

**UNIVERSITE MOULOD MAMMARI DE TIZI-OUZOU**  
**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET**  
**DES SCIENCES DE GESTION**  
**DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES**



**Mémoire de fin de cycle**  
**En vue de l'obtention du Diplôme de Master**  
**En sciences économiques**  
**Option : Economie de la Santé**

**Sujet :**

**Le système de santé Algérien : Réformes et perspectives**

**Réalisé par :** Dirigé par :

- **KEBAILI Rebiha** Mme **HAMAZ Sabrina**
- **YOUCEF Bouzid**

Devant le jury composé de :

**Présidente :** Mme **TAOUACHE Samia** Maître-assistante Classe A, UMMTO.  
**Rapporteur :** Mme **HAMAZ Sabrina** Maître-assistante Classe A, UMMTO.  
**Examinatrice :** Mme **LAMROUS Katya** Maître-assistante Classe B, UMMTO.

**Année universitaire : 2016-201**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ANS** : l'Agence nationale du sang

**CNRH** : le Conseil National de la Réforme Hospitalière ;

**CHU** : Centres Hospitalo universitaires ;

**CNAS**: Caisse Nationale D'assurance Sociale ;

**CASNOS**: La Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés ;

**DNS** : dépenses national de santé

**DCS** : La dépense courante de santé ;

**DAS** : direction de l'action sociale ;

**DTS** : La dépense totale de santé ;

**EHS** : Etablissements Hospitaliers Spécialisés ;

**EPSP** : Etablissements Publics de Santé de Proximité ;

**EPH** : Etablissements Publics Hospitaliers ;

**FMI** : Fond Monétaire International ;

**INSP** : l'Institut national de santé publique

**GRH** : Gestion des Ressources Humains ;

**INSP** : l'Institut national de santé publique

**LCPP** : Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques

**MSPRH** : Ministère de la Sante, de la Population et de la Reforme Hospitalière ;

**NHS** : National Heath Service;

**OMS** : l'Organisation Mondiale de la Santé ;

**OCDE** : l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques ;

**PIB** : produit intérieure brute ;

**PCH** : Pharmacie centrale des hôpitaux

**P.M.I** : protection maternelle et infantile ;

**PAS** : programme d'ajustement structurel ;

**RMO** : Les référentiels : les références médicales opposables ;

**SCHIP**: State Children's Health Insurance;

**SROS** : Le schéma régional d'organisation sanitaire ;

**SNS** : service national de santé ;

**USA** : États-Unis d'Amérique ;

**TAN** : taux d'accroissement naturel.

# **DEDICACES**

**A nos chers parents**

**A nos familles**

**A nos amis**

# Remerciements

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

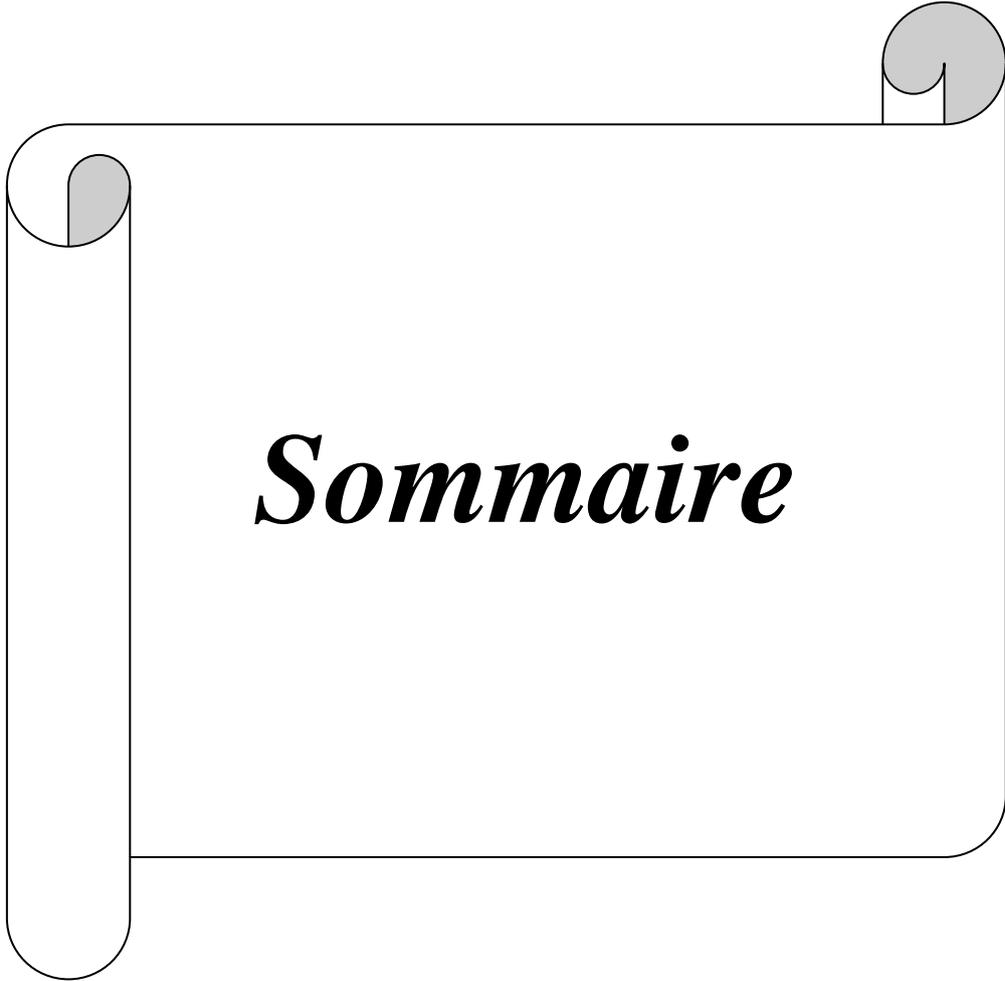
La réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

Nous exprimons nos *sincères reconnaissances et plus vifs remerciements* à M. SALMI Madjid professeur à l'université Mouloud MAMMERI de Tizi-Ouzou, responsable de notre spécialité, pour *ses conseils, ses encouragements et ses orientations*.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à notre directrice de mémoire, M<sup>me</sup> HAMAZ, Sabrina pour son encadrement, son savoir partagé, ses conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui nous a permis d'avancer sur ce travail et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

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

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



# *Sommaire*

## SOMMAIRE

REMERCIEMENT

DEDICACE

RESUME

LISTE DES ABREVIATIONS

**Introduction générale..... 4**

**Chapitre I : Les différents systèmes de santé dans le monde.....8**

**Introduction.....8**

**Section 01 : Concepts théoriques relatifs à la santé.....8**

**Section 02 : Présentation des différents systèmes de santé ..... 15**

**Conclusion .....27**

**Chapitre II : Le système de santé Algérien .....28**

**Introduction..... 28**

**Section 01 : Evolution et organisation du système de santé algérien .....28**

**Section 02 : Financement du système de santé algérien ..... 34**

**Section 03 : Evolution des dépenses de santé en Algérie.....39**

**Conclusion .....48**

**Chapitre III : Les réformes de système de santé Algérien .....49**

**Introduction .....49**

**Section 01 : Les principales réformes mises en œuvre pour le système de santé en Algérie.49**

**Section 02: Etat d'avancement des reformes du système de sante en Algérie .....64**

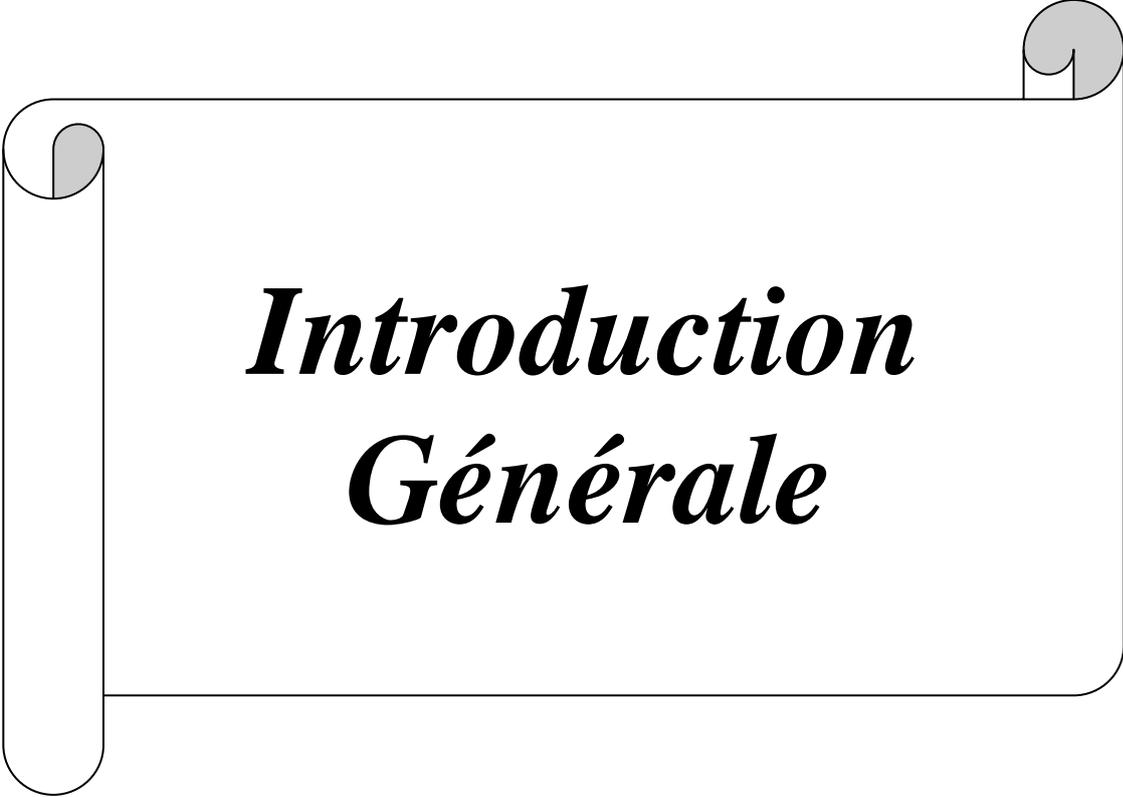
**Conclusion ..... 69**

**CONCLUSION GENERALE .....71**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 74**

**LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES**

**TABLE DES MATIERE**



***Introduction  
Générale***

## INTRODUCTION GENERALE

---

Les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier. Les systèmes de santé comprennent toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé. Pendant des siècles, ils constituent des entités de petit taille, généralement privées ou caritatives et la plupart du temps inefficaces, ils ont connu au cours de ce dernier siècle une véritable explosion à mesure que l'on acquiert et que l'on applique de nouvelles connaissances.

En effet, l'Algérie, comme tous les pays en développement, a accompli des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population, surtout dans un contexte économique favorable et l'abondance des ressources financières au cours des années 70 et au début des années 80, grâce aux recettes pétrolières. Cette période a été marquée par une réorganisation profonde du système de santé avec d'abord, l'instauration de la gratuité des soins en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant la gratuités des soins), puis la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires ( les hôpitaux, polycliniques et centres de santé...etc.) et enfin l'investissement dans la formation du personnel médical, ce qui a donné, plus tard des résultats satisfaisants en terme d'amélioration de l'état de santé de la population.

Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système national de santé et qui risque de remettre en cause deux principes fondamentaux à savoir l'accessibilité et l'équité. Ainsi, le système de santé connaît un certains nombres de faiblesses (l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ces modalités de financement face aux mutations socio-économiques, démographiques et épidémiologique que connaît le pays), c'est sur la base de ces faiblesses que les autorités nationales ont formulé des objectifs, des axes stratégiques et des actions à entreprendre en vue de développer et d'améliorer les performances du système national de santé.

Devant cet état de fait, les pouvoirs publics ont pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réformes profondes du système de santé. Réformer signifie à l'évidence changement positif. Réformer un système de santé implique toutefois plus qu'une simple amélioration des soins ou des services de santé, *Peter Berman* : définissait la réforme du secteur de santé comme étant celle produite par un effort soutenu délibéré et fondamental. Ce n'est pas le résultat d'une mesure aussi évolutionnaire soit-elle, une réforme est un processus

# INTRODUCTION GENERALE

---

planifié, visant la dimension stratégique du système de santé et comportant un ensemble de mesures et d'interventions ciblées<sup>1</sup>.

## Intérêt et importance du sujet

- Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé.
- L'importance de ce sujet tire son origine du manque de travaux universitaires dans ce domaine. Notre modeste contribution peut être considérée comme une source de documentation pour les autres étudiants qui viennent après nous et mettre, à leur disposition des informations qui peuvent être utiles pour effectuer leurs recherches dans ce domaine.

## Problématique :

L'objectif de notre travail est de monter le degré d'efficacité des principales réformes apportées au système de santé algérien, et la réalisation de leurs objectifs visés.

Ainsi, notre problématique peut se formuler comme suite : **Qu'elles sont les réformes entreprises dans le système de santé Algérien?**

Afin de cerner notre problématique quelques questions subsidiaires en découlent à savoir :

- Quels sont les sources de financement du système de santé en Algérie ?
- Quels sont les dysfonctionnements de système de santé en Algérie ?
- Quelles sont les perspectives d'avenir du système de santé algérien ?

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

- Le système de santé Algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances ;

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE. O : « les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse », mémoire de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013, P .46.

# INTRODUCTION GENERALE

---

- Les réformes de système de santé engagées par le ministère de la santé ont pour objectifs l'amélioration et la modernisation de la gestion des établissements de santé publique en Algérie.

## **Objet de la recherche**

La constitution de notre objet de recherche est un élément clé d'investigation, elle constitue le fondement sur lequel nous nous appuyons tout au long de ce travail de recherche.

L'objet de notre recherche est de présenter les différents systèmes de santé dans le monde et leurs sources de financement et les dysfonctionnements de financement de système de santé algérien et les principales réformes mise en œuvre.

## **Les difficultés rencontrées :**

Les difficultés rencontrées pour la réalisation de ce mémoire de master réside dans l'indisponibilité de la documentation qui soit en relation directe avec notre thème ;

Le manque des données statistiques récentes concernant le financement et l'organisation du système de santé Algérien ;

## **Méthodologie de la recherche**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche et pouvoir répondre au mieux à la problématique posée, nous avons adopté, une visée compréhensive et descriptive basée sur des notions théoriques et fondées sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur :

