

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.
Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou.
Faculté des Sciences Économiques, Commerciales et Sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques



Mémoire de fin d'étude

En vue d'obtention du diplôme de Master en sciences économiques

Option : Economie de la Santé

Thème

*Les réformes introduites dans le système de
santé algérien avec l'avènement de la loi
sanitaire 18/11*

Présenté par :

BARA Sabrina

OURAGHI Kenza

Encadré par :

Mme. KOLLISonia

Devant le jury composé de :

Présidente *Mme SI MENSOUR F.*

MC « B » *UMMTO*

Encadreur *Mme KOLLIS.*

MC « B » *UMMTO*

Examinatrice *Mme ANNANE S.*

MA « A » *UMMTO*

Promotion : 2020/2021

Remerciements

Au terme de notre travail nous remercions, le bon Dieu de nous avoir donné la force et le courage pour réaliser ce travail dans des bonnes conditions.

Nous remercions nos parents pour leurs efforts et leurs sacrifices durant tout notre parcours.

Nous remercions notre promotrice Mme. KOLLI Sonia, qui nous a orienté toute au long de la rédaction de notre mémoire.

Nous remercions également les membres du jury d'avoir accepté d'évaluer notre travail.



Dédicaces

Je dédie ce travail à :

*Mes chers parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager durant
mes études*

Ma chère sœur : Katia

Mon cher frère : Bilal

Mon binôme : Kenza

Tous mes amis (es)

Sabrina





Dédicaces

Je dédie ce travail à :

*Mes chers parents qui n'ont jamais cessé de m'encourager durant
mes études*

Mes chères sœurs : Sonia et Nariman

Mes chers frères : Yahya, Mehrez, Rabah et Mehmed

Mon binôme : Sabrina

Tous mes amis (es)



Kenza

LISTE DES ABREVIATIONS

Abréviation	Désignation
MDO	Maladies A Déclarer Obligatoirement
EPH	Établissements Publics Hospitaliers
APS	Algérie Presse Service
DEM	Dossier Electronique Médical
IMS	Industrie Médical Service
ANPP	Agence Nationale Des Produits Pharmaceutiques
APN	L'Assemblée Populaire Nationale

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
Figure n°01 : La carte Chifa	42
Figure n°02 : Qualité des soins	57
Figure n°03 : La protection et la promotion de la santé	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
Tableau n°01 : Evolution du budget de fonctionnement	19
Tableau n°02 : Système de santé dualiste	54
Tableau n°03 : Nombre de décès	70

Sommaire

Remerciements	2
Liste des abréviations	4
Liste des tableaux.....	6
Introduction générale.....	1
Chapitre I : La politique nationale de santé avant la promulgation de la Loi sanitaire 18/11	4
Introduction	5
Section 1 : Evolution et organisation du système de santé algérien.....	6
Section 02 : le financement du système de santé algérien	12
Conclusion	27
Chapitre II : Le système de santé algérien à l'ère de l'Loi sanitaire 18/11	28
Introduction.....	29
Section 01 : L'organisation du système de santé.....	29
Section 02 : La promotion de la santé en Algérie	42
Section 03 : La modernisation du secteur sanitaire	43
Conclusion	50
Chapitre III : Limites et défis actuelles de la politique sanitaire en Algérie	52
Introduction.....	53
Section 01 : Faiblesses du système de santé algérien.....	54
Section 02 : Perspectives et défis.....	56
Section 03 : Les mesures de santé publique en Algérie	64
Conclusion	72
Conclusion générale	74
Bibliographie	77
Table des matières.....	80

Introduction générale

Introduction générale

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

A cet effet, de nombreux efforts sont déployés depuis ces dernières années dans les pays dits en développement pour améliorer la santé des populations. Un élargissement et une plus grande rationalité des politiques et organisations sanitaires rendent les soins beaucoup plus accessibles. De nouvelles perspectives en matière de politiques publiques de santé s'ouvrent ainsi à ces pays mais dans un contexte de plus en plus difficile face aux défis de la mondialisation. L'Algérie n'échappe pas à cette évolution mais se heurte à des contraintes, exogènes et endogènes, qui altèrent l'efficacité et les performances de son système de santé.

La réalité socio- sanitaire est définie par une double transition, démographique et épidémiologique, qui bouleverse le champ de la santé. Les perturbations que connaît le pays sur les plans politique et socio-économique exercent une influence de plus en plus grandissante sur l'état de santé des populations et notamment les plus défavorisées.

Effectivement, l'Algérie comme tous les pays en voie de développement a accompli des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population, les objectifs en matière de santé visent la protection de la vie de l'homme contre les maladies et les risques, ainsi que l'amélioration des conditions de vie et de travail, notamment par le développement de la prévention, la distribution de soins répondant aux besoins de la population, la protection sanitaire prioritaire des groupes à risques.

Les réponses actuelles du système de santé obéissent à une logique médicale et épidémiologique mais des interventions basées sur des approches populationnelles et des initiatives innovantes montrent que de nouvelles stratégies d'intervention peuvent être élaborées pour mieux répondre aux besoins de santé des populations sans pour autant remettre en cause les principes de justice sociale et d'équité.

La refondation du système national de santé est possible. La situation actuelle est favorable à la mise en place d'actions dans le sens de la promotion de la santé mais celles-ci devraient être précédées d'un effort d'amélioration des connaissances dans ce domaine et de plaidoyer intense.

