journalières (prestations en espèces)¹².

b)-Les dépenses des entreprises économiques :

Trois grandes entreprises nationales, la SONATRACH, la SONELGAZ et la Cie Air Algérie participent au financement de la santé. Pour les autres entreprises, il a été tenu compte du nombre de CMS et CMT (centres médicaux du travail) agréés par le Ministère de la santé. Une estimation de leurs dépenses en personnel a été effectuée à partir des normes en matière d'effectifs autorisés¹³.

¹² Dr. BOULAHRIK Mohand. Financement du système de santé Algérien. Revue des Science Economique de Gestion et de Commerce, 2002, n°33, p 21 .

¹³ Ibid

L'évolution des infrastructures privées

c)-Dépenses du secteur privé en investissement

Ces dépenses ont été évaluées sur la base des données disponibles au niveau du Ministère de la santé (Fichier des établissements privés et des installations à titre privé et des informations communiquées par des promoteurs et praticiens exerçant à titre privé. Ces dépenses concernent les projets en cours de réalisation et les réalisations (structures achevées l'année considérée) au titre des années retenues.

Pour l'estimation des dépenses en infrastructures (construction), il a été tenu compte du coût global de la construction et de l'importance de la structure (classement par niveaux) et du délai de réalisation (3 à 2 ans selon le type de structure). Le coût a été réparti selon un pourcentage qui tient compte de la pratique en vigueur (40% pour la 1ère année et 30% pour chacune de deux dernières années).

Pour les dépenses en équipements, il a été tenu compte des acquisitions de l'année considérée et seulement pour la dotation de nouvelles structures. Les dépenses liées au renouvellement d'équipements n'ont pas été comptabilisées. Ces estimations ont été effectuées sur la base des normes minimales en équipements¹⁴.

d)-Les dépenses des ménages

Sur la base des résultats des enquêtes de consommations menées par l'ONS, la consommation annuelle des ménages pour la rubrique "santé et hygiène corporelle" représente en 2001 6.3% des dépenses annuelles totales des ménages. Les soins médicaux estimés aux 2/3 de la rubrique santé et hygiène corporelle représentent les dépenses de santé des ménages y compris les remboursements des caisses d'assurances sociales qui ont porté sur les frais pharmaceutiques et les actes médicaux regroupés sous la rubrique "prestations en nature"¹⁵.

¹⁴ Dr. BOULAHRIK Mohand. Financement du système de santé Algérien. Revue des Science Economique de Gestion et de Commerce, 2002, n°33, p 22.

¹⁵ Ibid.

L'évolution des infrastructures privées

3-2) L'évolution des dépenses en santé (secteur privé) (% du PIB) en Algérie :

Ces dépenses présentées dans le tableau ci-dessous comme un pourcentage du PIB, soit l'ensemble des valeurs ajoutées dégagées par les entreprises du pays. L'évolution de ces dépenses est donnée par le tableau suivant :

Tableau (10) : Dépenses en santé (secteur privé) en Algérie

Année	Dépenses en pourcentage du PIB
1995	1.03
1996	0.85
1997	1.04
1998	1.07
1999	1.05
2000	0.93
2001	0.87
2002	0.88
2003	0.80
2004	0.98
2005	0.95
2006	1.02
2007	1.12
2008	1.14
2009	1.52
2010	1.52
2011	1.52
2012	1.59
2013	1.71
2014*	1.75
2015*	1.81

Source : Banque mondiale

L'évolution des infrastructures privées

D'après ce tableau, on remarque que les dépenses privées de santé ont connu une croissance de 67% en 18 ans (le changement enregistré entre la première et la dernière année). D'où $[(Y_{13}-Y_{95})/Y_{95}] \times 100 = 67\%$. Pour l'ensemble de la période 1995-2013, on enregistre une moyenne annuelle de 1,14. C'est en 2013 qu'on enregistre le plus haut niveau (1.71) et c'est en 2003 qu'on enregistre le plus bas niveau (0.8).

Conclusion :

L'Algérie connaît une variabilité dans la répartition des praticiens de santé, en particulier dans le secteur privé où le nombre de médecin exerçant a connu une hausse de 50% en l'espace de 7 ans (1999-2006).

Le développement rapide du secteur privé, notamment pour palier les insuffisances du secteur public, est susceptible d'accroître de façon significative les inégalités. Le niveau de revenu influe peu sur l'accès aux soins dans le secteur public car la gratuité des soins dans ce secteur est toujours en vigueur. A l'inverse, les dépenses de santé dans le secteur privé sont mal couvertes par le système de sécurité sociale, dans la mesure où les taux de remboursement sont très faibles. Lorsque les soins sont prodigués par le secteur privé, les ménages déboursent jusqu'à 10 fois plus que les tarifs de remboursement par la sécurité sociale (en dehors des médicaments remboursés).

Concernant les dépenses, c'est aux médecins d'être au centre des mécanismes de maîtrise des dépenses, car ils sont les véritables ordonnateurs, et non le patient-malade qui en est « l'otage ». Il souffre en effet d'une asymétrie d'information ; il ne connaît ni le volume ni le contenu de sa consommation en la matière. Il a produit un effet volume nettement perceptible au niveau des assurances sociales et un effet prix (dépassement d'honoraires, et/ou rémunération excessive de certaines prestations chirurgicales). Un bon exemple peut en être fourni par la nomenclature des actes professionnels que par la tarification qui y appliquée.



Conclusion Générale

Conclusion générale

Conclusion général :

Dans ce mémoire nous avons essayé d'exposer et de mener une réflexion sur l'évolution du secteur privé de soins en Algérie de l'indépendance à nos jours surtout après l'autorisation des cliniques et des hôpitaux privées.

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

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

Les tarifs qui servent de référence au remboursement par la Sécurité Sociale sont gelés depuis 1987 et ne reflètent plus les coûts réels supportés par les ménages. La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) a été actualisée. On est passé de 4000 actes à plus de 7000 actes. Une grille de tarification révisant les anciennes cotations est en cours d'élaboration dans le cadre de la mise en œuvre du projet de contractualisation, ce qui va inéluctablement augmenter les dépenses de la sécurité sociale. Si la contractualisation

Conclusion générale

serait effective¹⁴, alors cette nouvelle donne va induire des changements certains dans les stratégies du secteur privé et va modifier le partage d'activités entre cliniques privées et hôpitaux publics dans les années à venir. Il est à craindre le renforcement d'une médecine duale où une demande sans limites s'exprimera dans le secteur privé tandis que les usagers du secteur public verront leur accès limités par nombre d'obstacles difficilement surmontables dans l'état actuel des choses. Les pouvoirs publics sont plus que jamais interpellés pour une vraie régulation du système, ainsi que dans la définition d'une politique de santé cohérente eu égard aux objectifs sanitaire clairement définis.

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

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

Pour le collecte des informations en a aller au Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), mais se dernier à refusé de répondre a notre question.

La contrainte du temps, pour terminer notre travail.

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

L'évolution du secteur public de soins en Algérie de 1962 à nos jours.