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

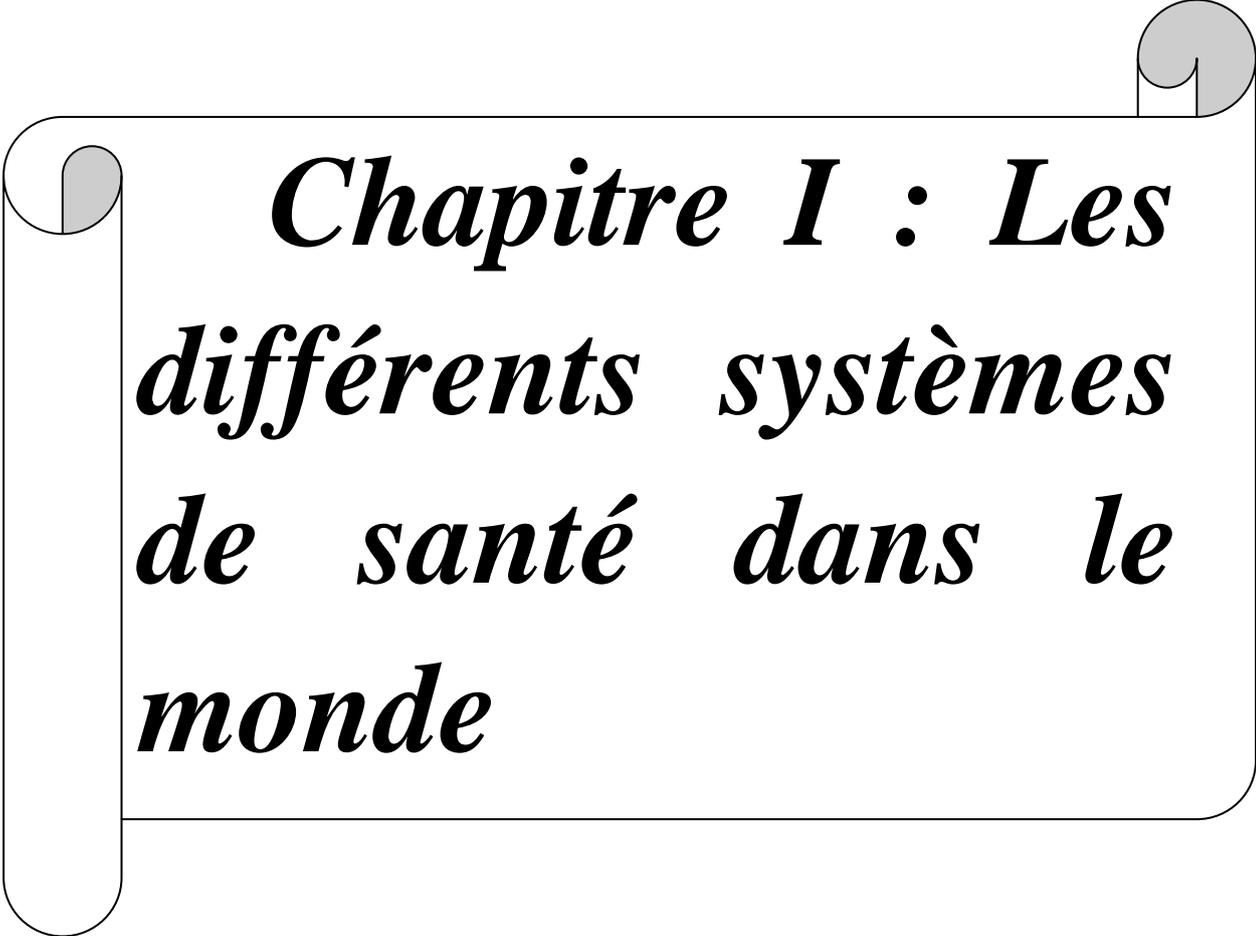
## Plan d'exposition

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

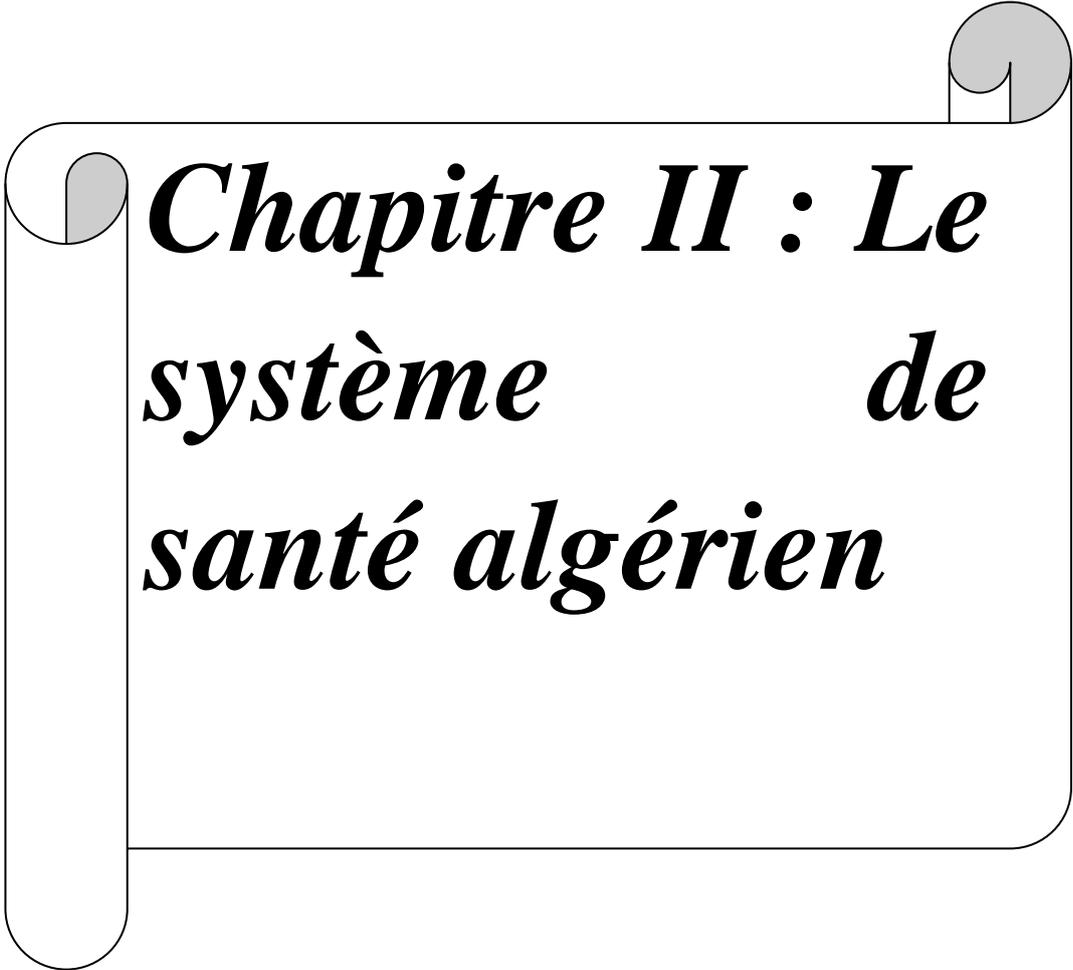
**Le premier chapitre :** est subdivisé en deux sections la première portera sur les concepts théoriques relatifs à la santé et d'une deuxième section, présentation des différents systèmes de santé.

**Le deuxième chapitre :** nous conduira à présenter le système de santé algérien dans une première section, quant à la deuxième elle sera consacré au financement du système de santé algérien et la troisième section, Evolution des dépenses de santé en Algérie,

**Troisième chapitre :** dans la première section nous présentons les principales réformes du système de santé en Algérie, quant à la deuxième section il sera consacré à l'Etat d'avancement des réformes du système de santé en Algérie, et les perspectives d'avenir.



***Chapitre I : Les  
différents systèmes  
de santé dans le  
monde***



***Chapitre II : Le  
système de  
santé algérien***

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

### Introduction

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

Les systèmes de santé sont très dépendants du financement des dépenses de santé. L'Etat doit veiller à sécuriser les ressources et les dépenses du secteur, améliorer leur gestion et rendre la dépense efficace, et garantir l'accès du plus grand nombre de la population.

La maîtrise des dépenses doit s'organiser autour de certaines réalités : la première est que les contributions de l'Etat et des caisses d'assurances sociales aux dépenses de santé ont chutés de façon importante malgré l'augmentation des besoins de la population ; la deuxième est que les pouvoirs public doit agir pour maîtriser ses dépenses et trouver d'autres sources de financement.

En Algérie l'augmentation des dépenses relève de plusieurs facteurs, l'accroissement considérable de la longévité donnant lieu aux maladies chroniques et celle dégénératives, dont les coûts de traitement sont élevés et de longue durée, le développement de l'offre de soins, sa diversification et son degré de spécialisation accentuée, incorporant des technologies innovantes, sont des facteurs qui favorisent la croissance des dépenses de santé.

L'objectif de ce chapitre est de présenter le système de santé algérien, ses caractéristiques, ses sources de financement et enfin analyser l'évolution des dépenses de santé.

### **Section 01 : Evolution et organisation du système de santé algérien**

Durant les années d'occupation, la population algérienne, en grande partie rurale, se caractérisait par une grande pauvreté, un accès limité à l'emploi, aux services de santé et d'éducation, une protection sociale insuffisante voire inexistante pour une grande majorité. Cette situation résultait d'une politique systématique de ségrégation et d'exclusion. La justice sociale, l'accès à des conditions de mieux-être et l'égalité des droits ont donc, tout naturellement, constitué l'essentiel des revendications de la population.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

### 1.1- Organisation du système de santé algérien

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

Selon le Rapport sur la Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Algérie occupe le 45ème rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Elle est classée au 81ème rang en matière de performance globale du système de santé<sup>1</sup>.

Le système de santé est dirigé par le ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH). Ce dernier a pour mission de mettre en application le programme d'action du gouvernement. Ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé ce qui suit:

- ✓ Améliorer la couverture sanitaire ;
- ✓ Améliorer la qualité des prestations ;
- ✓ Prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique;
- ✓ Rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.
- ✓ organismes de sécurité sanitaire : l'Institut national de santé publique(INSP) qui a à sa charge toute la surveillance épidémiologique sur tous le territoire national, le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques(LCPP) chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993), l'Agence nationale du sang(ANS) qui a la charge de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995), le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le Centre national de toxicologie, qui a la responsabilité de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicament et à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998);
- ✓ organismes d'appui logistique : l'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) chargé d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaire publiques en produits pharmaceutiques (1994);
- ✓ organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information : l'Ecole nationale de santé publique, l'Institut national de pédagogie et de formation

---

Jhjjh,<sup>1</sup>OMS, stratégie de coopération avec les pays2002-2005. [en ligne], Format PDF disponible sur : [http://www.who.int/whr/2005/11\\_annexes\\_fr](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr) . P10.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé<sup>1</sup>.

Quant aux personnels et aux structures de santé sont, dans chacune des 48 wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de wilaya.

Il convient de souligner qu'au sein de ce système coexistent trois sous-ensembles : le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé. Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles, dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-05 permet à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et que, d'autre part, des personnels du secteur privés peuvent exercer après conventionnement au sein du secteur public<sup>2</sup>.

La hiérarchisation des soins est placée au premier rang dans l'organisation du système de santé algérien. Elle consiste à différencier les actions de soins relevant de la compétence sanitaire du système de base, c'est-à-dire des structures extra - hospitalières de celles relevant des structures hospitalières selon des niveaux déterminés et différenciés en fonction du degré de technicité des soins exigés ou plutôt souhaités.

- **Les soins du 1<sup>er</sup> niveau:** il concerne les soins de santé de base, telles que les consultations médicales, soins dentaires, soins pour la mère et l'enfant, soins infirmiers, explorations, éducation sanitaire, activités de prévention et les urgences de premier recours<sup>3</sup>. Pour répondre aux besoins de soins de ce niveau, on trouve des salles des soins, des polycliniques, des cabinets médicaux privés qui sont installés dans les quartiers urbains, des communes ainsi que dans le sud et dans les zones dites isolées.
- **Les soins de 2<sup>ème</sup> niveau :** ce sont des soins donnés au niveau des hôpitaux de daïra, de wilaya ou de région. Ces structures sont censées délivrer des consultations de médecine générale et de spécialité de base, comme la médecine interne, la chirurgie générale, laboratoire biologie et la pédiatrie. Ces structures ont la possibilité de transférer leurs malades vers l'hôpital du secteur sanitaire ou, si l'état de santé du

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE.O : « *les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse* », mémoire de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE.O Op, Cit., p. 32.

<sup>3</sup> ABID.L : *Organisation du système actuel de santé et perspectives*, colloque international sur les politiques de santé, Alger le 18 et 19 janvier 2014.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

patient l'exige, vers l'EHS (Etablissement Hospitalier Spécialisé) ou le CHU. Il faut noter que ces deux premiers niveaux ont une importance du fait qu'ils conditionnent l'efficacité des programmes de santé et des soins primaires. Ils permettraient aux hôpitaux de secteur d'être plus efficaces dans les soins secondaires<sup>1</sup>.

- **Les soins de 3<sup>ème</sup> niveau** : ces soins sont assurés dans les hôpitaux de secteur sanitaire et certaines cliniques privées. Ils dispensent les soins primaires et secondaires. L'hôpital de secteur comporte au minimum un service des urgences, des consultations externes, une unité de stomatologie, quatre services de base (médecine, chirurgie, pédiatrie et obstétrique) et un plateau technique (radiologie et laboratoire). De plus, c'est au niveau de l'hôpital du secteur sanitaire que siègent les services chargés de faire appliquer les programmes de prévention, les programmes nationaux de santé, les activités sanitaires orientées vers la mère et l'enfant, la prise en charge et le suivi des maladies chroniques, l'hospitalisation à domicile de certains cas chroniques (cancers en stade terminal, accidents vasculaires cérébraux...) et les consultations des équipes mobiles en zones isolées.
- **Les soins de 4<sup>ème</sup> niveau** : il s'agit de soins spécialisés et hautement spécialisés mis en place pour la wilaya, les activités sont réservées à la prévention et au traitement de maladies lourdes, telles que les maladies cardiovasculaires, cancer, mais aussi traumatologie, les grands brûlés, la dialyse rénale, immunologie, gastro-entérologie, médecine nucléaire, radiothérapie. Donc ces soins sont hautement spécialisés et nécessitent des moyens financiers et humains très importants et sont assurés dans les CHU et les EHS ainsi que dans certaines cliniques privées. Les CHU ont d'autres missions que celles de la santé publique, qui se résument dans :
  - La formation du personnel de santé sous l'autorité de la faculté de médecine ;
  - Effectuer des études et des travaux de recherche<sup>2</sup>.

### 1.2- Historique et Evolution du système de santé algérien

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

---

<sup>1</sup>MSPRH, Rapport final sur la réforme hospitalière, septembre 2003.P 29.

<sup>2</sup> Ibidem p.30

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

**1.2.1- La période 1962 à 1973 :** Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure insuffisante. Cette infrastructure était centralisée dans le nord du pays et les grandes villes, elle couvre les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins.

A cette époque, la situation sanitaire marquait par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention<sup>1</sup>. Les indicateurs sanitaires de cette époque se caractérisaient par<sup>2</sup> :

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

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

- La prévention à travers la généralisation de la vaccination ;
- La mise en place des programmes nationaux de santé afin de lutter contre les maladies transmissibles et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité) ;
- La prise en charge gratuite par l'Etat des malades atteints de certaines maladies (tuberculose, malnutrition...) ;
- Le développement des centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.) et des centres d'hygiène scolaire pour renforcer la politique de protection maternelle et infantile ;

Cette phase a permis de développer l'offre de soins et de lutter contre les grands fléaux épidémiques, ce qui a permis l'amélioration de l'état de santé de la population<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Rapport NABNI 2020 : « Cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 ». Janvier 2013, p.6.

<sup>2</sup> MSPRH : *Système National de Santé* ». Assises Nationales de la santé, Alger 26,27 et 28 Mai 1998, p.5.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

### 1.2.2- La période 1974 à 1986

L'Etat déclarait l'instauration de la médecine gratuite à partir de janvier de 1974 (ordonnance 73,65 du 28 décembre 1973) dans l'ensemble des services publics<sup>2</sup>. Désormais toute la population est couverte sans exceptions cela est confirmé deux ans après dans la charte nationale qui stipule : « L'Etat à la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population »<sup>3</sup>. Sur le plan de l'état de santé de la population, cette période est caractérisée par une amélioration notable qui s'est traduite par :

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

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

### 1.2.3- La période 1986-2002

La politique mise en œuvre jusqu'en 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers et de l'endettement de l'Algérie, ainsi que l'augmentation de la demande des soins en raison de la gratuité des soins. Le programme de la santé connaît un net recul dès 1986/1987, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

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

Cette phase est caractérisée par :

---

<sup>1</sup>AMALOU.M : « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009, p.9.

<sup>2</sup>AMALOU M (2009), Op, Cit., p. 10.

<sup>3</sup>OUFRIHA F-Z : *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, Alger, 1992, P. 14.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

- **Une transition épidémiologique**

- Baisse remarquable de maladies transmissibles (tuberculose, maladies cibles du programme élargi de vaccination...);
- Augmentation des taux d'incidence des maladies non transmissibles (diabète, hypertension artérielle, cancers, maladies cardio-vasculaires...).

L'Algérie fait face à un double fardeau de morbidité, c'est-à-dire la cohabitation des maladies de la pauvreté avec celles dites de civilisation. En parallèle, la réduction des niveaux de mortalité et de la fécondité amorce également une transition sur le plan démographique.

- **Une transition démographique<sup>1</sup>**

- Amorce du vieillissement de la population (6,7%) ;
- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine) ;
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans).

### 1.2.4- La période de 2002-2011

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

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

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

## Section 2 : Le financement du système de santé algérien

En Algérie, le financement de la santé reste une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population. Il doit être fondé sur la solidarité nationale afin d'atteindre l'accessibilité de soins de santé pour tous, à partir de janvier 1974 c'est l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques, le système de santé a principalement été financé par deux bailleurs de fonds : le budget de l'état et la sécurité sociale<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Rapport NABNI 2020, *Op. Cit.*, p.9.

<sup>2</sup> BOULAHBAL. B : « *besoin sociaux à l'Horizon 2025* », l'Algérie de demain, Alger, décembre 2008, in <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06423.pdf> consulté le 20/09/2017.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

Les modes de financements de la santé ont été énumérés dans la charte de la santé et la loi n° 85-05 du 16 février 1985.

### 2.1- Les sources de financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement sont les suivantes : l'Etat, les caisses de sécurité sociale, les ménages, les mutuelles et les collectivités locales<sup>1</sup>.

**2.1.1 -L'Etat :** l'Etat prend en charge les dépenses de fonctionnement et d'équipement alloués annuellement au ministère de la santé et de la population<sup>2</sup>. Différents programmes de prévention et de lutte contre les principales maladies ont été entrepris et de gros investissements liés à la construction des établissements publics sanitaires et hospitaliers sont pris en charge par l'Etat.

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

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

**2.1.4- Les mutuelles :** l'article 06 de la loi 90-33 stipule que les travailleurs salariés d'institutions, d'établissement publics, d'entreprises publiques et privés et les personnes

---

<sup>1</sup> ART. 228- Le financement des services publics de santé est assuré par l'État. Les services publics de santé sont également financés par les organismes de sécurité sociale, suivant des critères et des proportions fixés par la législation et la réglementation en vigueur.

ART.229. - Les entreprises et administrations concourent au financement de la santé, dans le cadre des actions programmées conformément à la législation et à la réglementation relative aux œuvres sociales.

ART.230- Les collectivités locales participent au financement des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur

Art. 231. - Les bénéficiaires de soins peuvent être appelés à contribuer au financement des dépenses de santé, dans le respect des dispositions de l'article 22 de la présente loi. Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 232. - La participation des organismes de sécurité sociale au financement de réalisation à caractère sanitaire s'insère dans le plan national de développement de la santé, et est soumise aux procédures en vigueur en matière d'investissements planifiés. Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire.

Art. 233. - Les entreprises, les organismes publics et les collectivités locales peuvent être appelés également, à concourir au financement de réalisation à caractère sanitaire, selon les procédures en vigueur en matière d'investissement planifié

<sup>2</sup> ZIANI .Z : « Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012, p. 38.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

exerçant pour leur propre compte peuvent constituer des mutuelles<sup>1</sup>. Les mutuelles interviennent dans la prise en charge des 20% de dépenses des adhérents et ayant droit.

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

### 2.2- Evolution des sources de financement de la santé en Algérie

Depuis l'indépendance, l'Etat algérien a accordé une grande importance pour le secteur de la santé et son financement. La participation de l'Etat dans le budget du secteur sanitaire se trouve au niveau du budget de fonctionnement ainsi que le financement de la totalité du budget d'équipement ou d'investissement. Il participe sur la base des cahiers des charges et la budgétisation des programmes de préventions.

L'évolution de cette participation a pris une ampleur avec l'instauration de la gratuité des soins en 1974. En effet, la contribution de l'Etat au financement du système de santé était à plus de 76,51 % en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des années, surtout au milieu des années quatre-vingt, ceci est dû à la crise et à la chute brutale des prix du pétrole qui a eu un effet négatif sur les recettes et le budget de l'Etat, où on a constaté des taux de contribution qui s'élèvent à 48,04 % en 1983, et seulement 36,60 % en 1986. La diminution des participations de l'Etat a été compensée par la contribution des organismes de la sécurité sociale dans le financement du système de santé.

À partir des années 2000, et avec l'amélioration des recettes de l'Etat, on assiste à une hausse de la contribution de l'Etat dans le financement des dépenses de santé, les taux sont passés de 42,56 % en 1999 à 81,53 % en 2009, et l'Etat redevient le financeur principal du secteur de la santé.

A partir de 2005<sup>2</sup>, la participation des ménages commence à décroître. La part de l'Etat devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette année, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permettent à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé. (Cf. **Tableau 1**).

---

<sup>1</sup> MSPRH: *Compte nationaux de la santé de l'Algérie*, Années 2000-2001, mai 2003, p.45.