L'objectif de l'Loi sanitaire est de corriger en profondeur le système de santé tout en consolidant les principaux acquis en particulier la prévention et l'accès quasi universel

Introduction générale

aux soins préventifs et curatifs. Ce projet est une concrétisation d'une des mesures figurant dans le plan d'action du gouvernement.

Problématique

A quels niveaux les réformes sanitaires apportées par la Loi sanitaire 18/11 répondent-elles aux attentes de la population ?

Questions secondaire

Pour répondre à cette problématique, nous avons posé les questions secondaires suivantes :

- Quelle politique de santé a été adopté par l'Etat algérien avant la promulgation de la Loi sanitaire 18/11 ?
- Quelle réformes apportées par la Loi sanitaire ?
- Est-ce que la Loi sanitaire a parvenu à répondre aux exigences du secteur ?

Chapitre I

**La politique nationale de santé avant
la promulgation de la Loi sanitaire**

18/11

Introduction

Le système de santé est dirigé par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), il exerce en permanence des responsabilités essentielles à l'égard de gens de tous âges. Celui-ci comprend toutes les personnes et toutes les actions dont l'objectif principal est l'amélioration de la santé.

Pendant des siècles, elles constituent des entités de petit taille, généralement privées ou caritatives et la plupart du temps inefficaces, elles 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. Depuis l'indépendance, les principes d'équité et de la solidarité fondent le système national de santé. L'Algérie a consacré, dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé.

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.

Section 1 : Evolution et organisation du système de santé algérien

Durant des années d'occupation, la population algérienne, en grande partie se caractérisé par une grande pauvreté, un accès limité aux services de santé, un accès à l'emploi, une protection sociale insuffisante voir inexistante pour une grande majorité. Cette situation résultait d'une politique systématique de discrimination et d'exclusion sociale. L'accès à l'égalité des droits et aux conditions de bien être ont constitué l'essentiel des revendications de la population.

1.1. Evolution du système de santé Algérien

Le système de santé algérien a connu une évolution et une mutation depuis l'indépendance qui s'est caractérisé par plusieurs périodes qui sont les suivantes :

1.1.1. La période 1963-1973

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins (dont 50% d'Algériens) pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimée à 10,5 millions d'habitants.¹

Les indicateurs sanitaires de la période considérée, se caractérisaient par: une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, source d'une importante cause de décès et de handicaps.

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministère de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels:

- La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins ;
- instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé ;
- mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire pour la lutte contre la mortalité et la morbidité, dues aux maladies transmissibles.

Mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes:

Institution de la vaccination obligatoire de tous les enfants déroulement avec succès de la campagne d'éradication du paludisme La production pharmaceutique, l'importation et la

¹ AIT MOUHAND ali, « le Système National De Santé(SNS) », faculté de médecine, 12/03/2017 consulter le 16/09/2021 à 15h48.

distribution de gros des médicaments, étaient assurées par des sociétés nationales (Pharmacie Centrale Algérienne -PCA) ; La distribution au détail était partagée entre les secteurs privé et public (agences de la PCA). Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissait la liste des médicaments nécessaires ; Le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

1.1.2. La période 1974-1982

Elle a été également confrontée aux problèmes de la contraintes des dépenses de santé au milieu des années 1980, suite au choc pétrolier ayant réduit considérablement ses ressources financières. Malgré la faiblesse du rythme d'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB (une moyenne de 4.5%), les remboursements en médicaments effectués par la sécurité sociale n'ont cesse d'augmenter, tirées par l'accroissement de la demande des services de santé. Et selon l'OMS, la moyenne mondiale des dépenses de santé en proportion du PIB s'établit entre 5.6% à 7.5%.²

Marquée par 3 faits majeurs :³

- Instauration de la gratuité des soins (janvier 1974): généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé ;
- Réforme des études médicales : amélioration qualité de l'enseignement, renforcement de l'encadrement entraînant augmentation du nombre de praticiens médicaux (toutes spécialités) ;
- Création du secteur sanitaire: pierre angulaire de l'organisation du système national de santé auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base, autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic.
- Dans les années 1980, l'économie algérienne avait vécu un déficit et un frein brutal dans tout les domaines suite au choc pétrolier et à l'endettement de l'Algérie, ainsi que l'augmentation de la demande de soins en raison de la gratuité des soins.

² OMS. 17/07/2017. « L'OMS estime les coûts pour atteindre les cibles sanitaires mondiales d'ici 2030 ». <https://www.who.int/fr/news/item/-who-estimates-cost-of-reaching-global-health-targets-by-2030>. Consulté le 10/09/2021 à 13h

³ YUCEF Bouzid ; KEBAILI Rebiha, « Le système de santé Algérien : Réformes et perspectives », Mémoire de master ; Option économie de la santé, UMMTO, 2016/2017, pages 9.

1.1.3. La période 1982-1992

Cette période est caractérisée par :

- Réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires dont la création de 13 CHU chargés de soins, de formation et de recherche Recul de la mortalité (amélioration niveau de vie et programmes nationaux de santé: tuberculose, malnutrition, mortalité infantile, ...)
- Meilleure maîtrise de la fécondité amorce d'une transition épidémiologique, marquée par une baisse notable de certaines maladies transmissibles ;
- De profonds bouleversements socio-économiques: Difficultés cycliques d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables Asphyxie financière du système public entraînant les réformes du système (en 1985, la mise en place d'une Loi sanitaire 85-05 relative à la protection et à la promotion de la santé ; en 1986, privatisation de l'exercice médical « autorisation de s'installer, zoning » ; En 1990, autorisation d'ouverture des cliniques privées).