La complémentarité entre le secteur public et privé de soins en Algérie

L'impact de l'émergence et le développement de secteur privé sur le secteur public en Algérie.

La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie.



Bibliographie

Bibliographie

❖ Ouvrages

1. 1.Brahmia B : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.
2. CHAOUI F, LEGRO M« Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012 .
3. CARRICABURU Daniel, MENORET Marie. Sociologie de la santé, institutions profession malades. Paris : Armand, 2004.
4. DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales. Tizi-Ouzou: Edition El- Amel, 2015.
5. . OUFRIHA F. Z. et collaborateurs, « DE REFORME EN REFORME : UN SYSTEME DE SNTÉ A LA CROISEE DES CHEMINS » CREAD, janvier 2006.
6. OUFRIHA F. Z. « Système de santé et population en Algérie », Ed Anep, Algérie,
7. ZEHNATI .A . (2014) Les évolutions récentes du système de santé en Algérie .les cahiers de CREAD Alger .

❖ Articles et communication :

8. Article ZEHNATI AHECEN et PAYRON CHRISTINE. Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et statistiques de développement. Monde en développement 2015 (n°170) consulté le 25 /10/2017.
9. Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme adopté par les nations unies en décembre 1948. In : BRUNO Palier : "La réforme des systèmes de santé, presses universitaire de France, PARIS, 2004.
10. CHAOUI F, LEGRO M« Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie», Défis nationaux et enjeux partagés, Algérie, 2012.

Bibliographie

11. OUFRIHA F. Z., ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé, CREAD N°41 1997.
12. ZEHNATI Ahcène. Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire. Les cahiers du CREAD, 2013 n°105/106 . Disponible sur le site : <https://WWW.ajol.info/index.php/cread/article/download/124244/113756>. Consulté le 15/09/2017.

❖ REVUES ET PERIODIQUES

13. BOULAHRIK Mohand. Financement du système de santé Algérien. Revue des Science Economique de Gestion et de Commerce, 2002, n°33, consulté le 23 /09 /2017)
14. DOMINIQUE CUPA «La santé». In : Revue psychosomatique, N°36, 2009, consulté le 30 /09 /2017
15. OUFRIHA Fatima Zohra et collaborateurs «ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé», CREAD N°41 1997.

❖ Travaux universitaire

✚ Mémoires de magistères

16. BAHLOULI Ahmed Sofiane. La politique de santé en Algérie, mémoire de magistère, sciences politique et relation internationales, Oran : université d'Oran, 2012. Disponible sur : www.univoran2.dz/images/these_memoires/FDSP/Magister/TH4018.pdf. Consulté le 15/09/2017
17. KESSAS Zakia, L'application du Marketing des services dans les établissements hospitaliers privés «Comment atteindre la satisfaction des patient». Mémoire de Magister, Tlemcen : Université Abbou bakr BELKAID de Tlemcen, FSEGC, 2011. Disponible sur : dspace.univ-tlemcen.dz/bitstream/112/746/1/KESSAS-Zakia.mag.pdf

Bibliographie

✚ Mémoires de masters

18. GALOUL. A «Contribution à l'étude des déterminants de la répartition géographique des professionnels de santé : cas des omnipraticiens de la wilaya de Bejaïa » mémoire en science économiques, Université de Bejaïa 2012.
19. ZIANI, Zouina. La problématique de la régulation de la médecine libérale en Algérie : Références à des expériences étrangères et enquête auprès des médecins libéraux de la Wilaya de Bejaïa. Mémoire de Master. Economie de la santé. Bejaïa : Université ABDERAHMANE MIRA, 2013.

✚ Rapports administrative

20. D'après l'entretien auprès du responsable de la sous-direction de la médecine privée au niveau du MSPRH qui a lieu le 6 et le 20 mai 2017. Consulté 23/10 /2017

❖ Les textes réglementaires

21. Décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées. [en ligne]. Journal officiel, **18 /10/ 1988**
<https://www.google.com/search?q=91-D%C3%A9cret...> (consulté le 23 /09/2017)
22. Décret n°88-204.Des modification ont été introduit et ont concerne trois articles .Désormais, les conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des cliniques privées de type ambulatoire sont fixée par arrêté du MSPRH. [en ligne]. Journal officiel, n°75 DU **18 /10/1991**
<https://www.google.com/search?q.....> consulté le 23 /09 /2017)
23. Décret exécutif n° 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. . . [en ligne].

Bibliographie

- Journal officiel, **22 /10 /2007** <https://www.google.com/search?q...> (consulté le 23 /9 /2017)
24. Décret exécutif n° 97-467 du 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires. . [**en ligne**]. Journal officiel, **02 /12 /1997** <https://www.google.com/search?q...> (consulté le 23 /9 /2017)
25. La loi 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé. [**en ligne**]. Journal officiel, **3 /05/ 1988**<https://www.google.com/search?q.....> (Consulté le 23 /9 /2017)
26. La loi 90-31 du 04/12/1990 relative aux associations et la loi 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifiée et complétée. [**en ligne**]. Journal officiel ,04 /12/1990 <https://www.google.com/search?q=90.....> consulté le 23 /09 /2017)
27. La loi 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé. [**en ligne**]. Journal officiel, **3 /05/ 1988**<https://www.google.com/search?q.....> (consulté le 23 /9 /2017)
28. L'article du décret exécutif n°07-321 précise que l'établissement d'hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecins, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétriques et les activités d'exploration.
29. L'article 2 du décret exécutif n° 07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration.
30. Article 8 de décret exécutif n°321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

Bibliographie

Sites internet

digicollection.org/hss/documents/s15952f/s15952f.pdf consult le 23 /10 /2017

https://fr.wikipedia.org/wiki/Système_de_santé consulté le 23 /10 /2017

https://fr.wikipedia.org/wiki/Cabinet_médical consulté le 23 /10 /2017

ressources.auneg.fr/.../Les%20modeles%20de%20systeme%20de%20soins.html consulté le 23 /10 /2017

www.cci-oran.dz/media/evenement/resume.conference.zehnati.medecins.gras.pdf consulté le 23 /10 /2017

WWW.MSPRH.DZ consulté le 29 /10 /2017

WWW.JORADP.DZ consulté le 05/11 /2017

WWW.santé.GOV consulté le 23 /10 /2017

La liste des figures

Figure n° 01 : représente le réseau privé des soins.....	43
Figure n° 02 : représente l'évolution de nombre des cliniques en algérie1990 – 2013.....	47
Figure n° 03 : représente la création des cliniques privées 1990 – 2013.....	47
Figure n° 04 : représente des cliniques privées selon les spécialités investies en 2009.....	50