<sup>2</sup> ZIANI.L, ZIANI.Z (2012), *Op, Cit.*, p. 7.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

**Tableau N°01 :** Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses de santé

Années	Etat	Sécurité Sociale	Ménage
1974	76,51	23,49	0,00
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,60	61,40	2,00
1987	34,21	64,20	1,59
1988	27,50	51,20	21,30
1992	30,50	38,87	29,30
1994	34,50	37,10	27,00
1996	38,45	35,64	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1998	34,09	39,70	26,20
1999	42,56	29,33	28,10
2000	47,27	26,02	26,70
2001	51,62	25,77	22,60
2002	48,42	26,88	24,70
2003	50,38	27,01	22,60
2004	48,43	24,01	27,50
2005	51,16	23,63	25,20
2006	53,80	27,40	18,80
2007	50,70	30,90	18,40
2008	55,10	31	13,90
2009	55,20	31	13,80

**Source :** KAID.T.N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue Internationale de sécurité sociale n°4 vol.57, Edition scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, P.116.  
OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006. In www.who.int  
OMS, Rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int

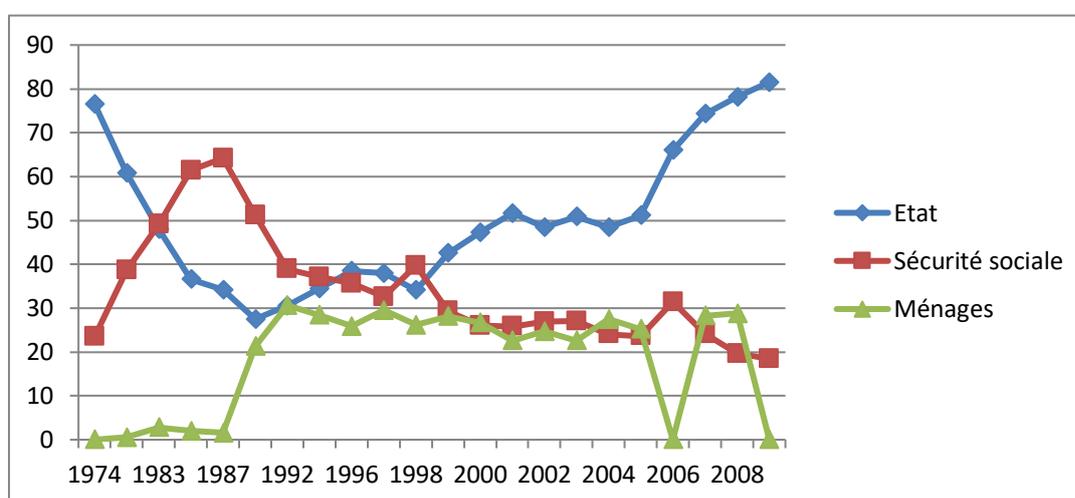
Le tableau n°01 montre l'importance des sommes engagées pour la santé et du rôle joué par les deux principaux financeurs de la santé, en l'occurrence l'Etat et la Sécurité sociale. Les données traduisent une situation où l'Etat était le principal financeur de 1974 à 1983, il se désengage à partir de 1986 jusqu'à 1994, à partir de 1996 il regagne sa position initiale.

En revanche, il convient de noter que les chiffres du tableau 1 ne reflètent pas les dépenses réelles des ménages, puisque ces données sont évaluées sur la base des tarifs

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

officiels des actes médicaux et paramédicaux, datant de 1987. Ces mêmes tarifs servent de base pour le remboursement des assurés sociaux, où les tarifs des consultations chez le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le chirurgien-dentiste sont fixées respectivement à 50 DA ,100 DA et 40 DA, toutefois, les tarifs appliqués par ces mêmes médecins y sont largement au delà. Surtout que les malades sont contraints de recourir le plus souvent aux services des praticiens privés, du fait de la mauvaise qualité des soins offerts par les structures publiques et de longue liste d'attente. Cette situation a développé une médecine à deux vitesses.

**Figure n°2 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses des dépenses**

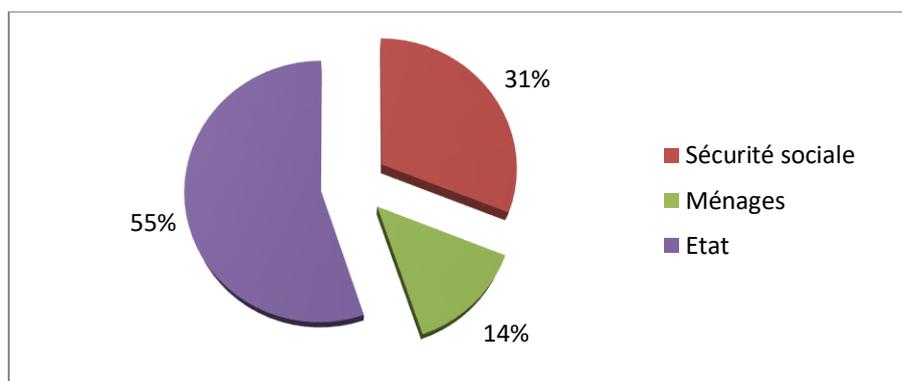


Source : réalisée à partir des données du tableau 1.

L'Etat, la Sécurité sociale et les ménages sont les trois principaux acteurs qui interviennent dans le financement de la santé. En Algérie, les ressources qui peuvent être allouées à ce secteur sont tributaires de la conjoncture économique.

En 2009, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 31% et la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé était de 55,2%. Quant à la participation des ménages, elle est de 13,8%. (Cf. figure 2).

**Figure n°3 : Les sources de financement d la santé en Algérie en 2009**



Source : figure réalisée par nos soins à partir des données du tableau 1.

### Section 3 : Evolution des dépenses de santé en Algérie

L'Algérie est actuellement confrontée à une croissance tendancielle des dépenses de santé plus rapide que celle de sa richesse nationale. Elle doit faire face dans l'avenir aux conséquences du vieillissement de sa population, qui, compte tenu de la forte concentration des dépenses individuelles de santé aux âges élevés, risque d'accentuer les tensions sur le système de soins.

#### 3.1- Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB

Sur le plan international, le système de santé algérien se situe à un niveau légèrement inférieur à celui des pays à revenu intermédiaires, les dépenses nationales de santé ont connu une progression non régulière<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Banque mondiale : revue des dépenses publique : document de la banque mondiale volume I, *l'Algérie à la recherche d'investissement de qualité*, banque mondiale, 2011.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

**Tableau n°02 : Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB en Algérie**

Années	DNS en M.ds. DA	Taux d'évolution	DNS En % Du PIB	DNS/h en \$	DNS/habitant en DA
1990	23,66	-	5,74	-	1701
1996	87,62	270,33	3,27	110	1440
1997	100,16	14,31	3,53	120	1457
1998	113,37	13,19	3,77	145	1457
1999	128,92	13,16	3,61	137	1463
2000	155,06	20,28	3,76	132	-
2001	173,37	12,11	4,08	149	1597
2002	195,20	12,28	4,22	145	1605
2003	177,58	-9,02	3,70	154	1938
2004	208,85	17,60	4,39	167	2319
2005	196,80	-5,77	3,88	170	3243
2006	216,14	9,82	4,22	149	-
2007	222,45	2,96	4,37	173	-
2008	225,55	1,39	4,52	271	-
2009	-	-	4,99	267	-
2010	-	-	5,82	332	-
2011	-	-	6,54	379	-

**Sources :**

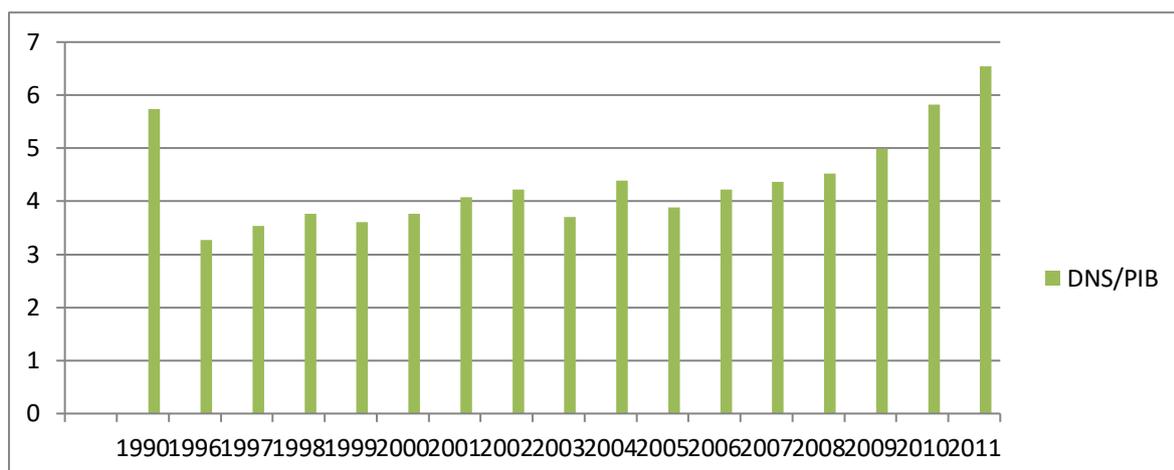
- Les chiffres publiés par l'ONS ;
- KAID .T.N : *le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants*. Thèse de doctorat d'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003 ;
- OMS. : statistique mondiale, rapport sur la santé dans le monde N° 198,2011 ;
- Rapport de la banque d'Algérie contenant des données statistiques sur plusieurs années.

D'après les données du tableau relatif à l'évolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB, il convient de tirer les constats suivants :

- ✓ Une augmentation des dépenses nationales de santé, passant d'un montant de 23,66 Mds de DA en 1990 à 225,55 Mds. de DA en 2008.
- ✓ Les dépenses de santé en % du PIB ont connu, elles aussi une évolution durant la période étudiée (cf. figure N°4).

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

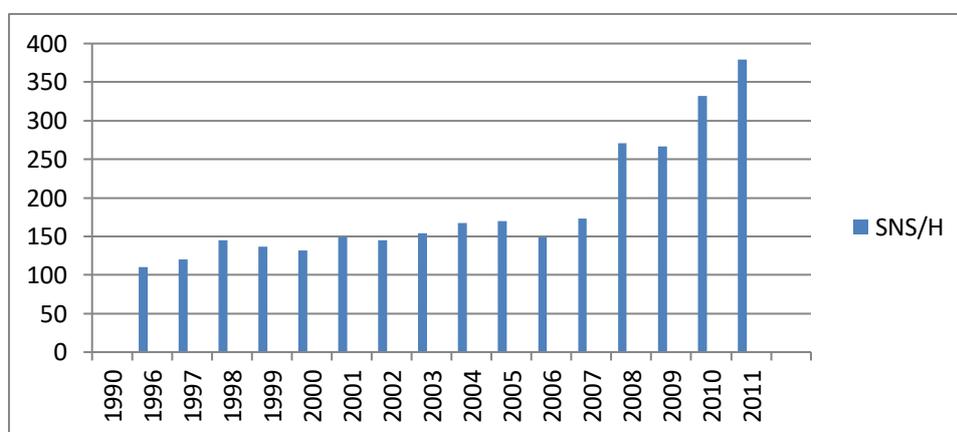
**Figure n°04 :** Evolution des dépenses national de santé en % du PIB en Algérie



**Source :** réalisé par nous même a partir des données de tableau n°02.

Les dépenses de santé en Algérie représentent une part croissante du PIB, elles ont atteint des niveaux très élevés, passant de 4,8% en 2001, à 4,52% du PIB en 2008 pour atteindre 6,54% du PIB en 2011 et cela s'explique par de multiples raisons à savoir: le vieillissement de la population, le progrès technique, l'augmentation de la densité médicale,...

**Figure n°05:** Evolution des dépenses national de santé par habitants en Algérie



**Source :** Réalisée par nous même a partir des données du tableau n° 02.

A partir du tableau n°02 nous remarquons que les dépenses de santé par habitant n'ont pas cessé d'augmenter, passant de 111\$/h en 1996, à 149\$/h en 2001 pour atteindre en 2011 379\$/h. En raison de l'augmentation des recettes pétrolières qui ont engendré un accroissement du budget de l'Etat consacré à la santé.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

### 3.2- Evolution des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé par chapitre entre 2005 et 2013

Le secteur de la santé a bénéficié d'une enveloppe financière importante, afin de poursuivre les réformes et les efforts entrepris par les pouvoirs publics dans ce secteur au cours du premier programme quinquennal (programme de soutien à la relance économique entre 2000 et 2004).

En effet, le budget de fonctionnement des établissements publics de santé a connu une augmentation très importante entre 2005 et 2013, passant d'un budget de plus de 96 milliards de dinars en 2005 à plus de 373 milliards de dinars en 2013.

Les différents chapitres au sein du budget de fonctionnement ont aussi connu des modifications dans les dotations budgétaires allouées à chaque chapitre. Le tableau suivant montre l'évolution de ces dotations entre 2005 et 2013, et permet de tirer des constats et des remarques relatives à ces dépenses.

**Tableau n°03: Evolution des dépenses de fonctionnement entre 2005-2013 :**

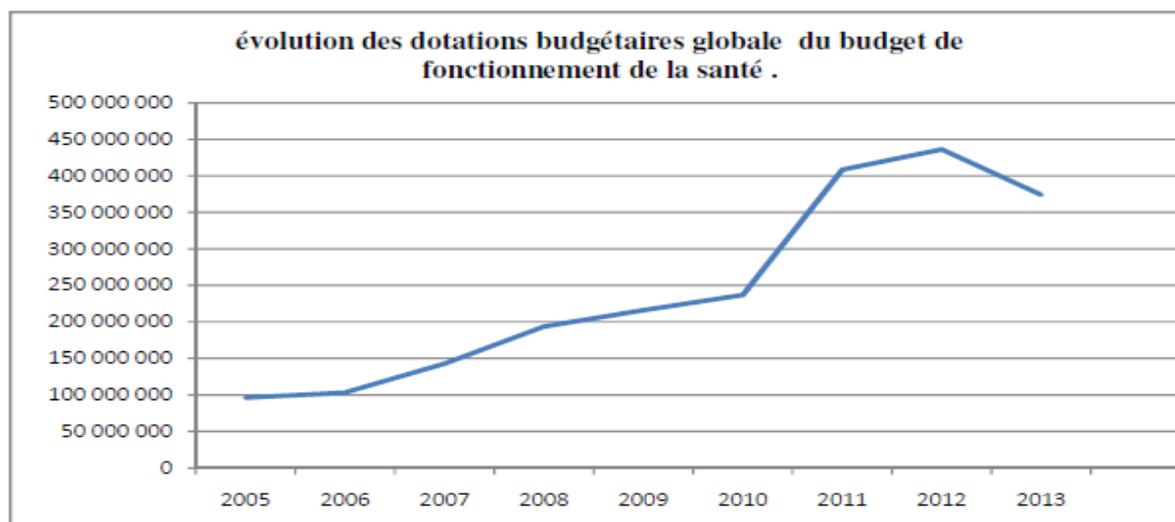
En milliers de DA

Années / Chapitres	2005	2008	2011	2012	2013
Dépenses de Personnels	56 739551	106767079	278 077 948	322244 334	258 322 537
Dépenses de Formation	2275000	5825882	18 532 281	24 547 670	18 518 193
Alimentation	1813000	5109058	7 071 706	7 290 999	8 082 887
Médicaments	18500000	40124693	58 750 159	42 154 862	43 420 541
Dépenses d'actions spécifiques et de prévention	23730000	492150	6993223	4 078 038	4 705 437
Matériel médical	4070000	9937010	11038301	9 310 894	10 793 307
Entretien des infrastructures sanitaires	3000000	7478490	9922070	8 791 988	9 917 554
Autre dépenses de Fonctionnement	6040000	1195005	15482265	15 086 421	14 967 426
Œuvre sociales	1226000	1720000	2574960	2 717 500	5 023 700
Dépenses de recherche médicale	45000	50000	47500	47 000	49 000
<b>Total</b>	<b>96438551</b>	<b>193890787</b>	<b>408490413</b>	<b>436269 706</b>	<b>373 800 582</b>

Source : MSPRH : données de direction générale de budget.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

**Figure n° 06:** Evolution des dotations budgétaires globales du budget de fonctionnement des établissements publics de santé.

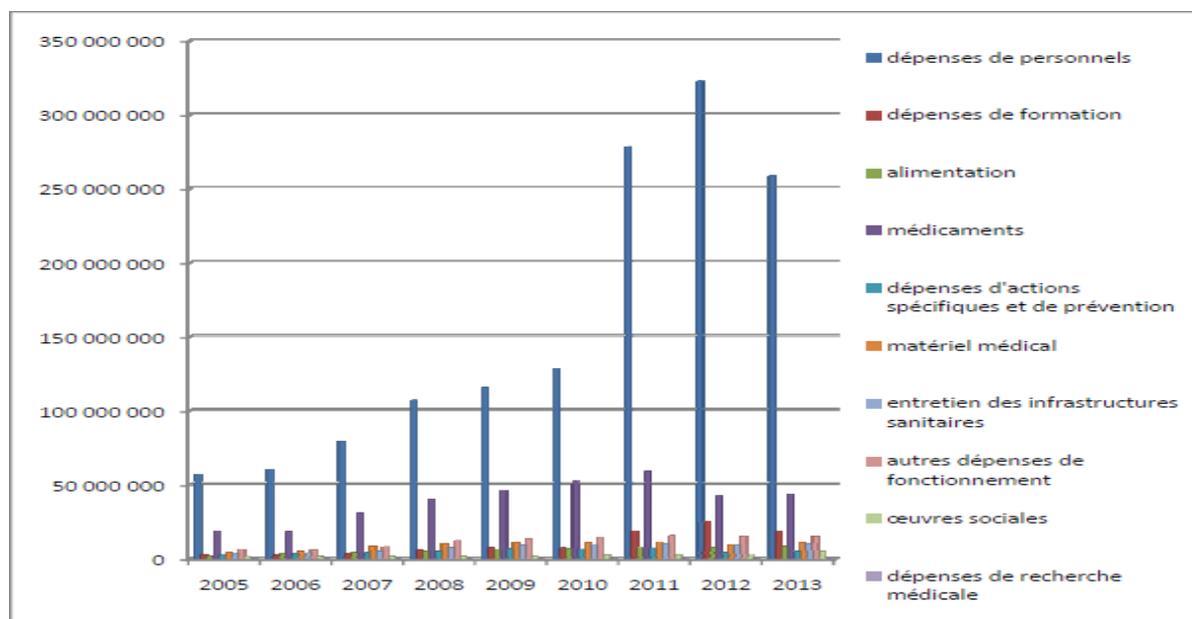


Source : Effectuée sur la base des données du tableau N°4

À travers cette représentation graphique, et d'après les données du tableau relatif à l'évolution des crédits budgétaires alloués au budget de fonctionnement, il convient de tirer les constats suivants :

- ✓ L'évolution très rapide des dotations budgétaires allouées au budget de fonctionnement de la santé sur la période allant de 2005 à 2012, passant d'un montant de 96,44 milliards de DA en 2005 à 436,27 milliards de DA en 2012, soit une augmentation de plus de 400%. Cette évolution des dépenses s'explique principalement par l'augmentation des dotations allouées aux dépenses de personnels suite à l'application de nouveaux régimes indemnitaires à partir de 2008, ainsi que par l'ouverture de 05 nouveaux établissements hospitaliers spécialisés (EHS), ajoutant à cela, la volonté de l'Etat d'améliorer les différents services du secteur de la santé et d'alimenter ces derniers par les besoins nécessaires pour leur fonctionnement ;
- ✓ A partir de 2012, on assiste à une diminution des dotations budgétaires, en passant de 436,27 milliards de DA en 2012 à 373,80 milliards de DA en 2013 soit une diminution de plus de 60 milliards de Dinars.