1.1.4. La période 1992-2002

Décennie marquée par une situation sécuritaire liée à un terrorisme particulièrement meurtrier et destructeur (destruction de centaines de structures de santé, d'établissement scolaires, d'unités industrielles).

En 1993, mise en place de structure de soutien à l'action du ministère : Laboratoire National des produits Pharmaceutiques (LNCPP) chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché.

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 :

- Une transition épidémiologique

Réapparition des 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**

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).⁴

En 1998, la mise en place du Centre National Pharmacovigilance (CNPV), chargé de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicaments et à l'utilisation de dispositifs médicaux.

1.1.5. Situation actuelle

En dépit des efforts déployés et résultats obtenus, le Système National de Santé (SNS) demeure confronté à de multiples contraintes, que ce soit sur le plan organisationnel ou fonctionnel, que dans la prise en charge des problèmes de santé, en vue de la non satisfaction du citoyen sur le système de soins, dans son organisation, sa qualité et efficacité.

Et pour cela, les pouvoirs publics en mis en application de nouvelles organisations sanitaires en janvier 2008, en remplaçant le secteur sanitaire par deux types d'établissements:⁵

- Etablissement public hospitalier (EPH) ;
- Etablissement public de santé de proximité (EPSP), celui-ci regroupe l'ensemble des structures extra hospitalières (polycliniques et salles de soins)

Cette initiative est prise dans le but de renforcer le réseau des infrastructures de santé, malgré que le secteur public connaît encore des difficultés d'adaptabilité à la nouvelle situation épidémiologique et manque de rationalité et de flexibilité pour offrir aux citoyens des soins accessibles, de qualité et à moindre coût.

Pendant cette période, les transitions épidémiologiques se poursuivent :

- Persistance des maladies transmissibles, dites maladies de la pauvreté (maladies infectieuses de l'enfant, la tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses) ;

⁴ Rapport NABNI 2020 : « Cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 ». Janvier 2013

⁵ AIT MOUHAND Ali, maître assistant en épidémiologie « le système national de santé (sns) », faculté de médecine, 12/03/2017 consulter le 16/09/2021. Opt. cit.

- Emergence des maladies non transmissibles (cancers, diabète, affections cardiovasculaires, maladies rénales, neurologiques et respiratoires chroniques, santé mentale, accidents) ;

La prise en charge médicale lourde et onéreuse s'accroît avec le vieillissement.

1.1.6. L'organisation du système de santé algérien

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:⁶

- 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.

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 sanitaire 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

1.1.7. La sous-direction des établissements hospitaliers privés

La sous-direction des établissements hospitaliers privés est chargée :⁷

- D'assurer la promotion et l'intégration des structures hospitalières privées dans le système national de santé ; de mettre œuvre les actions et programmes liés à la réforme hospitalière ;

⁶ Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, journal officiel n° 63 du 11 novembre 2011, p 7.

⁷ Décret exécutif n° 11-380, Pp. Cit, P.7.

- D'encourager et d'inciter l'implantation des structures hospitalières privées de façon à couvrir, de manière équilibrée, les besoins prioritaires de la population ; de proposer les mesures destinées à l'encadrement des activités des établissements, des équipements et des professions de santé ;
- D'étudier la conformité des dossiers d'agrément des établissements hospitaliers privés et de délivrer les agréments y afférents ;
- De contrôler et d'évaluer le fonctionnement des activités de soins et l'exercice des professions de santé.

1.2. La sous-direction des urgences

La sous direction des urgences a pour mission :

- De proposer les mesures destinées à assurer l'organisation et le fonctionnement régulier des services des urgences médico-chirurgicales ;
- De participer à la définition et à la mise en place de stratégies de prise en charge des effets des calamités, catastrophes et accidents de toute nature, notamment par la définition d'un plan de préparation et de riposte aux situations exceptionnelles ;
- De participer à l'établissement d'une carte nationale des urgences et d'en assurer le suivi et la mise à jour ;
- D'étudier et de proposer toutes mesures destinées à améliorer les performances des services d'urgence et
- D'assurer la continuité des soins ;
- De définir les moyens humains et matériels des services de soins d'urgence ;
- D'étudier, d'organiser et de proposer les mesures destinées à assurer et à améliorer la garde médico-chirurgicale dans les secteurs public et privé ;
- D'évaluer les activités des urgences et de la garde.

1.2.1. La direction des structures de santé de proximité

La direction des structures de santé de proximité est chargée de :

- d'étudier, de proposer et de mettre en œuvre toutes les mesures susceptibles d'encourager et d'inciter l'implantation de structures de santé de proximité de façon à couvrir de manière équilibrée les besoins en soins de base de la population ;
- d'élaborer des plans et programmes de soins

- alternatifs à l'hospitalisation à travers les unités sanitaires mobiles ;
- d'élaborer et de proposer toutes mesures destinées à assurer la promotion et l'intégration de la médecine privée dans le système national de santé ;
- de définir toutes les mesures visant la normalisation des méthodes d'organisation et de gestion des structures de santé de proximité publiques et privées.