La liste des tableaux

Tableau n°01 : représente les activités du secteur de la santé pouvant être.....	11
exercées par des acteurs du secteur privé.	
Tableau n°02 : représente la révolution en 1982 de ces traitements.....	29
Tableau n°03 : représente le Traitements moyens de praticiens après 1982.....	29
Tableau n°04 : représente la répartition des praticiens privés par	31
catégorie (1988)	
Tableau n°05 : représente la répartition territoriale, des praticiens privés	32
par catégorie (1988)	
Tableau n°06 : représente l'évolution de nombre des cliniques.....	34
privées (2002 2015)	
Tableau n°07 : représente des spécialistes libéraux sur le territoire	40
1999-2006	
Tableau n°08 : représente l'évolution de praticiens privés 1995 – 2012.....	42
Tableau n°09 : représente la répartition des cliniques médico-chirurgicales.....	48
Selon le nombre de lits en 2009	
Tableau n°10 : représente les dépenses en santé (secteur privé) en Algérie.....	53



Annexes

La liste des annexes

Annexe (01) : Décision d'ouverture d'un cabinet médicale (généraliste et spécialiste)

Annexe (02) : Décision d'ouverture d'une clinique privée

Annexe (03) : Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

Annexe (04) : Listing des établissements hospitaliers privés.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ولاية تيزي وزو

مديرية الصحة و السكان

مصلحة هياكل و مهن الصحة

مقرر رقم/م.ص.س/2017
المؤرخ في المتضمن ترخيص
السيدة بفتح عيادة خاصة في الطب العام
في بلدية

إن والى تيزي وزو

- بمقتضى القانون رقم 84 - 09 المؤرخ في 04/02/1984 و المتعلق بالتنظيم الاقليمي للبلاد ،
- بمقتضى القانون رقم 85 - 05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية و ترقية الصحة، المعدل و المتمم،
- بمقتضى القانون 90-09 المؤرخ في 07/04/1990 ، المتعلق بالولاية.
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14/07/1997، المتضمن تنظيم و تسيير مصالح مديريةية الصحة و السكان بالولاية ،
- بناء على التعليمية رقم 112 / و ص ع / أ ع المؤرخة في 02 مارس 1987 و المتعلقة بأحكام تنصيب الأطباء، جراحي الأسنان، و الصيادلة، العاممين و المتخصصين
- بناء على التعليمية رقم 82 / و ص س / المؤرخة في 31 أوت 1996 و المتعلقة بأحكام منح مقررات إنشاء، فتح و إستغلال الهياكل الصحية الخاصة.
- بناء على التعليمية الوزارية رقم 6 / و ص س / المؤرخة في 28/06/1998 و المتعلقة بتشغيل مستخدمين شبه طبيين في الهياكل الصحية الخاصة
- بناء على التعليمية رقم 01/ و.ص.س، المؤرخة في 20 / 01 / 1999 المتعلقة بالنشاط الحر لمهني الصحة.

Annexe 01 : Décision d'ouverture d'un cabinet médical (généraliste et spécialiste)

- بعد الاطلاع على شهادة إستلام للدكتوراه في الطب العام، المؤرخة في 1987/05/03، المسلمة من طرف وزارة التعليم العالي، المعهد الوطني للتعليم العالي في علوم الطب بوهران،

- بعد الاطلاع على شهادة تسجيل السيدة ^{السيدة} في قائمة الفرع النظامي الجهوي للأطباء، بتيزي وزو تحت رقم 2198، في 2017/09/27،

- بعد الاطلاع على شهادة المطابقة لملف المعنية بالأمر من الفرع النظامي الجهوي للأطباء بتيزي وزو تحت رقم 1200، بتاريخ 2017/11/09،

- بعد الاطلاع على ملف طلب فتح عيادة طبية في الطب العام المقدم من طرف ^{السيد} ^{السيد} دليلية، طبية عامة، المودع في 2017/10/02،

يـقـرـر

المادة الأولى: يرخص ^{السيد} ^{السيد} طبية عامة، بفتح عيادة خاصة في الطب العام الكائنة بنهج حمديس على الطريق الوطني رقم 30 واضية، الطابق الأول، بلدية واضية، ولاية تيزي وزو،

المادة الثانية: تلتزم مستفيدة هذا المقرر بتشغيل في العيادة الطبية مستخدمين حاصلين على شهادات في التكوين الشبه الطبي، معترف بها من طرف وزارة الصحة و السكان.

المادة الثالثة: يجب على المعنية بالأمر فتح مكتبه الطبي في مدة ثلاث (03) أشهر ابتداء من تاريخ تبليغ المعني (ة) الذي يلغى بحكم قانون اذا تجاوزت هذه الفترة.

المادة الرابعة: لا يدخل هذا المقرر حيز التنفيذ الا بعد إشعار المستفيد و تبليغ المعنيين (صندوق الضمان الاجتماعي لغير الاجراء، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مديرية الضرائب بالولاية، البلدية المعنية) من طرف مدير الصحة و السكان لولاية تيزي وزو.

المادة الخامسة: يكلف كل من السادة رئيس مصلحة تنظيم هياكل و مهن الصحة و مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لواسيف بتنفيذ هذا المقرر.

عن الوالي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ولاية تيزي وزو
مديرية الصحة و السكان
مصلحة هياكل و مهن الصحة

مقرر رقم :...../م.ص.س/2017
المؤرخ فيالمتضمن ترخيص السيدة
بفتح عيادة طبية متخصصة للفحص الطبي في أمراض النساء و التوليد
في بلدية واضية

إن وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،

- بمقتضى القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 و المتعلق بحماية و ترقية الصحة، المعدل و المتمم،
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14/07/1997، المتضمن تنظيم و تسيير مصالح مديريةية الصحة و السكان بالولاية،
- بمقتضى التعليمات رقم 004/ و ص س إ م / ع المؤرخة في 22/07/2013، المتعلقة بكيفيات فتح عيادات الممارسين المتخصصين للإستشارة و العلاج و مخابر التحاليل الطبية و نقلها و غلقها،
- بمقتضى التعليمات رقم 01/ م ص س / المؤرخة في 20 جانفي 1999 المتعلقة بالممارسة الحرة لمهن الصحة،
- بمقتضى التعليمات الوزارية رقم 06/ و ص س / م م ص / م ف ت م المؤرخة في 28 جوان 1998 المتعلقة بتشغيل مستخدمين شبه طبيين في الهياكل الصحية الخاصة،
- بعد الاطلاع على دبلوم الدراسات الطبية الخاصة في أمراض النساء و التوليد تحت رقم 58274/18570، المؤرخ في 27/04/2014، الممنوح من طرف وزارة التعليم العالي و البحث العلمي جامعة الجزائر، كلية الطب، للسيدة [.....]
- بعد الاطلاع على شهادة تسجيل السيدة [.....] في قائمة الفرع النظامي الجهوي للأطباء، بتيزي وزو تحت رقم 7439، المؤرخة في 25/10/2017،
- بعد الاطلاع على محضر مطابقة محل العيادة الطبية الخاصة، الصادر عن مصالح مديريةية الصحة و السكان لولاية تيزي وزو بتاريخ 2017/11/13،

Annexe 01 : Décision d'ouverture d'un cabinet médical (généraliste et spécialiste)