**Figure n°07 : Evolution des crédits budgétaires par chapitre entre 2005-2013**



Source : Construit sur la base des données du tableau n°04

D'après cette représentation graphique, des remarques relatives aux différents chapitres du budget de fonctionnement de la santé peuvent être constatées. En effet :

- ✓ Le budget de fonctionnement est consacré dans sa quasi-totalité aux dépenses de personnels. Cette part des dépenses est passée de 58,83 % en 2005 à 73,86 % en 2012, cette progression des dépenses du personnel est due particulièrement à l'application des nouveaux régimes indemnitaires applicables avec des rappels attribués à partir de 2011 et 2012, mais se justifie également par l'ouverture de 16 378 postes budgétaires, pour prendre en charge le produit de la formation (personnel médical, paramédical, administratif...). La part des dépenses du personnel a connu une diminution en 2013 de 4,76 % par rapport à 2012 passants à 69,10 % des dotations globales allouées au budget de fonctionnement, ce qui a induit principalement la diminution des dotations globales du budget de fonctionnement en 2013.
- ✓ Les médicaments et les autres produits à usage médical occupent la deuxième place en termes de dépenses de fonctionnement. Leur part a évolué progressivement, en passant de 17,5 % en 2006 à plus 20 % en 2010. Mais à partir de 2012, une forte diminution

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

de la part de ces dépenses a été constatée dans le budget de fonctionnement avec seulement un taux de 9,66 % en 2012 et 11,16% en 2013.

- ✓ Quant aux autres dépenses de fonctionnement, leurs parts varient d'un chapitre à un autre, mais elles ont connu des évolutions au fil du temps avec des taux différents. Par exemple, la part des dépenses formation est passée de 2,35 % en 2005 à 5,62 % en 2012, et celle des dépenses d'entretien des infrastructures sanitaires est passée de 3,11 % en 2005 à 4,14 % en 2009 et à 2,65% en 2013, soit une baisse par rapport aux années précédentes.
- ✓ La part des dépenses de recherche médicale est très faible, elle représente en moyenne 0,02% durant la période étudiée.
- ✓

### 3.4- Les facteurs de croissance des dépenses

#### 3.4.1- La croissance démographique

Des progrès majeurs ont été réalisés au lendemain de l'indépendance pour améliorer le bien être de la population algérienne, la diminution des grands fléaux, l'intensification de l'agriculture, les grandes avancées médicales et la généralisation de la santé publique et de l'instruction ont eu des répercussions considérables sur la démographie algérienne, en permettant un accroissement de l'espérance de vie et une chute de la mortalité.

**Tableau n°04 : Evolution de la population algérienne de 1960 à 2011**

Années	1960	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2007	2008	2009	2010	2011
Population totale	10,8	25,5	30,5	30,6	31,1	31,6	32,4	27	33,8	34	35	35,6	37,1

**Source** : réalisé par nous même à partir : MSP : statistiques sur l'évolution de la population algérienne

Sur le plan démographique, la population algérienne à été, à la fin de l'année 2004, 32,4 millions d'habitants et 35,6 millions d'habitants en 2010, et en 1<sup>er</sup> janvier 2012<sup>1</sup>, l'Algérie comptait 37,1 millions d'habitants. Un chiffre en nette progression, depuis le dernier recensement. Toutefois, le taux d'accroissement naturel(TAN) a connu une tendance à la baisse ces vingt dernières années<sup>2</sup>. Cette baisse, au niveau national, est liée à la fois à :

<sup>1</sup> MSP : coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement rapport du haut conseil de la coopération internationale en Algérie, MSP, Algérie 2006.

<sup>2</sup> CNRES : étude nationale statistique de la population, résultats de l'enquête démographique, IV-mortalité. Algérie, commissariat national aux recensements et enquête statistique, CNRES, Algérie, 2010.

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

---

- ❖ La réduction de la fécondité ;
- ❖ Le recul de l'âge au mariage, l'usage croissant de la contraception, la volonté des couples et les effets de l'éducation, notamment féminine et de l'amélioration du niveau de vie sont les facteurs les plus déterminants de la baisse de la fécondité et de la natalité<sup>1</sup>.

### 3.4.2- L'impact du vieillissement de la population

Les dépenses de santé d'un individu augmentent avec son âge. Les chiffres de consommation en soins de santé montrent qu'ils sont en grande partie consacrés aux personnes âgées. Les personnes de plus de 60 ans représentent 23% de la population<sup>2</sup>. L'effet âge et l'effet génération sont les deux facteurs d'augmentation des coûts, plus l'individu vieillit, plus sa consommation en soins de santé s'accroît (30% des dépenses concernent les personnes de plus de 70 ans) mais surtout d'une génération à l'autre, cette même tendance se renforce.

Dans ces conditions, en Algérie le relatif vieillissement de la population pourrait en fait ne correspondre qu'à un vieillissement par la base, suite au déclin de la fécondité de manière brutale. Il est aussi l'expression d'un développement sociale passé.

### 3.4.3-La transition épidémiologique

Pendant la période postcoloniale, la situation sanitaire a été dominée par la prévalence des maladies transmissibles. A partir des années 80, l'Algérie assiste à une modification de la nature des problèmes de santé avec une multiplication des maladies non curables, transmissibles et des pandémies mondiales.

La transition épidémiologique a coûté très cher car elle s'est, malheureusement caractérisée, par la persistance et le grand retour des maladies transmissibles et l'émergence des nouvelles maladies dites de civilisation (de l'opulence) ; l'on assiste ainsi, à une plus grande incidence des pathologies lourdes très coûteuses. Les coûts des nouvelles spécialités, pour le traitement des maladies chroniques et de civilisation telles que le cancer, le diabète,

---

<sup>1</sup> MSP : les statistiques sur les personnes âgées dans un hospice pour hommes de l'Algérie montrent que l'écrasante majorité des pensionnaires sont célibataires : 60%, les divorcés représente 20% quand on sait que le célibataire masculin aux âgés avancés est assez rare, on imagine le degré d'exclusion de ceux-ci, MSP, Alger, 2011.

<sup>2</sup> CNP : (comité national de population) 1999, 2000, rapport 1998, CNP, Algérie 2000

## Chapitre II : Le système de santé en Algérie

l'hypertension, les maladies cardiovasculaires et autres, sont proposés à des prix rédhibitoires<sup>1</sup>.

**Tableau n°05 : Les indicateurs épidémiologiques**

Indicateurs (incidence pour 100.000)	1963	1999	2005
Tétanos	1,19	0,06	0,05
Diphthérie	4,46	0,02	0,02
Coqueluche	11,04	0,10	0,06
Poliomyélite	2,77	0,00	0,00
Tuberculose	300	56	64,4
Fièvre typhoïde	9,91	9,84	4,21
Hépatite virale B	-	3,02	3,25
Hépatite virale C	-	0,72	1,13
Méningite	2,01	7,16	4,04
Paludisme	273	3,38	1,56
SIDA	-	0,11	0,18

Source : MSPRH « système national de santé en Algérie », juin 2007.

Nous constatons, à partir du tableau 5, que les maladies les plus fréquentes sont la tuberculose et le SIDA qui ont enregistré une importante augmentation. De grands projets ont été effectués pour la lutte contre ces maladies et d'autres dans les années 2000. L'Algérie assiste à plusieurs modifications de la nature des problèmes de santé avec la multiplication des maladies non curables, transmissibles et des pandémies mondiales.

### 3.4.4- Les progrès médicaux

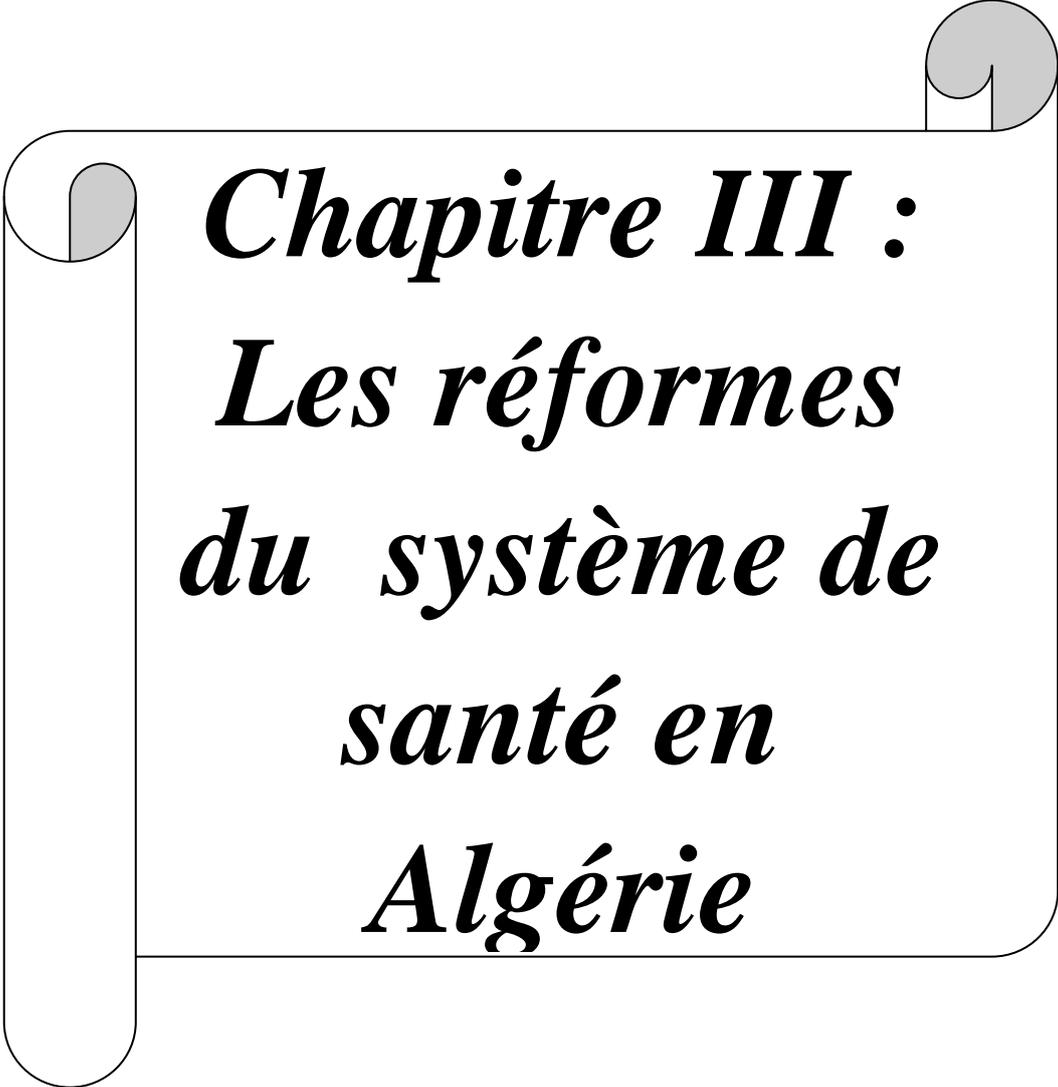
Le progrès médical permet de mieux soigner des pathologies lourdes, et très coûteuses qui pèsent lourdement sur les dépenses de santé en Algérie. Par ailleurs, les innovations techniques peuvent avoir des effets ambigus, certaines conduisant à une économie, d'autres à une dépense supplémentaire. Au final, les estimations économiques suggèrent que le progrès technique conduit globalement à la hausse des dépenses de santé. Cette hausse s'accompagne toutefois d'une augmentation du bien-être de la population.

<sup>1</sup> ABBOU.Y : « *Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie* », mémoire de Magistère en Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, 2010, P104.

### **Conclusion**

Le système de santé en Algérie est financé essentiellement par l'État, la sécurité sociale ainsi qu'une participation des ménages.

Aujourd'hui, la charge devient trop pesante, surtout pour les moins nantis et les plus démunis. L'Etat doit impérativement chercher d'autres ressources de financement pour améliorer l'accessibilité financière aux assurés sociaux, en général, et à cet catégorie d'utilisateurs, en particulier, en leur assurant une qualité de prise en charge appropriée à un cout supportable pour la collectivité.



***Chapitre III :***  
***Les réformes***  
***du système de***  
***santé en***  
***Algérie***

### **Introduction :**

Une réforme est un processus délibéré, ciblé et voulu. Les composantes et les éléments d'une réforme sont au préalable étudiés et développés pour pouvoir résoudre les grands problèmes identifiés. Une rigoureuse articulation entre les objectifs, les moyens et les mesures prévues devrait être perçue et construite par les acteurs du changement<sup>1</sup>.

Les réformes, quel que soit leur champ d'application, sont toujours motivées par le constat d'un dysfonctionnement systémique grave qui devient particulièrement visible en période de crise économique. Devant cet état de fait, l'Etat algérienne a pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réforme profonde du système de santé qui semble aller dans le but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de la promotion active et constante de la santé collective et de l'amélioration de la gestion des infrastructures sanitaires et du personnel chargés pour une meilleure prise en charge du patient<sup>2</sup>.

L'objectif de ce chapitre est de présenter les différentes réformes du système de santé en Algérie, afin de présenter les perspectives d'avenir.

### **Section 01 : Les principales réformes mises en œuvre pour le système de santé en Algérie**

La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002, ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH), indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des systèmes de santé. Parmi ces réformes en trouve :

#### **1.1- Réformes hospitalière :**

L'hôpital, en Algérie, est appelé à remplir une mission particulièrement difficile parce qu'elle se met au centre de deux grandes fonctions de l'Etat : Financement et distribution. L'hôpital, en Algérie, lui est dévolu une fonction assez sensible qui se trouve au cœur d'une

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE.O : « *les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse* », mémoire de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE.O, Op.cit., P55.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

révolution idéologique, économique et sociale qui fait de la santé un droit à toute la population sans aucune discrimination<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, l'hôpital représente un véritable enjeu économique et social non seulement du fait de son rôle dans la lutte contre la maladie et pour l'accès aux soins mais aussi du fait de la part qu'il représente dans les dépenses de santé. Les hôpitaux, notamment publics, sont devenus des structures lourdes, souvent construites par strate successive et sans rationalité d'ensemble. Ils révèlent, sous diverses formes, les nombreux maux de la société et sont de moins en moins à même de les soulager et encore moins de les guérir ou les éradiquer. Les hôpitaux connaissent des réformes qui sont d'ampleur inégale et concernent de nombreux aspects de la vie des hôpitaux y compris leurs liens avec le système de santé et la société qui les portent.

### 1.1.1 - Définition de la réforme hospitalière

Nous pouvons la définir comme un processus de normalisation dont l'objectif est la correction des dysfonctionnements constatés dans la production des soins hospitaliers afin que ces derniers soient: conformes, efficaces et satisfaisants pour les patients<sup>2</sup>.

### 1.1.2 - Les grands axes de la réforme hospitalière

En 2002, le Conseil National de la Réforme Hospitalière (CNRH) a élaboré, après une analyse du système et de ses problèmes, un rapport qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures plus urgentes à prendre. Le Conseil a organisé son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « ressources humaines », « ressources matérielles », « financement » et « inter-sectorialité ».

Le dossier « besoins de santé et demande de soins » :

S'est affirmé comme prioritaire. C'est en effet à partir de ce dossier qu'ont été rendues plus visibles et mieux formulés les objectifs de la réforme hospitalière dans le cadre du

---

<sup>1</sup> BOUADIS : « le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service de management hospitalier.cas EPH Ain Al Hammam », [en ligne].Mémoire de Magister en sciences économiques. Option : Management des entreprises, Format PDF. Disponible sur [http://www.ummo.dz/IMG/pdf/Memoire\\_BOUADI\\_Sonia.pdf](http://www.ummo.dz/IMG/pdf/Memoire_BOUADI_Sonia.pdf) . Consulté le 10/11/2017.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE .O, *Op. Cit.*, P 56.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

système national de santé. Cette mise en cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier a permis d'éviter d'isoler la réforme des établissements hospitaliers de leurs soubassements social, épidémiologique, financier et organisationnel. Dans ce dossier, les modalités de la coordination entre les structures de proximité et l'hôpital de secteur d'une part et celles existantes entre les hôpitaux de secteurs et les hôpitaux de référence, régional ou national, d'autre part, ont été largement abordés<sup>1</sup>.

### **A. structure hospitalière**

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle, il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous des soins. Dans une seconde perspective, la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation.

### **B. ressources humaines**

Cet axe traite deux aspects fondamentaux que sont la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leurs statuts, de leurs conditions et modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, de leur formation, d'une part et le redéploiement de ces personnels d'autre part. La formation est une véritable urgence pour toutes les catégories de personnels à savoir, les personnels médicaux, paramédicaux, gestionnaires et techniques. L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et des différentes professions qui restent à définir. Au delà cet objectif implique l'intervention d'autres secteurs tels que, les secteurs de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle ainsi que la définition d'une stratégie et d'un échéancier précis<sup>2</sup>.

La fonction ressources humaines ne doit pas être l'apanage des directeurs de personnel. Tout cadre exerçant une fonction de commandement au sein d'un établissement sanitaire doit participer à la GRH car cette dernière est une fonction diffuse non circonscrite aux seuls gestionnaires des ressources humaines.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière. [en ligne].Format PDF. Disponible sur <http://www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm> consulté le 11/11/2017.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE.O, Op. Cit., P 57.

<sup>3</sup> OUFRIHA F-Z, Dimitri (dir.) *transition et système de santé en Algérie*. Douéra Alger: CREAD, 2009, P.88.