Section 02 : Le financement du système de santé algérien

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, et d'une participation de plus en plus importante des ménages et des usagers, à cause des dépassements généralisés des tarifs dans le secteur privé et l'augmentation des prix des médicaments.

2.1. Historique du financement du système de santé en Algérie

Avant 1974 (gratuité des soins), le financement de la santé se faisait par l'intermédiaire de 3 principaux financeurs (l'Etat et les collectivités locales pour les personnes démunies, la sécurité sociale pour les assurés et leurs ayants droit, et les particuliers pour les professions libérales et les ménages aisés). La facturation se basait sur le prix de la journée, et les actes en ambulatoire sur les tarifs de la NGAP.

Après 1974, et suite à l'avènement de la gratuité des soins, les financeurs de la santé sont devenus l'Etat à travers une participation, la sécurité sociale à travers une contribution dite «forfait hôpitaux» et les ressources propres des hôpitaux selon le mécanisme de paiement (budget global).

Cette deuxième forme de financement de la santé présentait de nombreux inconvénients:⁸

- Prévalence de la logique des ressources sur la logique des résultats ;
- Financement des établissements au lieu et place des activités ;

⁸ <https://www.pressemedicale.com/news/la-contractualisation-mode-operatoire-de-regulation-des-systemes-de-sante>, consulté le 10/10/2021 à 15 :12.

- A l'échelle macroéconomique, aucune incitation des deux partenaires (santé, sécurité sociale) à la maîtrise des dépenses de santé.

D'où un résultat global décliné sous :

- Une désarticulation entre les ressources allouées et les activités réalisées ;
- Un résultat pervers : les ressources augmentent et les performances (activités) baissent ;
- Les mécanismes de régulation du financement des prestations et des relations sont irrémédiablement rompus ;
- Un non-sens économique : le financeur (acheteur) ne peut contrôler l'usage qui est fait des sommes qu'il alloue, et le prestataire ne produit pas en fonction des sommes allouées et ne peut donc exiger un complément s'il élève le niveau d'activité et la performance ;
- Une double déresponsabilisation : des gestionnaires devenus de simples dépensiers, donc non invités à produire, et des financeurs qui allouent des ressources sans droit de regard de l'usage qui en est fait, et sous aucun contrôle médical des prestations effectuées.

2.2. Les sources de financement de la santé en Algérie

Le financement du système de santé algérien relève de plusieurs sources de financement qui sont l'état la sécurité sociale et les ménages :

2.2.1. L'Etat

Le financement du système de santé algérien est assuré principalement par l'Etat. Le rôle de l'état est primordial, ces dépenses sont d'utilité publique comme les dépenses d'éducation et de défense nationale.

Le budget national de santé est garanti par l'Etat qui assure les budgets d'équipement et de fonctionnement des services centraux, ainsi que à travers les budgets décentralisés, équipements et le fonctionnement des structures concernées contre les différentes maladies aux niveaux des régions, des wilayets et des établissements de santé.⁹

L'évolution de cette participation a pris une ampleur avec l'instauration de la gratuité des soins de 1974. En effet la contribution de l'Etat au financement de la santé était à plus de 71% en 1974, mais cette contribution a diminué au fil des années surtout au milieu des années

⁹ Article 228, 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.

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 . Nous avons constaté des taux de contribution qui s'élèvent a 39% en 1984 , et seulement 34% en 1985, la diminution des participations de l'Etat a été compensée par les organismes de la sécurité sociale dans le financement de la santé. A partir des années 2000 et avec l'amélioration des recettes de l'Etat , on assiste a une hausse des contributions de l'Etat dans le financement des dépenses de santé , les taux ont atteints 42,56% en 1999 et 55,2% en 2009 et l'Etat redevient le financeur principale du secteur de la santé .

2.2.2. Financement de la sécurité sociale

La sécurité sociale constitue un important agent « financeur » de la santé en Algérie. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement surtout à partir de 1985, après les premiers signes des difficultés économiques et financières induites après la chute des prix des hydrocarbures à la fin des années 1980.

Le système de sécurité sociale en Algérie a été fondé en 1949 sur le principe de l'assurance. L'accès au système était destiné aux travailleurs en contre partie des prélèvements sur leurs salaires. Des Loi sanitaire s visant à étendre la couverture sociale à une plus large partie de la population ont été introduites dans le système. Cette dernière est gérée actuellement par cinq caisses nationales qui sont **CNAS, CNR, CASNOS, CNAC, et CACOBATPH**, placées sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, et dont le régime juridique des établissements public à gestion Spécifique, soumis au droit public dans leurs relations avec l'État et au droit privé avec les tiers. ¹⁰

Les organismes de sécurité sociale procéderont au versement de leur contribution financière annuelle aux budgets des établissements publics de santé par tranche trimestrielle, sur la base des informations communiquées par ces derniers. Ces informations portent sur l'identification des assurés sociaux et de leurs ayants droit ainsi que la nature et le montant des prestations fournies.¹¹

Il y a lieu de rappeler, par ailleurs qu'après plusieurs mois de concertation, un décret exécutif fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale

¹⁰ Ziani zoulkha , Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en sciences économiques , UAM de Bejaia , mai 2012 , P. 38.