- بعد الاطلاع على شهادة المطابقة لملف المعنية بالامر الصادرة من الفرع النظامي الجهوي للأطباء
بتيزي وزو في 2017/11/26، تحت رقم 1246،

- بعد الاطلاع على ملف طلب فتح عيادة طبية متخصصة للسيدة
في أمراض النساء و التوليد، بتاريخ 2017/10/30،

- باقتراح من السيد رئيس مصلحة هياكل و مهن الصحة

يـقـر

المادة الاولى: يرخص للسيدة
عيادة للفحص الطبي متخصصة، الكائنة بواضية مركز، بالمكان المسمى "محقان"، طريق الإخوة
بيبان، محل رقم 10، بلدية واضية، ولاية تيزي وزو،

المادة الثانية: تلتزم مستفيدة هذا المقرر بتشغيل في العيادة الطبية مستخدمين حاصلين على شهادات
في التكوين الشبه الطبي، معترف بها من طرف وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات،

المادة الثالثة: يكلف السيد رئيس مصلحة هياكل و مهن الصحة، بتنفيذ هذا المقرر و اشعار المعنيين
(المستفيد، صندوق الضمان الاجتماعي و البلدية المعنية).

عن الوزير

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

المديرية العامة للمصالح الصحية وإصلاح المستشفيات
مديرية المؤسسات الإستشفائية وإصلاح المستشفيات

مقرر رقم 279 و ص س إ م / م ع م ص ا م / م ا م مؤرخ في 05 DEC 2017
يتضمن ترخيص لإنجاز مؤسسة استشفائية خاصة مسماة " كلينيك" بولاية تيزي وزو

إن وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات،

- بمتنصبي القانون رقم 85 - 05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى عام 1405 الموافق 16 فيفري سنة 1985، المتعلق بحماية الصحة وترقيتها، المعدل والمتمم،
- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-321 المؤرخ في 10 شوال عام 1428 الموافق 22 أكتوبر سنة 2007، المتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة وسيرها،
- وبمقتضى القرار الوزاري رقم 11 المؤرخ في 06 فيفري سنة 2016، يحدد الشروط والمعايير المعمارية والتنظية والصحية للمؤسسات الاستشفائية الخاصة،
- وبعد الاطلاع على الملف المتضمن طلب إنجاز مؤسسة استشفائية خاصة المقدم من طرف الشركة ذات المسؤولية المحدودة المسماة " كلينيك" بولاية تيزي وزو، الوارد من طرف مصالح مديرية الصحة والسكان لولاية تيزي وزو تحت رقم 3191 بتاريخ 27 ديسمبر سنة 2016،
- وبعد الاطلاع على الملف المكمل الوارد من طرف مديرية الصحة والسكان لولاية تيزي وزو تحت رقم 1038 بتاريخ 22 ماي سنة 2016،
- وبناء على تقرير الدراسة الهندسية للمصالح المركزية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتاريخ 26 سبتمبر سنة 2017،

يقرر

- المادة الأولى: يرخص للشركة ذات المسؤولية المحدودة المسماة " كلينيك" بولاية تيزي وزو، بإنجاز مؤسسة استشفائية خاصة بالمكان المسمى تيرساتين، بلدية عزازقة، ولاية تيزي وزو.
- المادة 02: تلتزم المؤسسة بإنجاز المشروع باحترام كامل الشروط التقنيّة والصحية المنظمة لهذا الصنف من الهياكل مع احترام مدة الإنجاز المحددة بثلاث (03) سنوات.
- المادة 03: تعتمد المؤسسة في الاختصاصات التالية: الجراحة العامة، طب أمراض النساء والتوليد، وحدة للأشعة ومخبر للتحاليل الطبية.
- المادة 04: حددت ساعات العمليات الجراحية بقاعتين (02).
- المادة 05: حدد عدد الأسرة الإجمالي بسبعة وأربعون (47) سريراً موزعة كما يلي: أربعون (40) سريراً للاستشفاء، أربعة (04) أسرة للاستشفاء، ثلاثة (03) أسرة للملاحظة.
- المادة 06: يكلف السيد مدير الصحة والسكان لولاية تيزي وزو بتنفيذ هذا المقرر وإعلام مختلف المصالح المعنية.

عن المدير العام
المعلمين العظم للمصالح الصحية
والمؤسسات الاستشفائية
الأستاذة عائشة غصن الساج



Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

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

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;
Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil; Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce;
Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales; Vu la loi n°84-10 du 11 juillet 1984, modifiée et complétée relative au service civil;
Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;
Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations;
Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990 modifiée et complétée relative aux mutuelles sociales;
Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé;
Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 février 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances;
Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence;
Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;
Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du Gouvernement ;
Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;
Vu le décret exécutif n° 05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux;

Décète :

Article 1er : Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers privés, en application des dispositions des articles 208 et 208bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée.

**CHAPITRE I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

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

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

Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

- l'hospitalisation.

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

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

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

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

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

CHAPITRE II

CONDITIONS DE REALISATION ET D'OUVERTURE

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

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

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de santé territorialement compétente,
 - un extrait de naissance du ou des promoteurs,
 - un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
 - un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
 - la copie des statuts de la personne morale,
 - le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale d'un bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location,
 - la fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales l'énoncé des activités détaillé, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, la capacité en lits, le plateau technique notamment les matériels relatifs à la radiologie, l'exploration fonctionnelle, l'imagerie et les équipements médicaux,
- le rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique de la construction ou par un bureau d'étude d'expertise en bâtiment agréé dans le cas d'une structure existante, le plan de situation précisant l'emplacement et la délimitation du projet, le plan de masse (1/50) devant fournir toutes les indications nécessaires notamment les nivellement général en sol, les bâtiments avoisinants, les voiries existantes, les parkings, les réseaux divers, les espaces verts, les plans détaillés des types de schéma d'hospitalisation (1/50), les plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50), les coupes transversales et longitudinales, l'élévation des différentes façades.

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

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

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

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

Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

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

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

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

CHAPITRE III

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

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

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

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

Section I

Le conseil d'administration

Article 24 : Le conseil d'administration est composé :

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

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

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

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

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

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

Article 26 : Les règles de fonctionnement du conseil d'administration seront fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

Section 2

Le directeur

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

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

A ce titre, il a pour mission :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration,
- de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile,
- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- d'assurer la gestion administrative et financière de l'établissement hospitalier privé,
- de préparer le budget et les comptes de l'établissement hospitalier privé,
- de faire assurer un service de garde,
- de mettre en oeuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière,
- de veiller à ce que le matériel et l'équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'établissement, soit

Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient,

- de tenir un dossier médical pour chaque patient,
- de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.

- d'organiser l'activité médicale et d'hospitalisation au sein de l'établissement hospitalier privé et en assurer le contrôle et le suivi,
- d'assurer de la présence permanente des praticiens médicaux et du personnel paramédical nécessaire à l'activité d'hospitalisation,
- d'assurer une gestion rigoureuse des médicaments conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,
- de s'assurer du bon fonctionnement de la garde.