### **C. ressources matérielles :**

L'accent a été fortement mis sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité, entre la hiérarchisation des soins et la normalisation des moyens. L'objectif est de donner pour un réseau de soins tous les moyens nécessaires: Les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation, complètent. Ce dossier sur le plan de la disponibilité des moyens, eu égard au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voire une remise à niveau ou un renouvellement s'imposent. Ce dossier prend en charge aussi la réflexion sur les éléments qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

### **D. Le financement**

Les objectifs visés dans cet axe sont principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures. La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier souci l'accès aux soins équitables pour tous les malades, ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation des dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et finir avec les actes de gaspillage<sup>1</sup>.

L'inter-sectorialité :

S'est imposé de lui même du fait que les actions du Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière dépendent en partie d'autres secteurs (Finances, Travail et Sécurité Sociale, Protection Sociale et Solidarité, Enseignement, Formation professionnelle, Collectivités Locales, Environnement, Industrie, Agriculture.....). Dans la situation présente, les rapports difficiles du Ministère de la Santé avec l'Enseignement Supérieur et la Sécurité Sociale ont contribué fondamentalement à certains dysfonctionnements graves. La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE. O, Op. Cit., P 58.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

les activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du Ministère. Il s'agit de définir des stratégies et des actions conjointes à mettre en œuvre en coopération avec les autres organismes et de créer ou de renforcer des mécanismes existants pour garantir la coordination des activités liées à la santé.

### **1.1.3 - La contractualisation dans le système de santé:**

Le système de contractualisation, introduit dans le cadre de la réforme hospitalière, vise à redéfinir la nature des relations entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de soins (assuré social, ayants-droit d'un assuré social, démuné, non-assuré ...) et assurer une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds, dont les organismes de sécurité sociale, et les prestations de soins.

La contractualisation est intervenue avec l'apparition de certains dysfonctionnements dans les systèmes de santé et de sécurité sociale, précisant qu'il fallait mettre en place de nouveaux dispositifs pour parer à ces dysfonctionnements. L'application de ce nouveau système permet un « offre de soins, est étroitement liée à la notion d'engagement réciproque, en termes d'objectifs, il s'agit également d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses de santé de la sécurité sociale » et de garantir une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et une amélioration de la qualité de la prise en charge hospitalière des assurés sociaux<sup>1</sup>.

Chaque admission est conditionnée par une identification du patient : les affiliés doivent être munis de carte d'assurance, les démunés doivent présenter leur carte délivrée par les services de la direction de la solidarité nationale et les autres, qui ne faisant pas partie des deux catégories, seront invités à s'acquitter de la facture de soins à leur sortie.

#### **1.1.3.1- La contractualisation en Algérie :**

Les lois de finances successives depuis 1993, disposent toutes que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé (secteurs sanitaires, CHU et EHS) doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels. Cette contribution est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux

---

<sup>1</sup> Contractualisation santé-CNAS : 5.300 agents mobilisés pour la gestion de 600 bureaux d'entrée aux hôpitaux.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

et de leurs ayants droit. Les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat<sup>1</sup>.

La concrétisation de ces dispositions est entamée par la mise en place progressive de mesures dans divers domaines notamment :

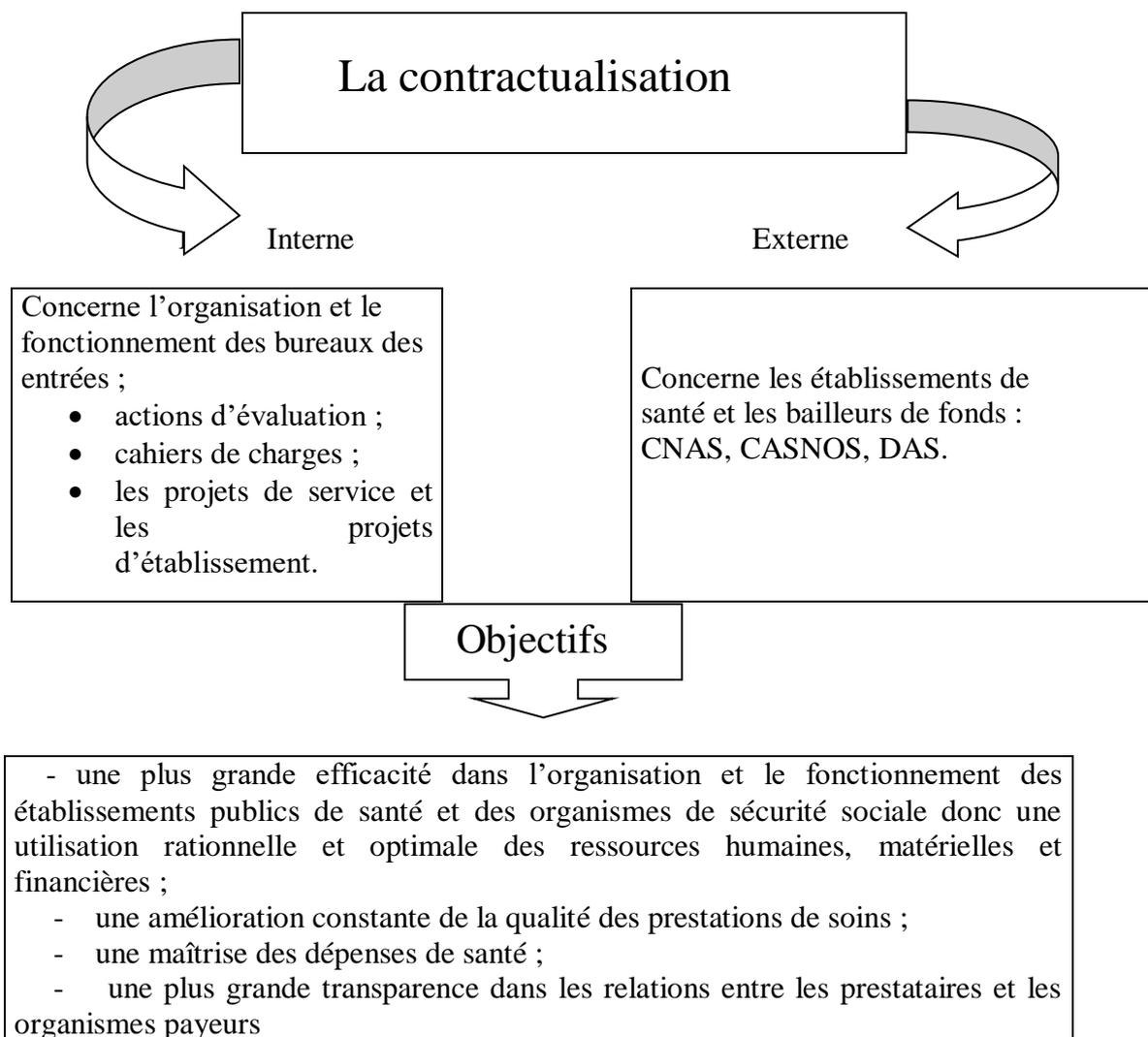
- l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des activités dans les établissements publics de santé ;
- l'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des prestations des organismes de sécurité sociale ;
- l'installation d'un comité interministériel chargé de la contractualisation le 10 avril 1995 ;
- la promulgation d'une instruction en septembre 1997 (20/09/1997) relative la mise en œuvre du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements de santé pour réactiver l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;
- la réhabilitation et la réorganisation des bureaux des entrées, source principale du système d'information et d'évaluation périodique des activités de soins (instruction N°03 du 07/12/2000) ;
- la définition des modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12- du 21 janvier 2001) ;
- l'installation du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre établissements publics de santé, organismes de sécurité sociale et direction de l'action sociale des wilayas (DAS) le 16/03/2002 ;
- la création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation ainsi que des comités intersectoriels dans les wilayas concernées auxquelles sont intégrées les directions de l'action sociale en raison de la nécessité de l'identification des démunis non assurés sociaux en vue de leur prise en charge (décision interministérielle du 14/01/2003) ;
- l'opération de délivrance des cartes de démunis est entamée en mai 2003 ;
- les modalités de versement de la contribution des organismes de la sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé sont fixées par le décret exécutif n°04-101 du 1<sup>er</sup> avril 2004

---

<sup>1</sup> SALMI.M : « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, UMMTO, 2009.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

- la généralisation du dispositif de contractualisation à l'ensemble des établissements de santé (circulaire N°09 du 15/04/2004) qui portera sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des bureaux des entrées et à la collecte des données nécessaires à l'évaluation objective des activités hospitalières
- la mise en œuvre des dispositions du décret exécutif n°04-101 du 01/04/2004 à compter du 01/01/2005<sup>1</sup>.



*Source : direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la wilaya de Constantine «Contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale ».*

### 1.1.3.2- La mise en œuvre de la contractualisation :

<sup>1</sup> SALMI.M, *Op.cit.*, P221.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

La mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de la sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas est prévue pour le premier janvier 2005. La contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne. La contractualisation externe a pour objet de mettre en relation les établissements de soins et leurs bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale, la solidarité nationale et les assurances économiques. Quant à la contractualisation interne, elle se fera entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle mettra l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faudra mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaître quel type de travail remplit effectivement par chaque membre du personnel.

### **1.1.3.3- La contractualisation des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de santé :**

La contractualisation des services de santé avec la CNAS, dont chaque secteur concerné lui donne le sens qu'il veut. La CNAS en mauvais élève a lancé plusieurs chantiers de reconstruction du patrimoine perdu avec la médecine gratuite ; cette nostalgie du passé est bien entendu contraire aux principes de la contractualisation. La DAS (direction d'action sociale), soumise à une réglementation draconienne ne trouve pas de preneurs pour ces cartes de démunis, personne ne répond aux critères fixés. Le secteur de la santé livré à lui-même n'arrive pas à classer ses malades ; dont 80% restent indéfinis sans tiers payant pour le remboursement des frais "c'est le grand perdant"<sup>1</sup>.

Les contributions des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La nouvelle organisation en unités hospitalières et en unités extra hospitalières, proposée, permettra une meilleure gestion des coûts de ces deux types d'unités, sachant que la première gère des activités plus rémunératrices dans le cadre de la contractualisation que la seconde et sachant aussi que les frais inhérents aux soins de santé des démunis non assurés sociaux sont à la charge de l'Etat.

---

<sup>1</sup> DRESS : *contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale* DRESS, Constantine, 2006.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

La mise en place du chemin de soins coordonné et la relance de la contractualisation avec les médecins de ville les services public de santé n'est pas synonymes d'hôpital public. Le service de santé doit être structuré en réseaux de soins coordonnés entre médecine de ville, hôpital public et établissements de santé privés.

Il s'agit de l'un des axes de la réforme en faveur du secteur de la santé. Avant la généralisation par la CNAS de la carte à puce du tiers payant, les prescripteurs privés des soins ambulatoires sont incités à adhère à la nouvelle démarche contractuelle proposée par la sécurité sociale, reposant sur le principe du médecin traitant. Il s'agit d'une mesure tendant à la rationalisation des dépenses de santé par la mise en place de la notion du médecin traitant. Chaque patient est alors tenu de choisir son médecin, par lequel il doit obligatoirement passer, en vue d'accéder au remboursement des frais, avant tout consultation de spécialiste ou l'accès à un établissement hospitalier ou à de soins spécialisés<sup>1</sup>.

### **1.1.3.4-Objectifs de la Contractualisation :**

- Connaître de façon rigoureuse le statut des personnes admises dans le système de soins (assuré social, ayant droit d'un assuré social, démuné non assuré social, ...).
- Une grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins.
- Une meilleure maîtrise des dépenses de santé de sécurité sociale.
- Une amélioration de la qualité des prestations de soins.
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation rationnelle des ressources.

### **1.1.4- Les objectifs de la réforme hospitalière :**

Au stade actuel de la réflexion, les objectifs de la réforme hospitalière peuvent être formulés comme suit :

- Recentrer et adapter le dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux besoins de santé du citoyen en s'appuyant sur un système d'information performant.
- Donner aux professionnels de santé, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux.

---

<sup>1</sup> MSPRH : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : *mise en œuvre de la contractualisation : des relations entre les établissements publics de santé*

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

- Réaffirmer les obligations contractuelles de tous les intervenants dans la santé des citoyens.
- Affirmer les droits et les devoirs des usagers et la protection des malades en particulier.
- Assurer les ressources financières nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé
- Améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité sous quelle que forme que ce soit aux établissements de santé<sup>1</sup>.

### 1.2- Carte sanitaire :

La carte sanitaire est un instrument de planification qui définit les besoins et fixe les normes. Elle détermine la nature et s'il y a bien, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. La carte sanitaire est arrêtée sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographique et épidémiologique, et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante.

En Algérie une carte sanitaire a été mise en place en 1982, comme principal outil dérégulation et de modulation de l'offre publique, dont les objectifs sont : de réduire les inégalités d'accès aux soins et de corriger les disparités régionales existantes. Cette dernière découpait le territoire en 13 régions sanitaire englobent chacune un certain nombre de wilayas et hiérarchise le système de soin en 4 niveaux :

- ✓ soins hautement spécialisés ;
- ✓ soins spécialisés ;
- ✓ soins généraux ;
- ✓ soins de 1er recours.

A partir de 1996, l'on ne retient que cinq (5) régions sanitaires (Centre « Alger », Est « Constantine », Ouest « Oran », Sud-est « Bechar », Sud-ouest « Ouargla »).

Paradoxalement aux objectifs censés être atteints à travers la carte sanitaire, son efficacité demeure contestée : « *si l'on examine les résultats de la politique de santé à la lumière de la seule croissance de l'offre globale des moyens sanitaires, réels et financiers on*

---

<sup>1</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière. [En ligne]. Format PDF. Disponible sur <http://www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm> consulté le 11/11/2017.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

*aboutis en général à des conclusions pessimistes et à la forte inefficacité productive des moyens les plus onéreux, qui sont affectés <sup>1</sup>».*

En Algérie la nouvelle carte sanitaire depuis 2007, s'inscrit dans la logique de la hiérarchisation des soins, de la régionalisation et de la décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires (1495 polycliniques et 5117salle de soins) qui ne dépendent plus du directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire. C'est une réorganisation qui s'apparente à l'organisation française de SROS<sup>2</sup>.

L'organisation de système de santé reposait jusqu'à ce jour sur un ensemble de structure administratives et techniques, établissements spécialisés et organes scientifiques et techniques. Outre l'administration centrale du ministère de la santé, les observatoires régionaux de la santé et les directions de la santé des 48wilayas, ce système été basé essentiellement sur : (Cf. tableau n°7) ;

- 185 secteurs sanitaires (comprenant hôpitaux, polycliniques et dispensaires) ;
- 13CHU (centre hospitalo-universitaires) ;
- 31EHS (établissements hospitalier spécialisés).

**Tableaux n°6 : Caractéristiques du secteur public**

Infrastructure	Nombre	Capacité d'hospitalisation
CHU	13	12000
EHS	31	10000
EPH	189	38000
EPSP	273	Total 60000 lits
Polycliniques	1400	
Centre de santé	400	
Centre de soins	5000	
UDSS	1150	
TOTAL	8456	

**Source :** Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT.Y 2010.

Les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires, étaient fixées par le décret exécutif du 2 décembre 1997, décret qui est abrogé depuis la

<sup>1</sup> OUFRIHA.F.Z. *les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé a la croisés des chemins*, CREAD.

<sup>2</sup> MSP : ministère de la santé, république algérienne démocratique et populaire : *les fondements de la carte sanitaire*, MSP, nationale.doc.interne.dactyl.1-64, novembre, 2007

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

parution du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et Fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP)<sup>1</sup>.

Ce nouveau décret transforme les 185 Secteurs Sanitaires en :

- 189 établissements publics hospitaliers ;
- 273 établissements publics de santé de proximité.

Le réaménagement de la carte sanitaire est une des nouvelles dispositions entreprises dans le cadre des réformes du système de santé.<sup>2</sup>

### 1.3- Réformes du médicament :

On entend par médicament « toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, tous produits pouvant être administrés à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger, modifier leurs fonctions organiques. »<sup>3</sup>

En plus d'une première valeur de nature thérapeutique (préventive et curative), le médicament comporte une seconde de nature économique liée à son coût et à son prix. Globalement, le médicament est à la fois :

- ✓ un bien sanitaire ;
- ✓ un bien industriel ;
- ✓ un bien économique/commercial ;
- ✓ un bien social.

Partout dans le monde, le médicament est un produit réglementé qui obéit à des procédures d'enregistrement, d'autorisation de mise sur marché et de dénomination commune internationale (ou de nomination scientifique et technique). Il présente aussi des particularités tels que le fait qu'il existe des :

- ✓ médicaments essentiels définis comme ceux qui satisfont aux besoins de la majorité de la population et adaptés au profil épidémiologique du pays ;

---

<sup>1</sup> LARBI.A: « nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaire se transforment en EPH et EPSP », [en ligne]. Le 12/07/2017, Format PDF. Disponible sur <http://www.santemaghreb.com/algerie/abid0707.htm> consulté le 26/09/2017

<sup>2</sup>AIT MEDJANE.O, *Op. Cit.*, P 61.

<sup>3</sup> ZOUANTI née SANOUSSI. Z: « l'accès aux médicaments en algérie : une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Hassiba Ben Bouali de Chlef, 2014, P.4. (Art. 170 de la loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée par la loi N°90 17 du 31 juillet 1990.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

- ✓ médicaments génériques qui sont des produits bio-équivalents aux originaux de spécialité appelés princeps<sup>1</sup>.

Le médicament occupe une place prépondérante dans l'acte thérapeutique et constitue une dépense, qui non seulement tend à s'accroître mais qui pèse de tout son poids sur les fonds limités de la sécurité sociale. Les dépenses en médicaments ont tendance à s'accroître sous l'influence de plusieurs facteurs :

- La croissance démographique (1,6% par an en moyenne).
- l'extension du système de soins dans ses composantes publique et privée tant en milieu rural qu'urbain ;
- l'amélioration du niveau de vie et culturel de la population. qui confère un meilleur accès aux prestations de santé ;
- la charge de morbidité caractérisée de nos jours par une augmentation sensible des maladies chroniques et dégénératives, cumulées à la persistance sinon la résurgence des maladies transmissibles, entre autres ;
- La forte évolution du nombre de prescripteurs dont le nombre actuel dépasse les 40.000 médecins ;
- Le développement de la couverture sociale (80% de la population est couverte par l'assurance maladie) et le dispositif du tiers-payant (possibilité de disposer des médicaments sans faire l'avance de frais) dont les dépenses sont passées de 15,8 milliards de DA en 1993 à 16 milliards de DA en 2004 ;
- La relance économique et l'amélioration des équilibres macroéconomiques notamment le niveau des réserves de change (60 milliards de \$ US en 2006).