¹¹ Idem. P. 40.

au financement des budgets des établissements publics de santé, a été adopté en conseil de gouvernement lors de sa séance du 24 novembre 2003.

Ce décret est pris en application de l'article 116 de la Loi sanitaire de finances pour 2003 qui stipule que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers spécialisés (y compris les centres hospitalo-universitaires) est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.¹²

La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux pris en charge dans les établissements publics de santé et ce, dans le cadre de relations contractuelles liant la sécurité sociale et le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

Les Lois sanitaires de finances successives depuis 1992 disposent que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels. Elles précisent, que « 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 » Il y a lieu de noter que ce n'est que suite aux conclusions du conseil interministériel du 21 mars 1995 qu'un comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 avril 1995.

L'expérience algérienne du projet «Contractualisation des rapports entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale», introduite par voie réglementaire (Loi sanitaire de la Loi sanitaire de finances de 1993) suite à de fortes contraintes sur les ressources financières de l'Etat, soumis à l'application d'un sévère plan d'ajustement structurel négocié avec les institutions financières internationales (FMI et la Banque mondiale), n'a pas abouti ni dans sa conception ni dans son application sur le terrain.

A ses débuts en 1994, le processus s'est limité à une seule forme, à savoir «une contractualisation de nature financière entre les établissements publics de santé qui dispensent des soins et les organismes de sécurité sociale en charge de l'assurance-maladie pour financer les prestations servies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Il s'agit d'un type de conventionnement liant les établissements publics de santé aux organismes de sécurité sociale.

¹² Article 116 de la loi de finances, 2003.

Les hôpitaux publics facturent aux organismes de sécurité sociale et au ministère de la Solidarité les prestations servies aux assurés sociaux et à leurs ayants droit pour le premier, et aux personnes démunies pour le second. Cette expérience imposée dans un contexte de contrainte était censée constituer un élément moteur et fédérateur et un axe fondamental de la politique du pays en matière de réforme hospitalière.

- **Avantages du système contractuel**

L'expérience de l'application de la contractualisation évoquée permet de nombreuses avancées :

- Elle rétablit le rôle de l'Etat arbitre (arbitrage entre les établissements de santé et les organismes payeurs) ;
- Elle rétablit les vertus de la négociation, de la concertation et de la transparence (optimisation des ressources - concurrence) ;
- Elle rétablit les responsabilités des financeurs et des gestionnaires (rationalisation des ressources) ;
- Elle permet le contrôle de l'allure des dépenses de santé pour préserver les équilibres financiers des organismes de sécurité sociale en charge de l'assurance-maladie et maintenir des proportions raisonnables quant à la part de financement de l'Etat ;
- Elle permet d'appréhender rigoureusement le statut des usagers pour mieux cibler l'aide de l'Etat vers les personnes nécessiteuses ;

L'expérience a été menée sur le terrain avec des avancées appréciables sur les instruments techniques de sa mise en œuvre (fiche navette, calcul des coûts des prestations servies, hôpitaux pilotes pour mesurer, entre autres, le statut des usagers "assurés sociaux et non adhérents", qui aurait pu servir à réorganiser les méthodes et les outils pour amener les travailleurs du secteur informel à se conformer à la réglementation.

2.2.3. Les ménages

Les ménages contribuent au financement de la santé en réglant aux établissements de santé les frais de séjours et de soins prodigués. La participation des ménages peut prendre

différentes formes principalement : le ticket modérateur, forfait hospitalier et dépassement d'honoraire. ¹³

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître¹⁴. 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.

Le financement du système de santé en Algérie est à la recherche d'autres sources alternatives du financement à savoir : ¹⁵

- Les mutuelles de santé et l'assurance complémentaire ont intégrées la réalité de faible paiement des ménages ;
- Les entreprises et les administrations participent au financement de la santé dans un cadre législatif et réglementaire, relatif aux actions de prévention des salariés (risques professionnels et état de santé des salariés) ;
- Les sociétés d'assurances prennent en charge les frais des médicaments ;
- Les collectivités locales telles que les APC et AF'W participent au financement de la santé par le financement de l'éducation sanitaire et la prévention.

Le budget programme est un document explicatif joint au projet de Loi sanitaire de finances précisant les objectifs du ministère, les programmes qui y concourent et les moyens qu'il y consacre. Il représente un cadre de dépenses sectoriel à court et moyen termes liant les ressources aux résultats attendus des divers centres de responsabilité d'une organisation, on le considère aussi comme un outil de planification et de gestion qui, à terme, participera au but recherché (assainissement des finances publiques, amélioration des indicateurs de couverture sanitaire, réduction de la pauvreté, etc.). Au niveau du MSPRH, un BP répond à ces spécifications, en étant ciblé sur des actions spécifiques telles que la lutte contre les maladies.¹⁶

¹³ BOULAHRIK M. Financement Du Système De Santé Algérien, Volume 20, Numéro 1, revue du département des sciences économiques, P. 9-32.

¹⁴ ZIANIL, ZIANIZ, *Op. Cit.*, p. 7.

¹⁵ Article 06 de la loi 90-33.