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

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

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

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

Section 3

Le comité médical

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

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

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

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

Le comité médical élit en son sein un président.

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

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

Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés

CHAPITRE IV

DISPOSITIONS FINANCIERES

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

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

Au titre des recettes :

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

Au titre des dépenses :

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

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

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

CHAPITRE V

MODALITES DE CONTROLE

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

Article 41 : Le contrôle porte notamment sur :

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

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

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

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

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

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

**Annexe n°03 Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au
22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements
hospitaliers privés**

CHAPITRE VI

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

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

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

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

Wilaya	Dénomination	Adresse	Nb : lits
Chlef	Dr ABANE Mohamed	Sise,74 Cité El cherifi ,Cne de Chlef	17
	SARL " Clinique El Hikma "	Sise ,zone différée , lots C , Cne de Chlef .	40
	SARL "Clinique Les Orangers "	Sise,zone differée , centre ville , Cne de Chlef .	19
	SARL " El Ihsène "	Sise, Cité el Iaimoune , Cne de Chlef	33
	SARL "Nessma Farah " .	Cité 500 Logt , Bensouna ,Cne Chlef	31
	5		109
Oum El Bouaghi	EURL" Clinique El Amir"	Sise, Route Sadrata ,Cne Ain El Beida .	16
	SARL " Clinique Cyprés"	Sise, Cité premier novembre, deuxième Cote , Cne Ain M'lila .	44
	SARL" Clinique El Kamel" .	Sise, Ain Kercha , Cne Ain Kercha.	26
	SARL " Clinique El Amel " .	Sise ,Cité El Amel , Cne Ain Beida .	24
	EURL " Clinique médicochirurgicale TAHIR Said" .	Sise, Cité El Amel , Cne Ain Beida .	13
	5		123
Batna	"Dr MILLES Djamel Eddine " El Hayet .	Sise,Lottissement Communal n° K26 M Groupe 2 place Sc -Cne Barika.	24
	EURL " Clinique Nazim" .	Sise,Lottissement Bouakal, Route de Tazoult , Cne de Batna	24
	SARL " Clinique El Ihssaniette " .	Sise,Cité Kachida ,Cne Batna .	20
	SARL " Mohamed El SADDEK " .	Sise, 67 Couloires Mohamed Boudiaf ,Route Tazoulte ,Cne Batna .	20
	Drs KADRI abdelhamid et Braka Abdelhafid " Ibn Sina .	Sise,Passage Mohamed Boudiaf, Route tazoult, Cne Batna .	40
	EURL " Clinique Taha " .	Sise,Route de Biskra, lot n°06 B, Cne Batna	18
	SARL " Clinique El djenina " .	Sise,Cité Bouakal 2 -Route de Tazoulte ,Cne Batna .	23
	SARL " Clinique Les Cèdres" .	Sise,Lot zenati, Cne Batna .	30
	EURL" Clinique de cardiologie ZAABOUB " .	Sise,Lotissement Bouakal, Route de Tazoult ,Cne Batna .	16
	EURL " Clinique Les Rosiers " .	Sise,Cité Kamouni n° 59, Cne Batna .	45
	10		280
Béjaia	SARL " Le Rameau D'olivier " .	Sise,Route des Aurès	71
	EURL "Clinique BELAID "	Sise, Lotissement communale n° 130/131 , Cne D'El Kseur.	16
	SARL"Clinique Dr Rachid BENMERAD "	Sise, Armeryou, Cne Béjaia.	17
	SARL "Clinique El Hadj Alaoua " -Les Lilas-	Sise, Cité Remla Ighil Ouazoug , Cne Remla.	40
	Dr HAMANIFarid	Sise, Lotissement Sidi Ali Oucheddad ,Cne d'Akbou	25

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privés

	5			215
Biskra	SARL "Clinique ERRAZI"	Sise ,Cité El Moudjahidine,Cne Biskra .		15
	"Clinique médicochirurgicale EL ALia " Ibn Nafaa	Sise, Route Chetma zone ouest ,Cne Biskra .		21
	EURL Clinique la palmeraie	Sise,Cité Beni Morah n° 401 ,Cne Biskra .		28
fin de copie	3			64
Blida	" Société à Action Clinique Amina"	Sise, Zone est ,Cne Cheffa .		40
	SARL " Clinique ZOULIKHA"	Sise, Rue KHALED Beyn°02 ,Cne Blida.		17
	SARL "Clinique Dr RAHAL "	Sise , Lottissement El ziatn°28 ,Cne Blida.		23
	SARL "Centre de radiothérapie oncologie "	Sise, Rue 29 n°10 ,Cne Ouled Aich .		15
	SARL "Clinique Médicochirurgicale SARAH "	Sise, Rue, 11 décembre 1960,Cne Blida .		31
	5			149
Bouira	SARL "Clinique médicochirurgicale Ibn Sina -SOMEDCHI- "	Sise, Nouvelle cité n° 02 ,Cne Bouira .		48
	SARL "Clinique centrale Bouira "	Sise, Cité ZAMOUR Mohamed Arab ,Cne Bouira .		17
	SARL " Clinique Lalla Khadija"	Sise, Extension Kaddat ,Cne Bouira .		21
	EURL "Clinique Hironnelle "	Sise,Cité 1100 logts ,Cne Bouira .		20
	3			86
Tébessa	Dr HAMZA Toufik et HAMZA MohamedSe ghir .	Sise, Rue OuedEINakes ,Cne Tébessa.		19
	EURL "El Ferdaous médicale et chirurgicale "	Sise, Cité yahiafarèsn°130 ,Cne Tébessa.		20
	"Dr AISSAOUI Abdelkader " El Yasmine	Sise, Route Rocad ,Cne Tébessa .		14
	3			53
Tlemcen	SARL" Clinique El chifaa Ibn Sina maghnia "	Cité Azzouni Rue N° 02 Lot 243 Cne Maghnia .		25
	EURL" Clinique LAZOUNI "	Lot n° 15,Station Bus Imama , Cne Mansourah .		32
	SARL "Clinique Les Dahlias " .	Sis,El Kiffane Centre ,Lots 1,2 , Cne Tlemcen .		43
	SARL " Clinique El Hana " .	Sis,lot n° 525 Birouana sud , Cne Tlemcen .		15
	SARL "Clinique THABET " .	Lot N° 19 Birouana Nord ,Cne Tlemcen .		21
	Sc "Clinique de gynécologue et de pédiatrie Ben Habib "	Lotissement Hai El louz El Kiffane N° 752, Cne Tlemcen .		30
	Clinique Grand Bassin	Sis , n°03 Lot El Haridj , Grand Bassin, Cne Tlemcen .		22
	7			210
Tiaret	SARL" Médicomagheb " Ibn Sina.	Sis,Rue LesfrèresSaadi ,Cne Tiaret.		30
	1			30
	EURL "Clinique chirurgicale Nord Afrique" .	Sis, Centre ville de Boghni , Cne Boghni .		24
	" Dr SLIMANA Alaoua" .	Sis, Quartier A nouvelle ville , Cne Tizi ousou .		45
	Dr Mohamed cherif Hamdad - FARAH .	Sis, lotissement Hamoutène , Cne Tizi ousou.		15