Dans l'objectif de réduire les dépenses de médicament, les pouvoirs publics ont mis en place la politique de promotion du médicament générique.

- **Les objectifs du médicament générique**

- ✓ capacité à répondre à une très grande variété d'attentes thérapeutiques et financières ;
- ✓ assurer à la collectivité des soins de haut niveau avec des bas prix ;
- ✓ outil essentiel d'une politique de santé qui réduit la non accessibilité financière aux médicaments ;
- ✓ l'amélioration de l'accès au médicament et la réalisation des économies.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE.O, *Op. Cit.*, P62

<sup>2</sup> AIT MEDJANE.O, *Op. Cit.*, P63

### 1.4- Réforme de l'assurance maladie (La carte CHIFA)

#### 1.4.1- Définition de la carte CHIFA

C'est une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour qu'ils puissent faire valoir leurs droits aux prestations de Sécurité sociale. La carte sert en premier lieu à rembourser sans avoir à formuler la demande ni à remplir et présenter une feuille de soins. Il suffit seulement de la présenter chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux, auprès des agents de la CNAS et des différents établissements de soins pour bénéficier de soins et de médicaments sans paiement.

L'assuré – ou l'un de ses ayants droit – doit aussi présenter la carte lors de toute démarche auprès de son centre de paiement, pour se faire rembourser par exemple. Par ailleurs, la carte comporte des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux), Cette carte est dotée également de plusieurs codes en vue de faciliter la mission aux partenaires sociaux<sup>1</sup>.

Le tiers payant est un dispositif qui permet aux assurés sociaux de ne pas payer directement le professionnel de santé, au moment de la consultation, celle-ci étant réglée par l'Assurance maladie puis, le cas échéant par la complémentaire santé du patient. Ainsi, l'assuré à qui l'on applique le tiers payant bénéficie d'une dispense d'avance de frais<sup>2</sup>.

Toutefois, il ne revêt aucun caractère obligatoire et l'assuré qui ne veut pas en bénéficier peut continuer à acheter ses médicaments et se faire rembourser ensuite par son centre de paiement.<sup>3</sup>

L'optimisation des prestations, s'est traduite, entre autres, par le rapprochement des assurés sociaux des structures de la sécurité sociale à travers la poursuite de l'élargissement du réseau des structures de proximité, dont le nombre est passé de 852 en 1999 à 1.431 en juillet 2011. Cette amélioration s'est cristallisée autour de l'élargissement du tiers payant du médicament dont le nombre des bénéficiaires a atteint 2.400.000 à ce jour et sa généralisation à tous les titulaires de la carte CHIFA et à leurs ayants droits. Seuls les retraités et les

---

<sup>1</sup> Lamia.T : « *tout savoir sur la carte CHIFA* », 29 août 2009. Disponible sur <http://www.algerie360.com/algerie/tout-savoir-sur-la-carte-chifa/> consulté le 12/10/2017.

<sup>2</sup>« *Sécurité SOCIALE, le tiers payant* », 2017. Disponible sur <http://www.leciss.org/sites/default/files/Tiers-payant.pdf> consulté le 12/10/2017

<sup>3</sup>Le ministre du travail et de la sécurité sociale, lors de l'inauguration du centre de personnalisation de la carte magnétique des assurés sociaux, sise à ben aknoun, MTSS, Alger en 2012.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

personnes souffrant de maladies chroniques bénéficiaient de ce système à la date du lancement de la carte CHIFA en 2007 et jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2011<sup>1</sup>.

Actuellement, sur simple présentation de la carte CHIFA et d'une ordonnance, les assurés sociaux pourront profiter des avantages du système du tiers payant pour l'acquisition des médicaments prescrits pour eux ou pour leurs ayants droit, et ce, dans n'importe quelle officine pharmaceutique conventionnée avec la caisse nationale des assurances sociales (CNAS). La carte électronique CHIFA, distribuée initialement à certaines catégories de la société telles que les retraités et les personnes souffrant de maladies chroniques<sup>2</sup> et à faibles revenus, touche actuellement l'ensemble des assurés sociaux.

### 1.4.2-La mise en place de la carte CHIFA :

La mise en place de la carte à puce « CHIFA » dans le système de sécurité sociale obéit à une volonté des pouvoirs publics de moderniser la gestion des organismes de sécurité sociale. Cette carte a été mise en place pour la première fois en 2005, elle permet à son titulaire de faire connaître sa qualité d'assuré social auprès des professionnels de santé et de faire valoir ses droits aux remboursements des frais de soins de santé engagés pour lui-même ou ses ayants droit. Elle constitue un instrument de lutte contre la fraude et les abus.

Le 15 novembre 2007, soit cinq (05) mois passés après le lancement officiel de la production de la carte « CHIFA ». En 2011 près de 7 millions de cartes ont été distribués soit environ 23 millions d'utilisateurs sur 1500 centres, elle s'est généralisée à travers l'Algérie à partir de 2012.

### 1.4.3- Les bénéficiaires de la carte CHIFA :

- Les assurés sociaux ou ayants droits d'assurés sociaux malades chroniques pris en charge à 100%, ainsi que les malades atteints d'asthme, d'hypertension artérielle et maladie de Crohn pris en charge à 80%.
- Les assurés sociaux titulaires de pensions d'invalidité directes ou de réversion, de pensions de retraite directes ou de réversion, de rentes d'accident du travail et maladies professionnelles d'un taux au moins égal à 50% et leurs ayants droit ;
- Les assurés sociaux salariés ou faisant partie des catégories particulières (AFS, IAIG, Handicapés, Etudiants,.....) et leurs ayants droit.

### 1.4.4- Objectifs de la carte CHIFA :

---

<sup>1</sup> CNAS : direction des statistiques, direction générale, CNAS. 2011.

<sup>2</sup> BENBAHMED L : « réformes et sécurité sociale l'expérience algérienne, Marrakech mars 2009, pharmaciens d'Alger, 2009. In [http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/oe\\_benbahmed.pdf](http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/oe_benbahmed.pdf) consulté le 10/11/2017.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

L'objectif principal visé par cette carte est la modernisation de la sécurité sociale par l'introduction de nouvelles technologies dans sa gestion et ses relations avec ses partenaires. Elle vise aussi à :

- une plus grande maîtrise des dépenses de santé grâce à la construction de bases de données fiables, alimentées régulièrement et rapidement ;
- la simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant;
- la réalisation d'économies de gestion ;
- l'amélioration de la productivité en faisant face, avec célérité, à l'accroissement du nombre de dossiers soumis à remboursement ;
- le renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes ;
- Développement de l'automatisation des bases de données de la sécurité sociale<sup>1</sup>.
- La suppression des supports papiers et des formalités de remboursement des soins de santé ;
- La modernisation et l'amélioration des relations avec les prestataires de soins publics et privés, notamment dans le cadre de la contractualisation et du conventionnement<sup>2</sup> ;

### Section 2 : Etat d'avancement des reformes du système de sante en Algérie

La réforme en santé est un processus qui vise à ajuster le Système National de Santé : à l'évolution des déterminants économiques, sociaux, démographiques et épidémiologiques, aux contraintes de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé des citoyens, et en fin à l'évolution de la technologie et des techniques médicales. Les réformes engagées pour le système de santé algérien engendrent dans la plupart du temps d'une part des effets positifs et d'autre part des effets négatifs, à savoir :

#### 2.1- Les résultats de la réforme hospitalière

La réforme hospitalière fait partie des priorités de notre pays, elle est annoncée comme étant un programme de réforme globale, qui doit être largement débattu.

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE. O, Op.cit., P67.

<sup>2</sup> KENDI.N :« *Essai d'analyse de la compatibilité des services offerts par la carte CHIFA par rapport aux attentes des usagers : enquête dans la ville de Béjaïa* », [en ligne].Mémoire de Master en Sciences Économiques, Option : Économie de la Santé, 2013, Format PDF. Disponible sur <http://www.univ-bejaia.dz/dspace/bitstream/handle/123456789/2224/Essai%20d%E2%80%99analyse%20de%20la%20compatibilit%C3%A9%20des%20services%20offerts%20par%20la%20carte%20CHIFA%20par%20rapport%20aux%20attentes%20des%20usagers.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulté le 11/10/2017.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

### 2.1.1 - Les objectifs réalisés de la réforme hospitalière

- Planifier et organiser l'offre de soins dans les établissements hospitaliers publics et privés ;
- Un meilleur accès au secteur public hospitalier ;
- L'information médicale et l'amélioration de la qualité;
- La mise en place d'un réseau de communication qui permet de rapprocher les praticiens de la région;
- Encouragement de la formation du personnel médicale ;
- L'améliorer la gestion des hôpitaux publics autre entre les processus internes ;
- Améliorer les résultats de santé à travers une offre de services préventifs et curatifs ;

### 2.1.2- Les objectifs non réalisées

- Insuffisance de procédures de gestion, La demande est importante et la gestion des lits d'hospitalisation laisse à désirer<sup>1</sup>.
- L'insuffisance d'équipements, et les mauvaises conditions d'exercice et de rémunération ;
- L'insuffisance de ressources financières ;
- Le système d'éducation et de formation ne tient pas compte des besoins exprimés par le secteur de la santé et qui n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées par la pratique ;
- Déséquilibre des budgets des secteurs sanitaires au profit de l'hôpital du secteur au détriment des structures extra-hospitalières ; ces procédures désarticulent le système et remettent en cause la hiérarchisation des soins ;
- Le système actuel d'information ne nous renseigne que partiellement sur l'ampleur de la réalité de la demande de soins et sur la qualité des prestations sanitaires fournies à la population<sup>2</sup>.

## 2.2- Les résultats de la carte sanitaire

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE .O, *Op. Cit.*, P69.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE .O, *Op. Cit.*, P69.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

Les objectifs de la carte sanitaire sont formulés par une série de réflexions et de propositions en faveur d'un renforcement de l'efficacité du système de santé. Ainsi, au-delà de l'amélioration du flux des informations et de la formalisation des processus, dont les résultats se résument comme suite :

### 2.2.1- les objectifs réalisés

Dans le souci d'assurer une répartition équitable des soins de santé, la carte sanitaire tient compte du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, et vise, aussi, à assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et améliorer les offres.<sup>1</sup>

### 2.2.2- les objectifs non réalisés

- Les statistiques du ministère de la santé, montre que 35% des structures publiques de soins exerçant au sud ne compte aucun médecin spécialiste. Ce manque se justifié par la fuite des médecins des conditions climatiques difficile du sud d'une part, et la recherche la rentabilité qu'offre le secteur libérale au nord.
- la mauvaise répartition du personnel médicale est la faible mobilité du personnel médical notamment féminin, qui refuse pour des raisons culturelles de se déplacer vers d'autres wilayas pour travailler<sup>2</sup>
- La multiplication anarchique voir démesurés de l'offre des moyens matériels des hôpitaux et autres structures de santé ; les urgences lourdes restent souvent le monopole des hôpitaux ou certaines cliniques bien équipées.

## 2.3- Les résultats de la promotion du médicament générique

Parmi les politiques qu'a fixées l'état pour la maîtrise des dépenses de santé, en trouve celle du médicament générique dont les résultats sont :

### 2.3.1- Les objectifs réalisés

- Appui à la stratégie de production du médicament en Algérie ;

---

<sup>1</sup> ABDELMALEK.B , *Réformes de la santé : éléments de l'avant projet de loi*, 17/09/2014

<sup>2</sup> KHOUKHA .M, BRAHIM.B : *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*, [En ligne]. Format PDF. Disponible sur: <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php?c3VibWlzc2lubl84NjU4MV83NT> consulté le 21/11/2017.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

- L'encouragement de l'industrie pharmaceutique créatrice d'emplois et de la richesse à travers la promotion et la production du générique ;
- Réaliser des économies individuelles et collectives ;
- Elargissement de l'accès aux soins pour les couches sociales les plus démunies<sup>1</sup>;
- La réduction du volume financier de la consommation médicamenteuse.
- Amélioration des réseaux d'approvisionnement et de distribution des médicaments générique<sup>2</sup>.

### 2.3.2- Les objectifs non réalisés

- l'analyse de la situation du médicament générique en Algérie, demeure insuffisante dans l'application des différentes mesures prises, à savoir : l'instauration du tarif de référence et du droit de substitution, l'interdiction de l'importation de médicaments fabriqués localement, la révision des marges bénéficiaires des médicaments, la favorisation du médicament générique à l'enregistrement et la révision continue de la liste des médicaments remboursables ;
- le manque de communication envers les personnes malades avec l'absence de campagnes médiatiques de sensibilisation sur les médicaments génériques.
- Détérioration due parfois à la différence de prix importante et difficilement compréhensible entre le princeps et le générique (de 1 à 10 pour certaines molécules)<sup>3</sup>

### 2.4- Les résultats de la Carte CHIFA

Un programme de réformes pour le développement du système national de sécurité sociale a été engagé ces dernières années autour de plusieurs objectifs, L'une des plus importantes est l'introduction en 2007 du système de la carte électronique de l'assuré social (carte CHIFA).

Les principaux résultats a dégagés de cette réforme sont :

#### 2.4.1- les objectifs réalisés

---

<sup>1</sup>AIT MEDJANE .O, *Op. Cit.*, P71.

<sup>2</sup> MSPRH, les réformes en santé évolution et perspectives, Alger, décembre 2015. [En ligne]. Format PDF. Disponible sur: <http://www.sante.gov.dz/images/RENCONTRE%20EVALUATION%20ALGER%206%2011%202017.pdf> consulté le 20/11/2017.

<sup>3</sup> Lotfi .B, *Réformes et Sécurité Sociale L'expérience Algérienne*, MARS 2009

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

- La suppression du support papier, la simplification et l'accélération des formalités et des démarches de remboursement ou la prise en charge des Assurés Sociaux et pour les partenariats conventionnés dans le cadre du système de tiers- payant ;
- La contribution à la rationalisation et à la maîtrise des dépenses de soins ;
- La réalisation d'économies des frais de gestion et au renforcement de la lutte contre la fraude.
- Amélioration de la qualité des prestations simplification des procédures et formalités, et remboursement systématique et rapide ;
- Amélioration des relations avec les prestataires : pharmaciens, médecins structure de santé...<sup>1</sup> ;
- Elle permet aux assurés détenteur de la carte CHIFA de se procurer les médicaments au niveau national auprès des officines conventionnées avec la CNAS, sans avance de frais.

### 2.4.2- les objectifs non réalisés

- Limitation du montant à rembourser à 3000 DA par ordonnance ;
- Limitation du nombre d'ordonnance (deux ordonnances par mois)<sup>2</sup>.

### 2.5 - Les perspectives d'avenir :

- Partenariat avec les collectivités locales et les ONG pour mobiliser les ressources supplémentaires pour la santé ;
- Réduction des coûts des biens médicaux et des soins par : la mise en place d'une politique ambitieuse du médicament générique et l'amélioration des mécanismes d'approvisionnement et des achats publics ;
- Amélioration de la qualité des prestations par : la généralisation du système de tiers payant, généralisation du conventionnement du médecin traitant ;
- Parachèvement de la modernisation des infrastructures ;
- Développement du système complémentaire de couverture sociale ;
- la réforme du système dans son ensemble, en commençant par l'aspect lié à la législation, par la refonte et la révision de la loi sanitaire qui date de 1985 et des textes y efférents, et achevé le processus d'avant projet de la loi sanitaire entamé en 2003 ;

---

<sup>1</sup> CNAS, le système CHIFA, [en ligne]. Format PDF. Disponible sur: <http://www.cnas.dz/?q=fr/espace-chifa/carte-chifa> consulté le 20/10/2017.

<sup>2</sup>AIT MEDJANE .O, *Op. Cit.*, P 72.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

- Renforcer les capacités d'organisation, de la gestion et du fonctionnement du système, par l'amélioration de ses performances à travers l'adoption de méthodes de gestion moderne (faire appel à l'expérience étrangère si nécessaire), et une formation appropriée des gestionnaires des établissements de santé ;
- Une réflexion et une révision des modalités de financement de la santé sont indispensables. En effet, la réactivation et l'achèvement du processus de contractualisation est nécessaire afin de mettre en place des relations contractuelles (financement contractuel) entre les EPS et les organismes de la sécurité sociale permettant de financer les activités et non pas les structures, cela va engendrer une rationalisation dans l'utilisation des ressources et qui va permettre d'éviter les gaspillages ;
- Ajoutons à cela la diversification des sources de financement de la santé au-delà de celles de l'Etat et de la sécurité sociale, par la participation d'autres organismes tels que, les compagnies d'assurances privées qui se développent d'une façon rapide, ainsi que la participation des malades et des usagers ;
- En matière d'information, il est fondamental pour le secteur de la santé de disposer de comptes nationaux de la santé. Ces derniers sont un instrument d'appréciation des dépenses publiques et de leur efficacité ;
- Mettre en œuvre un système d'évaluation des activités, ainsi que des procédures du contrôle des coûts des soins, qui vont permettre une amélioration des conditions et du rendement du système ;
- Le renforcement de la formation de médecins spécialistes, à travers des relations de partenariat entre les hôpitaux dépourvus de spécialiste avec ceux qui en disposent afin de mettre leurs compétences au service du malade. De même qu'il est utile d'envisager des relations de partenariat avec les hôpitaux étrangers, et cibler certaines pathologies où des équipes peuvent se déplacer à Alger à des moments précis<sup>1</sup>, visant une double finalité : la prestation de soins et la formation de nos médecins ;
- Réduire les écarts sanitaires entre les wilayas, surtout sur le plan des soins spécialisés, à travers la réalisation d'instituts, hôpitaux ou établissements hospitaliers spécialisés, des centres anti cancer dans des régions défavorisées et isolées. De plus, donner la priorité à l'achèvement du programme d'investissement en cours afin d'accroître la capacité de prise en charge des malades.

## Chapitre III : Les réformes du système de santé en Algérie

---

En tant que secteur sensible, le secteur de la santé doit veiller à assurer la prise en charge de la santé des citoyens et à améliorer les services de santé. Aujourd'hui, le secteur doit accompagner les transformations que connaît le pays et être en phase avec les avancées que connaît le monde en général et plus particulièrement l'univers des technologies de la santé et les méthodes modernes de management des services de santé<sup>1</sup>.