¹⁶ Guide de construction – budget programme, 16 janvier 2013, format PDF, p 05, p 06, p12, .disponible sur <http://www.pass-ue.dz>

Les budgets programmes permettent de réaliser :

- L'accroissement de l'impact des dépenses publiques sur la croissance et la réduction de la pauvreté.
- Le rapprochement entre les besoins et les ressources en vue de l'adaptation au cycle budgétaire annuel.
- La hiérarchisation des besoins en fonction de leur degré de priorités et leur harmonisation avec les perspectives de ressources.
- La prévision des ressources internes et de l'aide extérieure disponible dans un cadre pluriannuel
- La planification des dépenses dans une perspective à moyen terme.
- La définition d'un cadre de ressources cohérent et réaliste favorable à l'atteinte des objectifs fixés (création d'un environnement macroéconomique équilibré, amélioration de la couverture sanitaire).
- Un système de répartition des ressources plus conforme aux priorités stratégiques et intra-sectorielles dans le cadre d'une discipline budgétaire rigoureuse
- La formulation d'un modèle clair et logique qui lie les ressources aux résultats prévus
- La détermination d'une stratégie de mesure de rendement permettant de suivre les progrès
- La responsabilisation des administrations gestionnaires de crédits.

2.3. Les dépenses de santé

En 2014, les dépenses totales consacrées à la santé en pourcentage du PIB, étaient pour l'Algérie, de 7,2% selon l'OMS. Selon la Loi sanitaire de finances 2020, le budget réservé à la santé (408 282 838 000), est avec 8.3% du budget total, le 5e budget après la défense nationale, l'éducation nationale, les charges communes et l'intérieur, tandis que celui du ministère du travail (197 595 537 000) arrive en 9e position avec 4% du budget total.

2.3.1. L'évaluation des dépenses de santé en Algérie

Les dépenses totales de santé ont été multipliées par près de six entre 1995 et 2012, entraînant par là-même une augmentation des dépenses par habitant pour passer de 53 à 279 dollars courants (+425 %). Il s'agit de dépenses essentiellement publiques (84 % des dépenses totales de santé) qui consomment près de 10 % du budget de l'État (contre 8,5 % en 1995) et atteignent 5,2% du PIB. Les données désagrégées par région ne sont pas disponibles.¹⁷

2.3.2. Les dépenses publiques de santé

D'une manière générale les dépenses publiques de santé représentent l'ensemble des dépenses consacrées à la santé telles que les dépenses de santé financées par l'impôt, les dépenses de sécurité sociale, et les dépenses financées par des ressources extérieures. Elles incluent la rémunération des personnels des hôpitaux et des unités extra hospitalières, les dépenses d'administration du système de santé, les investissements en faveur des établissements médicaux, le financement de la plupart des systèmes extrabudgétaires, les subventions destinées à couvrir une partie des dépenses de fonctionnement des établissements médicaux et à combler leurs déficits budgétaires. Les dépenses publiques de santé en Algérie comprennent les dépenses du Ministère de la santé, des assurances sociales et des autres départements ministériels.

2.3.2.1. Les dépenses du ministère de la santé

L'impôt et la sécurité sociale sont les deux principales sources de financement qui alimentent le budget du fonctionnement du Ministère de la santé. Les dépenses de santé financées par l'impôt représentent toutes les dépenses publiques de fonctionnement et d'équipement engagées à l'échelon centrale, régional ou local, destinées aux interventions de santé à exclusion des transferts entre administrations y compris les subventions aux producteurs de biens et de services médicaux, les investissements en faveur des établissements publics de santé, les paiements de transfert aux ménages en compensation des dépenses de soins médicaux et des fonds extra budgétaires.

Leurs sources provenant de l'État sont, conformément aux Loi sanitaire s en vigueur destinés à la prise en charge des dépenses de prévention, aux soins dispensés aux démunis non assurés sociaux, à la formation et la recherche médicale.

¹⁷ Stratégie de Coopération de l'OMS avec l' Algérie 2016 – 2020, rapport de l'OMC pour l'Afrique, p20.

Les investissements lourds (construction d'hôpitaux et acquisition d'équipements) sont également à la charge de l'État selon les procédures en vigueur relatives à l'inscription, au financement et au suivi des dépenses d'équipement public.

Concernant les dépenses de santé à la charge de la sécurité sociale, celles-ci sont financées par les cotisations versées par les salariés et leurs organismes employeurs au titre des régimes obligatoires, de prise en charge des soins et des biens médicaux de la population.

Cette participation de la sécurité sociale est aussi appelée forfaits hôpitaux et est destiné à la prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux et leurs ayants droits, dans les structures publiques de soins. Il existe d'autres dépenses telles que les transferts pour soins à l'étranger et les dotations financières de services hospitaliers de haut niveau pour la prise en charge des pathologies lourdes et ce, dans le but de réduire les transferts pour soins à l'étranger.

- **Les dépenses de fonctionnement**

Le budget de fonctionnement du MSPRH comprend dix (10) postes : le personnel, la formation, l'alimentation, les médicaments et autres produits à usage médical, l'entretien des infrastructures sanitaires, les autres dépenses de fonctionnement, les matériels et les outillages médicaux, la prévention, les oeuvres sociales et les dépenses de recherche médicale créées depuis 1990. Le tableau suivant retrace l'évolution des dépenses de fonctionnement de 2001.