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privées

Tizi Ouzou	"L'Association Nationale des stomisés d'algérie " .	Sis, logements de fonction de l'école Mimoun,Cne Tizi Ouzou	22
	Dr BALLOUL Abdelaziz - Les genêts -	Sis, lot n°02 ,Hasnaoua , Cne Tizi ouzou .	18
	SARL "Clinique centrale Médicochirurgicale de Tizi Ouzou " .	Avenue Abane Ramdane, Cne Tizi ouzou	58
	EURL " Clinique médicochirurgicale El Djouher " .	Sis , Zone sud, Rue B,lot n° 12, n° 08, Cne Tizi ouzou	28
	SARL "Clinique Les Oliviers".	Sis , place du stade du 1er novembre , Cne Tizi ouzou	22
	EURL " Clinique La Colombe " .	Sis ,Lottissement Touras n°02 , Cne Draa Ben Khadda.	18
	Dr MELBOUCY Abdelaziz .- Les Amandiers -	Sis ,Chaib , Cne Meklaa .	62
	SARL "Clinique Mahmoudi"	Sis ,Avenue KRIM Belkacem , Cne Tizi Ouzou .	
fin de copie	11		312
Alger	SARL "FECONDE " - El Bordj -.	Route de la plage ,Cne Bordj El Kiffane .	25
	Mme.CHOULI Fatma - Les Orangers .	Sise,05 Rue Ali Boumendjel , Cne Rouiba .	12
	SARL"Clinique PMA" -AHLEM	Sise,Rue El Mokrani Villa n° 01, Cne Ain taya .	17
	SARL" Clinique Diar ESSAADA " .	Sise, 100 Rue Abdelkader Diar Essaada ,Cne El Mouradia .	40
	SARL" Clinique Bologhine " .	Sise , 104 Avenue Abdelkader ziar ,Cne Bologhine .	17
	EURL "Clinique du Parc Miremont".	Sise,Rue Miremont192,Cité police ,Cne Bouzaréah.	21
	SARL "Clinique Parc Ben Omar " .	Sise, 06 chemin Mohamed rabia ,Cne Kouba.	11
	EURL "Clinique El Qods".	Sise ,16 Rue Icosium , Cne Hydra.	17
	EURL " Clinique SOLYNA " .	Sise , Lottissement Ahmed djillali n° 21 ,Cne Staouali .	15
	SARL " Clinique Les Sources " .	Sise, les sources, Cne Bir Mourad Rais .	16
	EURL" SIDI YAHIA".	cité Said Hamdine 440 Logts Bt A1-Bir Mourad Rais,Cne Bir Mourad Rais	17
	SARL" Clinique Riffak El Feth Ouled Fayet " .	Sise, Zone d'équipement A n° 08 , Cne Ouled Fayet.	29
	SARL "Clinique Ibn Sina".	Sise,Tamanfoust , Cne El Marsa .	62
	SARL "ENNAHDA " .	Sise,Coopérative Ennahda, lot n° 54 , Cne Birkhadem .	17
	SARL "Clinique Médicochirurgicale LOTUS".	Sise, Rue Les Orangers, n° 02 , Cne Rouiba .	26
	Mme HADJ MOKHTAR Foufa - El Djazairia .	Sise, 17 Rue Bab Azzoun , Cne Casbah .	17
	SARL" Ennadjah " .	Sise, Coopérative Ennadjah ,lot n° 38 , Cne Bir Khadem .	14
	SARL" Clinique Aya".	Sise, Coopérative el saddaka , n°52,Rue Zonka , Cne Bir Khadem .	21
	SARL "El Bassar Clinique Chifa" .	Sise, Zone d'activité, hauteurs de Hydra , Cne Hydra.	62
	SARL "Clinique Djiha Hana" .	Sise, 22 Rue Bouraada Aissa , Cne Réghaia.	23
SARL "ALLIANCE Médico chirurgicale " - EL AZHAR - .	Sise, 04 djennane achaibou , Cne Dely Brahim.	50	
"Dr ZIAD Abderahmane" - CHAHRAZED - .	Sise, Lot n° 04 Allioua Fodhil , Cne Chéraga .	48	
EURL " NEDJMA Clinique chirurgicale " .	Sise, Cité Ben Boulaid , Cne Bourouba .	24	
SARL "Clinique El Biar " .	Sise, 06 Rue Ouarou , Cne El Biar .	36	

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privés

	SARL" Clinique Les Lilas " .	Zone d'activité A les lots 61 ,62 63, 64, parc d'attraction,Said hamdine ,	25
	" EHP Cybéle Dr HADDAM Omar " .	Sise, 06 Rue Mohamed Ouazane ,Cne Borj El Kiffane	15
	26		677
Djelfa	"Dr LAHRECH HAMZA " -NAIL - .	cité 05 juillet , nouvelle djelfa, lotissement Maghreb Arabe lot n°02 Cne Djelf	20
	EURL Clinique Les Prairies	Sise, Lot n°189 , Rous Layoun , Cne Djelfa.	33
	2		20
Jijel	Ss"Clinique médicochirurgicale ES Salam Chebira et litim " .	Sis ,Rue Abdelhamid Ibn Badis , Cne El Milia .	20
	EURL "Clinique Chifaa " .	Sis ,Cité Zaamouche , Cne El Tahir .	32
	2		52
Setif	SARL" Clinique El Moncef " .	Sis,Lotissement FARIK chadli, lot n° 378, cité lararsa , rue n° 02 , Cne Sétif	49
	Mr.Radjah Saad	Sis, cité tilidjane lot n° 406, Cne Sétif .	20
	EURL " Clinique Chawki et Achwak "	Sis, Ain Sfiha n°17 , Cne Sétif .	23
	EURL " Clinique NABTI"	Sis,cité 20 Aout 1955 ,lot 186,Cne Sétif .	56
	EURL " ZEMMIT"	Sis, Coopérative El Ouffok, lot n° 10, Cne d'el Eulma .	31
	SARL" Ibn Sina Lahrech et Associés " .	Sis, Ain Oulmane , Cne Ain oulmane .	29
	SARL "Clinique El MAHABI"	Sis,Cité El Maabouda , Cne Sétif .	40
	SARL "Clinique du Cœur Sétif "	Cité , El Maabouda ,lot n° 83, Cne Setif .	26
	SARL "Clinique El Hidab EL Oulia "	Sis , la nouvelle zone urbaine, lotissement A n° 60, Cne Sétif .	30
	9		304
Saida	SARL"Clinique El Moughit " .	Sis,Route Nationale n°06 , Cne Ain El Hadjar SAIDA .	33
fin de copie	1		33
Skikda	SARL "Clinique ECH chems" .	Sis,Zone de dépôt Hammrouche Hamoudi , Cne Hammadi Karouma .	24
	SARL" Clinique Abou El Quassim " .	Sis, cité du 20 Aout 1955 , Cne SKIKDA .	33
	2		57
Sidi Bél Abbes	SARL "Clinique Les Rosiers " .	Sis, 09 Rue Bellaha Abbès, Cne Sidi Bel Abbès .	22
	Dr CHIALI Abdenour .	Sis, 03 Rue des frères BELAMRI , Cne Sidi Bel Abbes .	16
	2		38
Annaba	SARL"Clinique M-CH et cardiovasculaire ABOU MARWAN"	Sis, Plaine Ouest, Sidi Harb ,Cne Tlemcen .	66
	DRS .MESSERER Mohamed et KADIR Mohamed-EL AURASSI- .	Sis,17 Boulevard FELLAH Rachid ,Cne Annaba.	25
	SARL" Clinique Belle vue Elysa " .	Angle route de elysa seraidi, Boulevard Elysa ,Cne Annba .	31
	Clinique EL FARRABI.	Sis, 23 Rue Hacene Chaouch Mohamed Kamel , Cne Annaba .	43
	SARL "Clinique SEYBOUSSE " .	Sis, 65 Rue colonel Amirouche ,Cne Annaba .	20
	SARL "Clinique Les Jasmins " .	Sis, Cité Génisider , Oued Kouba , Cne Annaba .	30