### Conclusion

Les réformes mise en œuvre pour le système de santé algérien, sont un levier essentiel pour modifier et améliorer l'efficacité de ce dernier. Mais le décalage enregistré dans l'application de ces réformes reste grand, et cela entre les objectifs tracés et les résultats obtenus. Avec les besoins sans cesse croissants de la population en matière de santé, les intentions et projets de réforme sont nombreux mais la mise en œuvre est lente et les capacités de gouvernance sont limitées.

De ce fait, et malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour accomplir leur objectif principale " améliorer l'état de santé de la population", le système de santé algérien reste inefficace et ne répond pas aux besoins réels de la population en matière de prise en charge et de services fournis.

---

<sup>1</sup> BOUDIAF. A, *les politiques de santé*, colloques international, Alger 18-19 Janvier 2014.Format PDF Disponible sur : <https://sorpbatna.files.wordpress.com/2016/12/msprh-colloque-int-politique-sante.pdf> consulté le 12/11/2017.



***Conclusion  
Générale***

# Conclusion générale

---

## Conclusion générale

Le système de santé mis en place en Algérie est un mélange entre le modèle allemand, d'Otto Von Bismarck, qui instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et le modèle anglais, de Lord Beveridge, qui associe l'Etat à son financement. En d'autres termes, le système de santé ainsi créé est financé, d'une part par la sécurité sociale, qui, elle-même prélève des cotisations sur ses affiliés (cotisations patronales et salariales), d'autre part, par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité<sup>1</sup>.

Le financement du système national de santé revêt une particularité spéciale, du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale, et celle des ménages, donc un modèle de financement mixte qui tire ces ressources, d'une part, par la fiscalité nationale, et d'autre part des cotisations sociales.

Aujourd'hui, le mode du financement de santé Algérien est non seulement confronté à l'insuffisance des ressources financières, mais aussi à une mauvaise gestion des ressources disponibles, toutefois l'accroissement des capacités du financement, sans pour autant qu'il y ait des réformes pertinentes, risquerait de créer tout simplement des rentes de situation au profit des prestataires.

Trois problèmes fondamentaux, étroitement liés, empêchent l'Algérie de se rapprocher d'une couverture universelle. Le premier problème est la disponibilité des ressources, Aucun pays, quelle que soit sa richesse, n'a pu garantir à l'ensemble de sa population un accès immédiat à toutes les technologies et interventions pouvant améliorer la santé ou prolonger la vie. Cette notion plus complexe de la pauvreté et du développement tient compte des processus interactifs indispensables à la dynamique sociale de l'amélioration de la santé. C'est ainsi que les potentialités économiques influent sur la santé, car un faible revenu limite l'accès aux soins ainsi que les occasions de promouvoir la santé. Inversement, une mauvaise santé limite la capacité de gain et contribue à la pauvreté. La croissance des dépenses de santé, le vieillissement démographique, la précarité des classes défavorisées, risquent à long terme de remettre en cause les équilibres de comptes et partant, le fonctionnement des programmes du secteur de santé.

---

<sup>1</sup> SALMI Madjid, op, cit., p3

## Conclusion générale

---

La deuxième barrière à la couverture universelle est la dépendance excessive aux paiements directs au moment où les personnes ont besoin de soins. Ils comprennent les paiements des médicaments en vente libre ainsi que les honoraires des consultations et des interventions. Même si les personnes possèdent une assurance maladie, elles doivent participer et payer davantage sous forme de forfait, de quote-part, de ticket modérateur ou de franchise.

Le troisième obstacle à une progression plus rapide vers la couverture universelle est l'utilisation inefficace et inéquitable de ressources. La réduction de ce gaspillage améliorerait considérablement la capacité des systèmes de santé à fournir des services de qualité et à améliorer la santé.

L'organisation du système de santé fait ressortir de nombreux dysfonctionnements. Et cela malgré tous les efforts consentis à ce jour, l'offre sanitaire algérienne reste inférieure aux besoins du pays, tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi qu'à l'offre en médicament. En plus, et malgré tous les efforts, l'Algérie continue à dépendre de l'étranger pour assurer le fonctionnement normal du secteur.

Le système de santé algérien est toujours à la recherche d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des services rendus à la population. Ce système connaît de très profonds problèmes au niveau de l'organisation, de financement, de la formation et de l'information. Ce contexte les a incités à engager des réformes<sup>2</sup>.

Une Réforme est « un changement qu'on apporte dans la forme d'une institution afin d'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats, ou bien c'est un ensemble d'activités destinées à changer les politiques de santé et les institutions à travers les quelles elles sont implantées ».

Le système de santé algérien s'est engagé dans des réformes profondes qui ont pour but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de

---

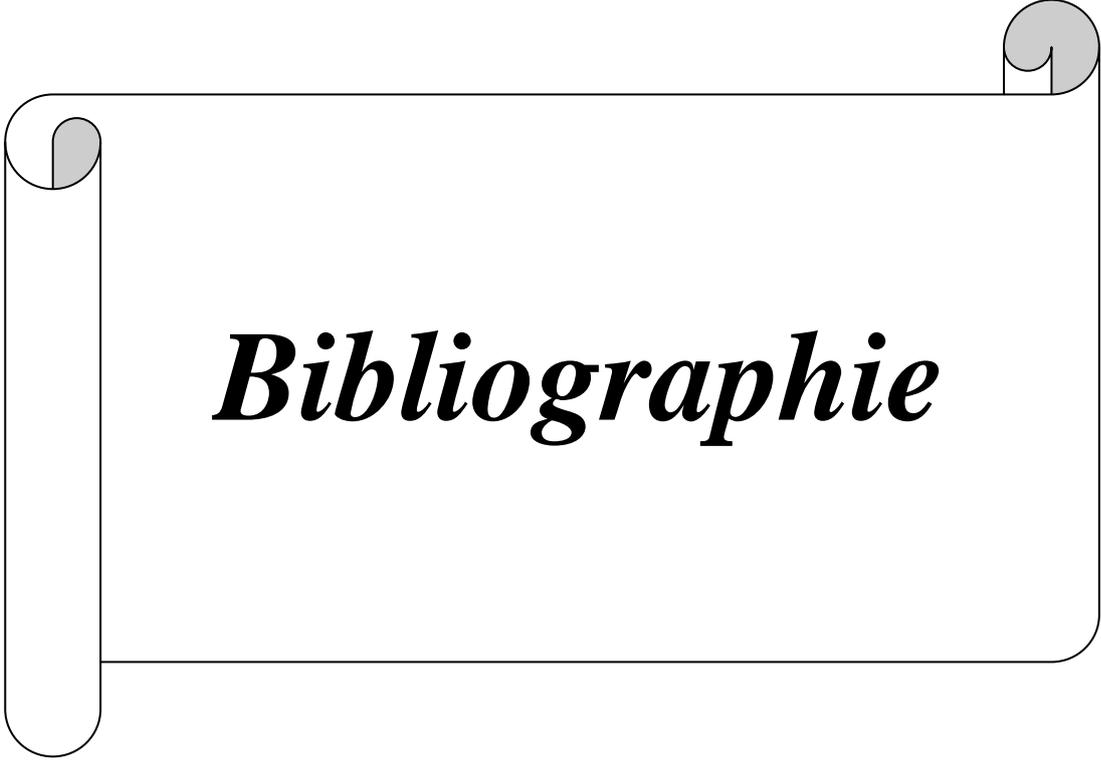
<sup>2</sup> AIT MEDJANE Ouahiba . *op .cit.*, p.75.

## Conclusion générale

---

donner des solutions aux problèmes que connaît ce dernier. Ces réformes engagées touchent les principales fonctions de ce système déjà cités.

Toutefois, en dépit de tous les efforts déployés par les pouvoirs publics, les objectifs principaux tracés ne sont que partiellement satisfaits. Ils demeurent des discours théoriques sans une réelle concrétisation sur le terrain.



# ***Bibliographie***

## BIBLIOGRAPHIQUE

### A- OUVRAGES :

- 1- AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des Organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*[en ligne]. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987. Format PDF. Disponible sur : [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf\\_omar/metho\\_sc\\_soc\\_organisation/metho\\_sc\\_soc\\_organisation.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisation/metho_sc_soc_organisation.pdf) (consulté le 20/09/2017).
- 2- BRUNO, Polier., *la réforme des systèmes de santé*. 7<sup>ème</sup> Edition mise à jour, 2015, février.
- 3- BRAHAMIA B : *économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé*, L'OCDE- Europe de l'est-Maghreb, édition bahaeddine, 2010.
- 4- DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
- 5- Emile Lévy. *La croissance des dépenses de santé*, Ed. economica, paris 1982. P7.
- 6- OUFRIHA Fatima-Zohra : *Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, Alger, 1992.
- 7- OUFRIHA fatma-Zohra, Dimitri (dir.) *transition et système de santé en Algérie*. Douéra Alger: CREAD, 2009.
- 8- OUFRIHA.F.Z. *les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé a la croisés des chemins*, CREAD.
- 9- OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, édition OCDE. [www.oecd.org](http://www.oecd.org). consulté 20/09/2017 P9.
- 10- SOPHIE Béjean., *économie du système de santé du marché a l'organisation*, 49, rue héricart , Edition. Economica, 1994.
- 11- Rougement A : *la santé en Europe I : les politiques de santé*, Ed. Centre européen de la Culture, Actes Sud, 1999. P21
- 12- Yannick MOREAU, *dépenses de santé : un regard international*, ministère des affaires sociales et de l'intégration –paris 1992.

## **B- REVUES ET PERIODIQUES :**

- 13- Banque mondial: revue des dépenses publique : *document de la banque mondiale volume I, l'Algérie à la recherche d'investissement de qualité*, BM, 2011
- 14- Banque mondial: *la région MENA, à la recherche d'un investissement public de qualité*, une revue des dépenses publique, document de la banque mondiale aout 2007, BM, rapport n°36270.
- 15- JACOBZONE S, ROCHAIX L « *l'hypothèse de la demande induite* »: [en ligne].un bilan économique, Revue Economie et prévisions n° spécial : nouvelles approches microéconomiques de la santé, n°129-130, 3ème et 4ème trimestre, juillet 1997, page 25. Format PDF. Disponible sur [http://www.persee.fr/doc/ecop\\_0249-4744\\_1997\\_num\\_129\\_3\\_586](http://www.persee.fr/doc/ecop_0249-4744_1997_num_129_3_586) consulté le 26/09/2017.
- 16- KAID Tlilane N. : *La problématique du financement des soins en Algérie*, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p.116.

## **C- DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES ET MANUELS**

- 17- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/./9080>

## **D- COLLOQUE ET SEMINAIRE :**

- 18- ABID.L : *Organisation du système actuel de santé et perspectives*, colloque international sur les politiques de santé, Alger le 18 et 19 janvier 2014.
- 19- ACHOUCHE Mohamed et ZIANI Lila : « *Analyse des dépenses de santé en Algérie* ». Colloque International- Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société, 2012, p. 2.
- 20- ABDELMALEK.B , *Réformes de la santé : éléments de l'avant projet de loi*, 17/09/2014
- 21- BOUDIAF. A, *les politiques de santé*, colloques international, Alger 18-19 Janvier 2014.Format PDF Disponible sur : <https://sorpbatna.files.wordpress.com/2016/12/msprh-colloque-int-politique-sante.pdf> consulté le 12/11/2017.

- 22- CHARBARTAUD S. et lequet-slama D. : *couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis, les publications de Drees : étude et résultats* [en ligne]. paris, juin 2001. . Format PDF. Disponible sur [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr) consulté le 25/04/2017.
- 23- Centre des premières Nations. (2007). *Compréhension des indicateurs de santé, Organisation National de la Santé Autochtone*[en ligne]. 220 avenues lauriers Ouest, suite 1200. Avril 2007, traduit par : JUSEPH Blain, Format PDF. Disponible sur [www.naho.ca](http://www.naho.ca). P15. (Consulté le 24/04/2017).
- 24- *La santé et la maladie, concepts, déterminants et mesure* [en ligne]. Format PDF. Disponible sur [www.unfpa-tunisie.org](http://www.unfpa-tunisie.org) . PP9-10.
- 25- Lebrun E, SCHWOB R : *organisation des systèmes de santé de soins filières et réseaux. In : santé publique* [en ligne].PARIS (France) : la conférence Hippocrate. servier ; 2000. Format PDF. Disponible sur [www.gipspsi.org.le\\_royaume.uni.chiffres clés](http://www.gipspsi.org.le_royaume.uni.chiffres_cleés) consulté le 25/04/2017.
- 26- *Santé publique, les systèmes de santé,* [en ligne]. Format PDF. Disponible sur [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) (Consulté le 24/04/2017).
- 27- ZIANI Lila et ZIANI Zoulikha : « *Le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie* ». Colloque International-Algérie : L'industrie de l'assurance, de la pratique et les perspectives de développement - les expériences des pays, 03-04 décembre 2012, p.7.

## E- TRAVAUX UNIVERSITAIRES :

### 1- Thèses de doctorat :

- 28- Kaid Tililane N : *le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants*. Thèse de doctorat d'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003 ;
- 29- SALMI Madjid : « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : éléments pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, UMMTO, 2009.
- 30- ZOUANTI née SANOUSSI Zoulikha : « *l'accès aux médicaments en Algérie : une ambiguïté entre les brevets des multinationales et le marché du générique* », Thèse en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Sciences Economiques, Université Hassiba Ben Bouali de Chlef, 2014, P.4.

## 2- Mémoires de Magister :

- 31- AMALOU Mourad : « *Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogène dans un hôpital : cas du CHU de Sétif* ». Mémoire de Magister en Science Economique, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2009, p.9.
- 32- ARHAB Samir « *perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de qualité en milieu hospitalier* », mémoire en vue de l'obtention du diplôme de magister en sciences économiques, option : management des entreprises. **[en ligne]** UMMTO, 2015, P78.Format PDF. Disponible sur [http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/ARHAB\\_Samir.pdf](http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/ARHAB_Samir.pdf) consulté le 20/09/2017.
- 33- ABBOU Youcef : « *Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie* », mémoire de Magistère en Sciences Economiques Option : Economie de la Santé et Développement Durable, 2010, P104.
- 34- BOUADI Sonia : « *le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service de management hospitalier.cas EPH Ain Al Hammam* » Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Magister en sciences économiques. Option : Management des entreprises, **[en ligne]**.Format PDF. Disponible sur [http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/Memoire\\_BOUADI\\_Sonia.pdf](http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/Memoire_BOUADI_Sonia.pdf) consulté le 10/11/2017.
- 35- BAHLOULI Ahmed Sofiane : « *la politique de la santé en Algérie, le cas de willaya d'Oran* », mémoire présenté en vue d'obtention du titre magister en sciences politiques et relations internationales , université d'Oran, 2012.
- 36- BENMANSOUR Sonia: « *Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb. Cas : Algérie, Maroc, Tunisie* ». **[en ligne]**. Mémoire de Magister en Science Économiques, Option Monnaie-Finance-Banque, Université de Tizi-Ouzou, 2012, p.9 et p.10. Format PDF. Disponible sur : [http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/BENMANSOUR\\_Sonia](http://www.ummtto.dz/IMG/pdf/BENMANSOUR_Sonia). (Consulté le 12/08/2017)
- 37- FOUADI Brahim : « *La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux* ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la Santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2011, p. 89.

38- ZIANI Zoulikha : « *Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicament dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie* ». Mémoire de Magister en Sciences Economiques, Option Economie de la santé et Développement Durable, Université de Bejaïa, 2012, p. 38.

### **3- Mémoires de Master :**

39- AIT MEDJANE Ouahiba : « *les reformes de système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyse* », mémoire en vue d'obtention de du diplôme de master en science économiques, option : Economie de la santé, 2013.

40- FOUADI B « *la contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux* », mémoire master en sciences économiques, option : Economie de la santé, université de Bejaïa ,2011.

41- KENDI Nabila : « *Essai d'analyse de la compatibilité des services offerts par la carte CHIFA par rapport aux attentes des usagers : enquête dans la ville de Bejaïa* », Mémoire de Master en Sciences Économiques, Option : Économie de la Santé, 2013, [en ligne].Format PDF. Disponible sur <http://www.univbejaia.dz/dspace/bitstream/handle/123456789/2224/Essai%20d%E2%80%99analyse%20de%20la%20compatibilit%C3%A9%20des%20services%20offerts%20par%20la%20carte%20CHIFA%20par%20rapport%20aux%20attentes%20des%20usagers.pdf?sequence=1&isAllowed=y> consulté le 11/10/2017.

### **4- Autres Mémoires :**

42- ALLAL Y : « *étude sur la contribution des patients à l'achat des médicaments prescrits dans les formations sanitaires de base* », mémoire de maîtrise en administration sanitaire et santé publique, juillet 1999.

43- ZAIDAT Amina, *l'évolution de la politique publique de santé en Algérie*, mémoire de fin d'étude, IEDF, 2012-2013, P10.

## F- RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 44- ABDELHAMID A : « *la reforme de système de santé des hôpitaux, la culture et analyse de l'expérience algérienne* » volume XIII n°3, mai/juin 2004 unité de recherche médicale de Constantine.
- 45- BOULAHBAL Bachir : « *besoin sociaux à l'Horizon 2025* », *l'Algérie de demain*, [en ligne]. Alger, décembre 2008, Format PDF. Disponible sur <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/algerien/06423.pdf> consulté le 20/09/2017.
- 46- BENBAHMED L : « *réformes et sécurité social l'expérience algérienne*, Marrakech mars 2009, [en ligne]. pharmaciens d'Alger, 2009. Format PDF. Disponible sur: [http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/oe\\_benbahmed.pdf](http://pharmacie.ma/uploads/pdfs/oe_benbahmed.pdf) consulté le 10/11/2017.
- 47- Compte nationaux de la santé de la l'Algérie, années 2000-2001, P33.
- 48- CNP : (comité national de population) 1999, 2000, rapport 1998, CNP, Algérie 2000
- 49- CNRES : étude nationale statistique de la population, résultats de l'enquête démographique, IV-mortalité. Algérie, commissariat national aux recensements et enquête statistique, CNRES, Algérie, 2010.
- 50- Contractualisation santé-CNAS : 5.300 agents mobilisés pour la gestion de 600 bureaux d'entrée aux hôpitaux.
- 51- CNAS : direction des statistiques, direction générale, CNAS. 2011.
- 52- CNAS, le système CHIFA, [en ligne]. Format PDF. Disponible sur: <http://www.cnas.dz/?q=fr/espace-chifa/carte-chifa> consulté le 20/10/2017.
- 53- CNAS : évolution des dépenses de tiers payants, CNAS, Algérie, 2007,2011.
- 54- DRESS : du *contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale DRESS*, Constantine, 2006.
- 55- Economie de la santé, observatoire régional de la santé, Nord-pas-de-calais, France, 2009. P4
- 56- Economie de la santé, observatoire régional de la santé, Nord-Pas-de-Calais, France 2009. <http://www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/rapport-nabni-20201.pdf> Janvier 2013, p.6.
- 57- KAÏD TLILANE : « *la contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et perspectives* ». Economie & Société N° 10 / 2014.