Tableau n°01 : Evolution du budget de fonctionnement

Année	Montant annuel du budget
2000	3390.07
2001	45747615.615 y compris l'initial
2002	49117.107
2003	55430.565
2004	63770.452
2005	63460.953
2006	70315.276
2007	93552.966
2008	129201.251
2009	178322.829
2010	227859.541
2011	227859.541
2012	404945348
2013	306925.642
2014	365946.753
2015	396217,178

Source : MSPRH : Année 2016

- **Dépenses de santé financées par la sécurité sociale**

Ces dépenses concernent la contribution des organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) au financement des établissements publics de santé (forfaits hôpitaux) destinée à la prise en charge des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droits qui est passée de 9700000000 DA en 1991 à 35000000000 DA en 2005, à 57818524000 DA en 2014 et à 65219092000 DA en 2015. La CNAS intervient aussi par la prise en charge des soins de haut niveau dans le cadre des conventions signées avec les établissements publics de santé liées à la CNAS par un contrat spécifique qui prévoit les activités et programmes à réaliser ainsi que les modalités de financement.¹⁸

¹⁸ BOULAHRIK M. Op. Cit, P.16.

- **Les dépenses d'investissement**

Le budget d'équipement de la santé comporte deux catégories de dépenses :

- les dépenses relatives aux opérations d'équipement public centralisées appelées programmes sectoriels centralisés (PSC) sont destinées à l'acquisition d'équipements médicaux (imagerie médicale, fauteuils dentaires...) et le lancement de la réalisation de nouveaux CHU ;
- et les dépenses qui sont effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les programmes sectoriels déconcentrés.

Depuis 2001, des ressources financières ont été mobilisées pour réhabiliter les infrastructures hospitalières existantes, réaliser de nouvelles infrastructures sanitaires à travers tout le territoire national.

- **Autres dépenses de santé**

- **Dépenses de santé des caisses de sécurité sociale**

Deux caisses de sécurité sociale sont concernées par les dépenses de santé à savoir la Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) et la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS). Leurs recettes proviennent des cotisations obligatoires (patronales et salariés), selon des taux différenciés, fixés par la réglementation en vigueur.

Elles couvrent des risques de santé telle que la maladie, l'invalidité, les accidents de travail et les maladies professionnelles. La CNAS assure des prestations en nature et en espèces, la CASNOS n'assure que des prestations en nature.

Les prestations en nature concernent le remboursement des frais médicaux et des médicaments au taux de 80%, les 20% restants représentent le ticket modérateur. Toutefois, le taux de 100% est appliqué lorsqu'il s'agit du traitement de certaines maladies chroniques de certaines catégories de malades. Pourtant les prestations en espèces notamment le remboursement de maladie, de la maternité, et l'invalidité concernent exclusivement le paiement d'indemnités journalières, le taux de remboursement est selon les situations prévues par la réglementation de 50% et 100% du salaire de poste journalier net.

La CNAS développe aussi des activités sanitaires et peut engager des dépenses d'investissement dans le cadre de la réalisation d'infrastructures sanitaires.

Les dépenses des caisses de sécurité sociale sont présentées selon la classification fonctionnelle suivante :

- Dépenses liées à l'action sanitaire ;
- Dépenses relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles ;

- Dépenses relatives aux assurances sociales ;
- Contribution au financement des établissements publics de santé, ou forfaits hôpitaux et conventionnements ;
- Financement des transferts pour soins à l'étranger ;
- Et dépenses de fonctionnement.

- **Les dépenses des autres départements ministériels**

La plupart des autres départements ministériels participent de manière active aux actions de lutte contre le SIDA et le tabagisme, ils investissent dans la construction d'unités de dépistage et de suivi. Certains ministères disposent aussi de structures de soins pour la prise en charge de populations particulières à titre préventif et curatif.

- **Les dépenses des mutuelles sociales**

Les mutuelles sociales régies par la Loi sanitaire 90-310 du 04/12/1990 relative aux associations et la Loi sanitaire 90-33 du 05/12/1990 relatives aux mutuelles sociales, modifié et complété sont actuellement au nombre de 35 sous forme d'associations à but non lucratif ayant pour objet d'assurer à leurs membres et à leurs ayants droits des prestations sociales suivantes en nature et en espèces surtout en matière de santé :

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

-et les indemnités journalières (prestations en espèces).

- **Les dépenses des ménages**

Sur la base des résultats des enquêtes de consommations menées par l'ONS, la consommation annuelle des ménages pour la rubrique santé et hygiène corporelle représente en 2001 6,3% des dépenses annuelles totales des ménages y compris les remboursements des caisses d'assurance sociales qui ont porté sur les frais pharmaceutiques et les actes médicaux regroupés sous la rubrique prestations en nature.

- **Évolution et analyse de l'évolution des dépenses de santé**

Le système de santé algérien est intégralement financé par son système de santé. Les financements extérieurs des Agences Onusiennes et les aides des ONG viennent en soutien à des programmes nationaux, notamment l'OMS, l'UNICEF.

- **Évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du PIB**

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.

- **Evolution des dépenses de fonctionnement**

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'usagers, en particulier, en leur assurant une qualité de prise en charge appropriée à un cout supportable pour la collectivité.

2.4. Budgétisation des programmes de santé

L'analyse de l'évolution de la part consacrée à la prévention dans le budget de fonctionnement depuis 1962 montre que ce poste budgétaire a été en s'amenuisant proportionnellement. Il faut toutefois noter que a partir de l'année de 1964, la tendance s'est inversée.