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privés

	SARL "Clinique El DJAZAIR " .	Sis, Boulevard Amar Bouzid, Cité les peupliers 600 logements ,Cne Annaba	49
	SARL " Clinique Ibn Nafis " .	Sis,Routenationale n ° 44 , Cne Annaba.	44
	SARL " Clinique El Alia Djadida "	Sis, Cité Génisider , Oued Kouba , Cne Annaba .	20
	9		308
Guelma	"Société de solidarité Clinique CALAMA Et Compagnie " .	Sis, Cité Bara Lakhdar , Cne Guelma .	37
	SARL " Clinique Naim " .	Sis, Zone touristique , Cne Hammam El debagh .	23
	2		60
Constantine	EURL "Clinique El ANOUAR " .	Sis, 17 place Achouri mohamed surface el mansourah,	23
	SARL "SOMEDEX " -Mohamed El Mahdi-	Sise, Cité des Muriers , Cne Constantine.	32
	SARL " Clinique RABIE frère BOURBIA " .	Sis, lot n° 214 zone industerielle el rimel ,Cne Constantine .	62
	"Dr . BENBOUHEDJA Sebti "- Ibn Rochd-	Sis, lotissement Abdel hafid Boussouf lot 02 n° 581 ,Cne Constantine .	32
	SARL" Clinique DJBEL EL OUAHCH " .	Sis, 76 Rue 11 décembre 1960, cité djbel el ouahch ,Cne Constantine .	23
	SARL "SOPREMED "- NAOUFEL-	Sis, Groupe Belhadj Mustapha Ain el Bey ,Cne Constantine .	27
	EURL" Centre Anti Cancer de radiothérapie ATHENA " .	Sis, Zaouaki Ain El bey ,Cne Constantine .	36
	SARL "Clinique MASSINISSA " .	Sis,cité Soumaa 50 , partie 22 ,Cne El Kharoub .	34
	SARL " Clinique Dar El Chiffa " .	Sis, ZOUAGHI Yakoub Ain El Bey ,Cne Constantine .	36
	9		
Médéa	EURL "Clinique chirurgicale et obstétrique ESSAHL " .	Sis , Cité 20 Aout 1955, Cne Beni Slimane .	18
	1		18
Mostaganem	Dr KARA Mostapha - EL HABIB - .	Sise, la place du 01 novembre, Cne Mostaganem .	22
	SARL"Clinique Médico chirurgicale KHAROUBI " .	Sis,lot Medjahri A1 ,Cne Mostaganem.	17
	"Clinique EL Hayat Ben osmane " .	Sis, 05 Rue Ben Sayah Ghali , Cne Mostaganem.	24
	SARL"Clinique El KANADISSA " Ex: Les Castor .	Clinique El KANADISSA " .	20
	4		83
M'sila	SARL " Clinique Sidi Thameur " .	Sise,Cité 25 logts ,Route El djelfa , Cne bousaada.	16
	M.HADIBI Ali - EL HABIB - .	Sise ,Cité 20 Aout ,Route Biskra , Cne Bousaada .	21
	SARL" Clinique El Kalaa " .	Sise,Lotissement Sidi Ibrahim n° H-07-20 , Cne M'sila .	46
	EURL " Clinique El HODNA " .	Sise ,Cité El Allia Laid , Cne M'sila .	17
	4		100
Mascara	Clinique Meliani .	Sise,01 Rue Boufaden Makhtar , Cne Mascara .	70
	1		70
Ouargla	EURL " Clinique El Diyaa " .	Sis, Place armée liberation nationale , Cne Ouargla .	30
fin de copie	1		30

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privées

Oran	EURL "Clinique IMENE " .	Sis ,Cité El Amir Abdelkader , lotissement El Mostakbel , Cne Bir El Djir .	13
	EURL "Clinique LOTFI"	Sis,Cité El Amir Abdelkader , lots 110 n° ; A 65, Cne Bir El Djir.	32
	SARL " KARRA Essania " .	Sise , Route Nationale n° 02 , Cne Essania .	78
	Clinique " Dr AMRAOUI Mohamed " .	Sise, Rue p n° 01 Cite othmania , Cne Oran .	15
	SARL " EN NADJAH".	Zhun Istou , Cne Bir El DJIR.	45
	Clinique"Déddouche " .	Sise, 10 Avenue Bessaoud , Abdelhamid , Cne Oran .	20
	SARL" Le Caducée " .	Sise, Cité Khemisti , lotissement 233 lot , Cne Bir El Djir .	30
	EURL" Clinique Nekkache " .	Sise, Rond point Usto , Cne Oran .	15
	Clinique " El Hikma " .	Sise, 195 BD Mustapha Ben Boulaid cité Khemisti , Cne Bir El Djir .	53
	Mm. BOUALEM Farida né HADJ Mokhtar -ELIAS-	Sise, 03 Rue 10 mètres, les castors , Cne Oran .	25
	SARL "Clinique ERRAHMANE " .	Sise, Bir El Djir , Cne Bir El Djir .	40
	Dr ZERHOUNI Djamel Eddine- Les Palmiers - .	Sise ,17 Rue Auguste valentin , Cne Oran .	17
	SARL" Clinique El Imane " .	Sise, 09 Rue boukhatem Ben Ahmed , Cité Es seddikia , Cne Oran .	23
	Clinique "Dr BEN MENSOUR Mohamed" .	Sise , Cité Ibn Rochd , Cne Oran .	23
	EURL "Clinique de neurologie EL ITIM " .	Sise, 08, Rue LAHMAR Djelloul Zaouyet El Amir Abdelkader , Cne El beria	8
	Drs RAHMOUNI Boumédiene et FELLAH Abdelkader -Ibn Sina- .	Sise, Coopérative El Menzel les palmiers , Cne Oran .	15
	SARL" Clinique Chélia" .	Sise , Cité Sidi M'hamed , Ibn Rochd , Cne Oran .	56
	Dr Mostapha Kara Mostapha	Sise, 116 Rue E I Nakib Hamri ,Cité El Saddikia , Cne Oran .	46
	Clinique Ben Serai	Sise, 55 Rue GRINE Belkacem , Cne Oran .	57
	SARL " Clinique d'ophtalmologie yousr El Bassar " .	Sis, Rue Bachir EL Brahimi , Zaouait Khiali Ben Salem Mohamed , Cne Ora	12
	SARL " Etablissement Sanitaire privé Cherrak El Ghosli " .	Sise, Cité El Khalidia , 22 Rue Tirman delmount , Cne Oran .	44
	SARL " Clinique EL MECHOUAR"	Sise, Cité Ibn Sina ,Avenue Sidi El Chahmi n° 44 , Cne Oran .	24
	Clinique "Abed " .	Sise, 18 Avenue Cheikh Abdelkader Médiouni,Cne Oran	
	Mésserghine	Sise, Pont El ben ,Hai Bouamama Route N n°02 , Cne Msserghine	55
	24		746
B B A	SARL " Clinique Baksi Bourenene El Chiffa " .	Sis , El Yachir , Cne El Yachir.	54
	EURL " Errahmane " .	Sis ,n°95 A, Hai Logt 01 Novembre , Cne B B A .	26
	EURL" Clinique Zeraibi " .	Sis , 03 Rue remach Hai 1008 logt , , Cne B B A .	30
	"Dr Akhrouf Boulouar" .	Sis , Route nationale n°05 , Cne Les Anasser .	30
	4		140
Boumerdes	SARL "Clinique Al Salam " -La Vert Colline- .	Sise , Cité 800 logs , Cne Boumerdes.	32
	1		32
El Oued	SARL "Clinique El Rymel " .	Sise, Belle Vue ,la Route de Biska , Cne El Oued.	19