- 71- MSP : ministère de la santé, république algérienne démocratique et populaire : *les fondements de la carte sanitaire, MSP, nationale.doc.interne.dactyl.1-64*, novembre, 2007.
- 72- MSP : les statistiques sur les personnes âgées dans un hospice pour hommes de l'Algérie montrent que l'écrasante majorité des pensionnaires sont célibataires : 60%, les divorcés représente 20% quand on sait que le célibataire masculin aux âgés avancés est assez rare, on imagine le degré d'exclusion de ceux-ci, MSP, Alger, 2011.
- 73- MSP : *coopération dans le secteur de la santé avec les pays en développement rapport du haut conseil de la coopération internationale en Algérie*, MSP, Algérie 2006.
- 74- MSP : *statistique sanitaire, direction de la planification*, ministère de la santé et de la population, MSP, Algérie, 1999.
- 75- OMS, *rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006*. [en ligne]. Format PDF .Disponible sur [www.who.int](http://www.who.int) .
- 76- OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, septembre 2010. [en ligne]. Format PDF .Disponible sur [www.who.int](http://www.who.int) .
- 77- OMS. : *statistique mondiale, rapport sur la santé dans le monde* N° 198,2011 ;
- 78- OMS, *Définition de la santé*, [En ligne], Format PDF. Disponible sur [www.bioenergetique.com](http://www.bioenergetique.com) consulté le : 23/04/2017.
- 79- OMS, Organisation mondiale de la santé. *La santé mentale : renforcer notre action*. Avril 2016 ;
- 80- OMS, Voir rapport d l'OMS sur *le financement communautaire de la santé*.
- 81- OMS, *stratégie de coopération avec les pays 2002-2005*. [en ligne]. Format PDF. Disponible sur [http://www.who.int/whr/2005/11 annexes fr](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr). P10.
- 82- OMS : *À propos des systèmes de santé*, Disponible sur : <http://www.who.int/healthsystems/about/fr/> consulté le 25/06/2017.
- 83- *Projet de loi relatif a l'assurance maladie, tome 01*, rapport N°424(2003-2004), Alain Vaselle.
- 84- Rapport NABNI 2020 : « *Cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020* ». [en ligne].Format PDF. Disponible sur <http://www.nabni.org/wp-content/uploads/2013/01/rapport-nabni-20201.pdf>  
Consulté le 10/10/2017

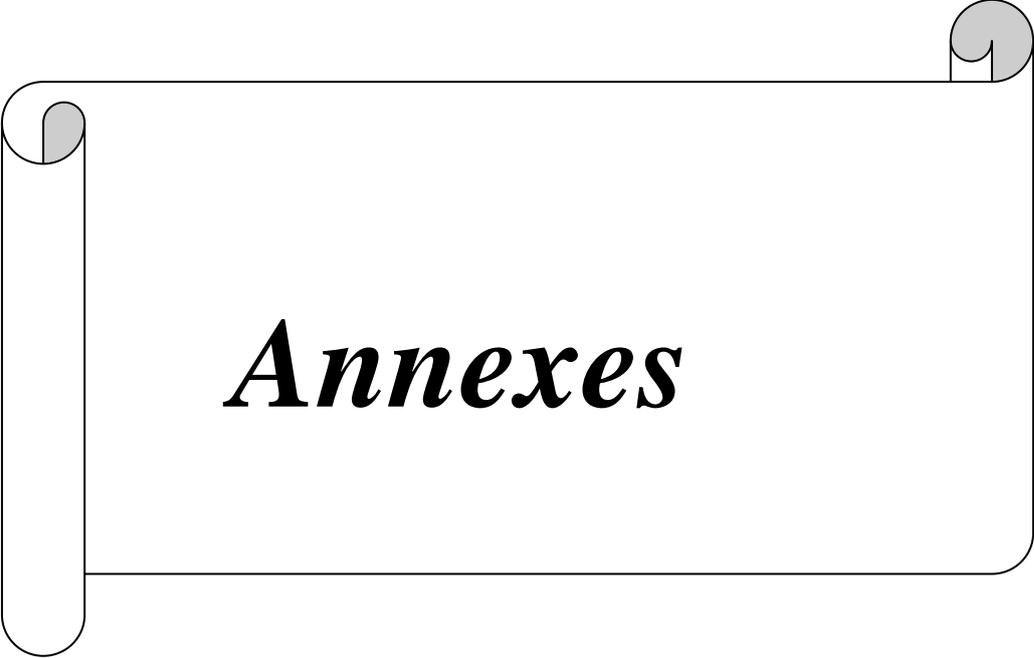
- 85- Rapport de la banque d'Algérie contenant des données statistiques sur plusieurs années.
- 86- Rapport *préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière*. [en ligne]. Format PDF. Disponible sur : <http://www.sante.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm> consulté le 11/11/2017.
- 87- SANDIER S, paris v, POLTON D. : « *système de santé en transition* » France .Copenhague, bureau régional de l'OMS pour l'Europe de la part de l'observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, 2004.
- 88- « *Sécurité SOCIALE, le tiers payant* », [en ligne]. 2017, Format PDF. Disponible sur: <http://www.leciss.org/sites/default/files/Tiers-payant.pdf> consulté le 12/10/2017.

#### **G- TEXTES REGLEMENTAIRES :**

- 89- Art. 170 de la loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée par la loi N°90 17 du 31 juillet 1990.
- 90- Article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;
- 91- Décret exécutif n°01-12 du 25 chaoual 1421 correspondant au 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux ;
- 92- Décret n° 92-07 du 04 janvier 1992 portant statut juridique ;
- 93- Décret exécutif du 2 décembre 1997, décret qui est abrogé depuis la parution du décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et Fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP) ;

#### **H- SITES INTERNET :**

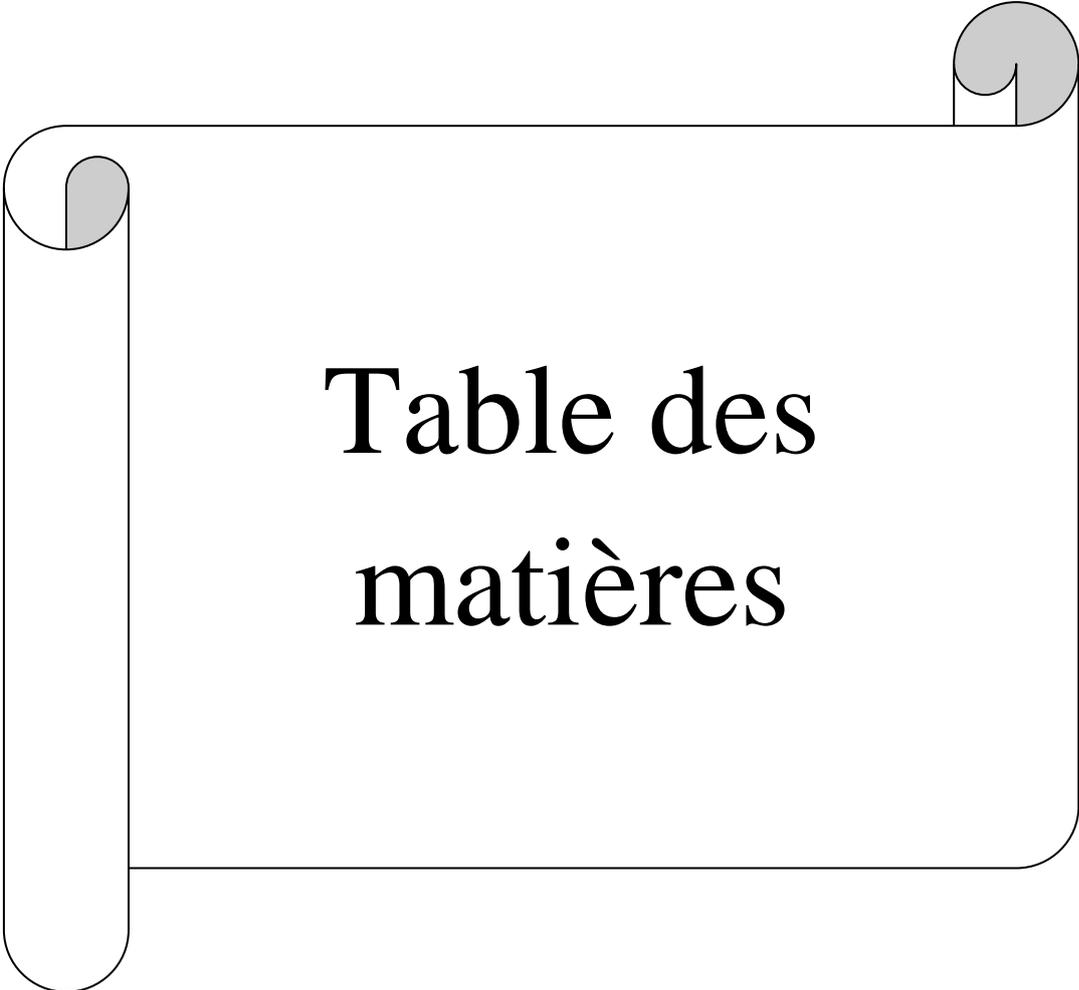
- 94- [www.bioenergetique.com](http://www.bioenergetique.com) ;
- 95- [www.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/AnaComSysSan.pdf](http://www.auneg.fr/nuxeo/site/esupversions/AnaComSysSan.pdf). (Consulté le 24/04/2017) ;
- 96- <http://gen.lib.rus.ec/> (consulté le 30/05/2017) ;



***Annexes***

**Annexe n°01** : l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;

20 janvier 1993	JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N°04	35
<p>Art. 125. — Il est institué au profit des chambres d'agriculture une redevance à prélever auprès des producteurs sur les ventes des produits agricoles suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— céréales et légumes secs..... 3 DA/quintal</li> <li>— raisins de cuves ..... 10 DA/quintal</li> <li>— l'entrée des fruits et légumes dans les marchés de gros à raison de:</li> <li>* 50 DA pour les tonnages inférieurs à 10 tonnes;</li> <li>* 100 DA pour les tonnages supérieurs à 10 tonnes.</li> </ul> <p>Les modalités de mise en œuvre du présent article seront précisées par voie réglementaire.</p>	<p style="text-align: center;">Chapitre 2 <b>Divers budgets</b></p> <p style="text-align: center;">Section 1 <i>Budget annexe</i></p> <p>Art. 130. — Le budget annexe des postes et télécommunications est fixé, en recettes et en dépenses pour l'année 1993, à la somme de douze milliards cent cinquante six millions six cent mille dinars (12.156.600.000 DA).</p> <p style="text-align: center;">Section 2 <i>Autres budgets</i></p> <p style="text-align: center;">Chapitre 3 <b>Comptes spéciaux du Trésor</b></p>	
<p style="text-align: center;"><b>DEUXIEME PARTIE</b> <b>BUDGET ET OPERATIONS</b> <b>FINANCIERES DE L'ETAT</b></p>		
<p style="text-align: center;">Chapitre I <b>Budget général de l'Etat</b></p> <p style="text-align: center;">Section 1 <i>Ressources</i></p>	<p>Art. — 131. — <i>L'article 121</i> de la loi n° 89-26 du 31 décembre 1989 portant loi de finances pour 1990 est modifié et complété comme suit :</p>	
<p>Art. 126. — Un montant de cinq milliards de dinars (5.000.000.000 DA) est, pour l'année 1993, prélevé du compte d'affectation spécial n° 302-068 intitulé : "fonds de soutien des catégories sociales défavorisées" au profit du budget de l'Etat au compte n° 201-007 "Produits Divers du Budget".</p>	<p>« Art. 121 . — Des fonds de garantie ou de caution mutuelle peuvent être créés dans des différents secteurs de l'activité économique par voie réglementaire.</p>	
<p>Art. 127. — Conformément à l'état "A" annexé à la présente loi, les recettes, produits et revenus applicables aux dépenses définitives du budget général de l'Etat pour 1993 sont évalués à trois cent trente cinq milliards six cent millions de dinars ( 335.600.000.000 DA).</p>	<p>Dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière, les fonds de garantie visés à l'alinéa précédent ont pour objet de garantir les crédits bancaires accordés par les établissements bancaires et tous autres paiements revêtant le caractère d'avance à la commande reçus de leurs clients par les adhérents à ces fonds.</p>	
<p style="text-align: center;">Section 2 <i>Dépenses</i></p>	<p>Peut adhérer à un fonds de garantie, toute personne physique ou morale de droit privé, dont les activités correspondent au champ de compétence du fonds.</p>	
<p>Art. 128. — Pour 1993, la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés (y compris les centres hospitalo-universitaires) est fixée à neuf milliards neuf cent quatre vingt trois millions de dinars (9.983.000.000 DA).</p>	<p>Le droit d'adhésion ainsi que toute autre contribution des adhérents aux ressources du fonds sont déterminés par les organes de ce dernier.</p>	
<p>La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la santé et de la population dont les modalités seront fixées par voie réglementaire.</p>	<p>Les fonds de garantie ou de caution mutuelle créés dans le cadre du présent article peuvent recourir à des facilités bancaires pour couvrir des besoins de trésorerie.</p>	
<p>Une avance forfaitaire est fixée dans ce cadre à cinq milliards de dinars (5.000.000.000 DA).</p>	<p>Ils peuvent en tant que de besoin, bénéficier de la garantie de l'Etat.</p>	
<p>Art. 129. — Il est ouvert pour 1993, pour le financement des charges définitives du budget général de l'Etat :</p>	<p>L'objet, la gestion, l'administration et le fonctionnement des fonds sont déterminés par leurs statuts respectifs."</p>	
<p>1) Un crédit de trois cent trois milliards neuf cent cinquante millions deux cent cinquante et un mille dinars (303.950.251.000 DA), pour les dépenses de fonctionnement réparti par département ministériel conformément à l'état « B » annexé à la présente loi.</p>	<p>Art. 132. — <i>L'article 50</i> de la loi n° 84-17 du 7 juillet 1984 est modifié comme suit :</p>	
<p>2) Un crédit de deux cent milliards de dinars (200.000.000.000 DA) pour les dépenses à caractère définitif du plan national, réparti par secteur conformément à l'état « C » annexé à la présente loi.</p>	<p>« Art. 50. — Sous réserve des règles particulières énoncées au présent chapitre, les opérations sur les Comptes Spéciaux du Trésor, à l'exception des comptes de prêts et d'avances, sont prévues, autorisées et exécutées dans les mêmes conditions que les opérations du budget général de l'Etat."</p>	
	<p>Art. 133. — Sont autorisées des bonifications d'intérêts pour les crédits destinés au financement des activités, projets et investissements prioritaires des secteurs public et privé ainsi qu'à l'habitat urbain et rural dans la limite d'un plafond de: un milliard de dinars (1.000.000.000,00 DA).</p>	
	<p>Art. 134. — Sont autorisées des dotations en fonds propres aux Etablissements Publics à caractère Industriel et Commercial (EPIC) et aux Centres de Recherche et Développement (CRD) dans la limite d'un plafond de: un milliard de dinars (1.000.000.000,00 DA).</p>	



# Table des matières

## Liste des figures

**Figure n°01 :** Les dépenses de santé en % du PIB entre 2000 et 2011, pour quelques pays du G7 et de l'OCDE

**Figure n°02 :** Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des Dépenses totales de santé ;

**Figure n°03 :** Les sources de financement de la santé en Algérie en 2009 ;

**Figure n°04 :** Evolution des dépenses totales de santé en pourcentage du PIB en Algérie

**Figure n°05 :** Evolution des dépenses totales de santé en % des habitants en Algérie

**Figure n° 06:** Evolution des dotations budgétaires globales du budget de fonctionnements du secteur de la santé.

**Figure n°07 :** Evolution des crédits budgétaires alloués au budget de fonctionnement de la santé entre 2005-2013

**Figure n° 08 :** répartition des dépenses totale de santé selon les sources de financement en Algérie ;

## Liste des tableaux

**Tableau n°01:** Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des Dépenses totales de santé ;

**Tableau n°02 :** Evolution des dépenses de santé en pourcentage du PIB ;

**Tableau n°03 :** les dépenses de fonctionnement entre 2005-2013 ;

**Tableau n°04 :** répartition des dépenses totale de santé selon les sources de financement en Algérie ;

**Tableau n°05 :** indiquant l'évolution de la population algérienne de 1960 à 2011 ;

**Tableau n°06 :** Les indicateurs épidémiologiques ;

**Tableaux n°7 :** Caractéristiques du secteur public ;

## **Listes des annexes**

**Annexe n°01** : l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;

**Annexe n°01** : la lois n°85-05 du 16 fevrier relative à la protection et à la promotion de la santé ;

## **Résumé:**

Le système de santé, est confronté, ces dernières années, à un certains nombres de faiblesses, en particulier, l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ces modalités de financement face aux mutations socio-économiques, démographiques et épidémiologique que connaît le pays. C'est sur la base de ces faiblesses que les autorités nationales ont formulé des objectifs, des axes stratégiques et des actions à entreprendre en vue de développer et d'améliorer les performances du système national de santé. Devant cet état de fait, les pouvoirs publics ont pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réformes profondes du système de santé. Toutefois, en dépit de tous les efforts déployés par les pouvoirs publics, les objectifs principaux tracés ne sont que partiellement satisfaits. Ils demeurent des discours théoriques sans une réelle concrétisation sur le terrain.

**Mots clés:** Système de santé, réformes, financement de la santé, Algérie.

## **Summary:**

In recent years, the health system has been confronted with a certain number of weaknesses; in particular the inadequacy of its organization, management and financing arrangements in the face of socio-economic, demographic and epidemiological changes the country. It is on the basis of these weaknesses that the national authorities formulated objectives, strategic axes and actions to be undertaken in order to develop and improve the performance of the national health system. Faced with this state of affairs, the authorities took the initiative to embark on a process of profound reforms of the health system. However, despite all the efforts made by the public authorities, the main objectives outlined are only partially satisfied. They remain theoretical discourses without a real realization on the ground.

**Key words:** Health system, reforms, health financing, Algeria.