Annexe 04

Listing des établissements hospitaliers privés

		1		19
Khenchela	EURL "Clinique El Widad médicochirurgicale et d'obstétrique " .		Sise, 32 , lotissement Route El Azzaz , Cne Khenchela .	21
	GrandeClinique Mezdaouat.		Sise, Route Babar , Cne Khenchela .	56
		2		77
Souk Ahras	SARL "Clinique Ibn Sina " .		Sis, Route Nationale n° 42 , Cne Souk Ahras.	24
	SARL "Clinique El Manar " .		Sise, Lotissement Tarest n° 01 , Cne Souk Ahras.	20
		2		44
Tipaza	SARL "Clinique El Hasnaa " .		Sise, Route Morad ,C ne Hadjout.	20
	SARL "Clinique Melissa " .		Sise, Sidi Rached ,Cne Sidi Rached .	15
		2		35
Mila	SARL "Clinique El Afia " .		Sise, Cité El zaradeb , lotissement n° 08 , Cne Tedjnent.	27
		1		27
Ain Defla	SARL " Clinique El Ouancharis " .			30
		1		30
Ghardaia	Clinique "La Palmeraie".		Sise, 02 Rue MOUFDI Zakaria , Cne Ghardaia .	15
	SARL "Clinique des Oasis de diagnostique et de Soins " .		Sise, alignement la route nationale n° 01 , Bouhraoua , Cne Ghardaia .	90
	SARL " Clinique Ophtalmologie Etoile du Sud " .		Sise, cité El Moustadjeb , Cne Ghardaia .	22
	" Clinique Le GRAND SUD " .		Sise, Lotissement Metlili El Djadida Noumirate , Cne Metlili .	22
		4		149
				5165



Table des matières

La table des matières

Remerciements

Dédicaces

Résumé en français

Résumé en Anglais

Sommaire

La liste des abréviations

Introduction général.....01

Chapitre(01) : Le système de soins en Algérie

Introduction.....06

Section(01) : Définitions des concepts.....07

1-1) Définition de la santé.....07

1-2) Définition de système de santé.....08

1-3) Définition de système de soins.....09

1-4) Définition de système national de santé.....10

1-5) Définition de secteur privé de soins.....10

Section(02) : L'organisation du système de santé en Algérie.....13

2-1) Le secteur public.....13

2-1-1) Les centres hospitalo-universitaire.....13

2-1-2) Les établissements hospitaliers spécialisés.....13

2-1-3) Les établissements de santé de proximités.....14

2-1-4) Les établissements publics hospitaliers.....14

2-2) Secteur privé.....14

2-2-1) Les cabinets privés.....15

2-2-2) Les établissements privés.....17

2-2-2-1) Les établissements privés à but non lucratif.....17

2-2-2-2) Les établissements privés à but lucratif.....17

La table des matières

2-3) Secteur parapublic.....	19
Section(03) : La complémentarité entre le privé et le public.....	20
Conclusion.....	22
Chapitre (02) : L'évolution du secteur privé de soins en Algérie	
Introduction.....	24
Section(01) : L'évolution historique du secteur privé.....	25
1-1) L'organisation médicale coloniale.....	25
1-2) Genèse de la médecine libérale.....	25
Section(02) : Le secteur privé de soins de 1962 à 1986.....	27
2-1) L'autorisation de s'installer.....	27
2-2) La modification de l'affectation du temps de travail du médecin privé.....	27
2-3) La mise en place d'un zoning.....	28
Section(03) : Le secteur privé de soins de 1986 à nos jours.....	30
3-1) La suppression des contraintes.....	30
3-2) L'ouverture des cliniques et des hôpitaux privés.....	32
Conclusion.....	36
Chapitre(03) : L'évolution des infrastructures privées	
Introduction.....	38
Section(01) : L'évolution de la médecine de ville.....	39
1-1) La réglementation de l'exercice à titre privé des Médecins, Chirugiens-Dentistes, Généralistes et Spécialistes.....	39
1-2) L'offre de soins.....	40
1-3) L'activité de prestation de la médecine ambulatoire privée.....	43
Section(02) : L'évolution des établissements privés.....	45
2-1) Un cadre légal assez peu contraignant.....	45
2-2) Etablissement, capacité, moyen et activité.....	46

La table des matières

2-2-1) Nombre d'établissement.....	46
2-2-2) Moyens techniques et humains.....	48
2-2-3) Activité et localisation.....	49
Section (03) : l'évolution des dépenses de secteur privé de soins	51
3-1) Les dépenses en santé dans le secteur privé.....	51
a) Les dépenses des mutuelles sociales.....	51
b) Les dépenses des entreprises économiques.....	51
c) Dépenses du secteur privé en investissements.....	52
d) Les dépenses des ménages	52
3-2) L'évolution des dépenses en santé (secteur privé) (%PIB) en Algérie.....	53
Conclusion.....	55
Conclusion général.....	57
Bibliographies	
La liste des tableaux	
La liste des figures	
Annexes	
La table des matières	