Cette portion congrue contraste avec les déclarations des différents ministres qui ont toujours affirmés la primauté du préventif sur le curatif

Ce n'est que depuis l'année 1991 que l'idée d'une budgétisation de la prévention plus conforme aux besoins exprimés s'est fait jour. Cette évolution de l'approche a été en fait introduite par la démarche par programme qui s'est progressivement imposée dans le domaine de la prévention. Une première budgétisation a été faite pour le programme de lutte antituberculeuse, puis un second pour le programme de lutte contre le RAA. Le 7 juillet 1995, un conseil interministériel a été consacré à la prévention, et à cette occasion les différents programmes ont été budgétisés. Un budget global a pu être présenté. Il atteignait 2 milliards, 600 millions de DA, alors que la dotation de 1995 avait été de 400 millions de DA. Le conseil interministériel a tranché en janvier d'une augmentation substantielle du budget. Toutefois, la somme finalement allouée a été largement en deçà des besoins réels.

Cette démarche globale a été poursuivie pour les années suivantes. Elle reste cependant insuffisante. En effet, elle ne prend pour le moment en compte que les budgets de fonctionnement concernant strictement le secteur de la santé. Il n'existe pour le moment aucune

analyse économique qui permette de définir d'une manière ou d'une autre les sommes à allouer aux autres secteurs pour promouvoir réellement la prévention.

Ces contributions financières qui pourraient s'appuyer sur le principe "fauteur payeur" devraient permettre d'apprécier des investissements à dégager dans le domaine de la prévention des maladies à transmission hydrique, des accidents de la route, des zoonoses, de la nutrition etc.) Une première approche a été tentée en 1995 dans le cadre d'une approche intersectorielle, mais elle n'a pas été réellement poursuivie.

En 2008, le Gouvernement Algérien a adopté le Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT horizon 2025), un programme d'investissement auquel est intégré le Schéma Directeur Sectoriel de la Santé (SDSS) d'un montant de près de 1.900 milliards de dinars (soit environ 19.4 milliards €). Ce Schéma a pour objectif d'atteindre le niveau des indicateurs sanitaires des pays industrialisés d'une part et de réduire les écarts entre les différentes régions du pays d'autre part. Une stratégie sectorielle détaillant les actions et les ressources pour atteindre les objectifs structurels fixés et les résultats à moyen terme afin de traduire l'engagement du Gouvernement est en cours d'élaboration. Cette initiative s'inscrit dans la ligne du Plan d'action du Gouvernement adopté en mai 2009, et prévoyant cinq volets d'intervention pour le secteur de la santé :

- Rapprocher la santé du citoyen
- Améliorer la qualité des prestations
- Prendre en charge la transition démographique et épidémiologique
- Atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Rationaliser la Gestion du Secteur. Dans ce contexte, un Manuel de construction du budget par programme a été élaboré et a fait l'objet d'une première édition en juin 2012 ventilée en 90 exemplaires. Pour parfaire le processus d'introduction de la méthodologie ad hoc, le présent Guide d'utilisation a été élaboré pour présenter une méthode pratique de construction du budget par programme. La différence fondamentale entre ces deux outils est que le Manuel a pour objet de présenter les fondements à partir du contexte algérien et à la lumière des expériences internationales. L'aspect théorique y est développé, mais avec débordement sur les cas concrets. Le Guide, quant à lui a pour objet essentiel de se limiter à la dimension pratique :

- Avec un bref rappel des concepts fondamentaux ;

- Et est destiné à la mise en œuvre pour la construction de programmes concrets, tels que le plan cancer. Tant le manuel que ce présent guide ;
- Ainsi que les ateliers de formation y associés ;
- Ont été réalisés sur les ressources du programme d'appui au secteur de la santé (pass) ;
- Programme financé par la commission européenne (ce) dans le cadre de l'instrument européen de voisinage et de partenariat (ievp) inscrit dans le programme indicatif national (PIN) 2008- 2010.

Le PASS a pour objet d'appuyer le développement et le renforcement des capacités du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), de ses institutions sous tutelle et de ses niveaux opérationnels. L'objectif visé est de favoriser la réalisation des projets de réforme sectorielle et de mieux gérer les programmes, les structures et les ressources (matérielles, financières et humaines), afin de garantir un accès équitable à des soins de qualité à la population algérienne. Comme pour le Manuel, ce Guide est le produit d'une activité programmée dans le cadre du Devis- Programme de Croisière 1 (DPC1) du PASS mis en œuvre par le Groupement EPOS-GIZ.

Il a été réalisé à la suite d'une série de réunions au MSPRH et d'un atelier sur la budgétisation par programme tenu à Alger les 23 et 24 mai 2012 réunissant 35 participants du MSPRH :

Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé, Direction Générale des Services de Santé, Direction de la Population et Sous-direction du budget ainsi que de l'Institut National de la Santé Publique (INSP).

- **Budgétisation du plan cancer 2015-2019¹⁹**

En l'absence des comptes nationaux de la santé, il est difficile de faire ressortir la part de la dépense nationale de chaque exercice et plus particulièrement, celle consacrées à la prévention et au traitement du cancer. Il est pourtant permis de constater que l'état à engager depuis quelques années d'important investissements pour améliorer la prise en charge du cancer.

¹⁹ M. ZITOUNI, F. AMOKRANE, F. CHERF-BOUZIDA, Plan national cancer 2015-2019 , Comité National Chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer, Arrêté Ministériel du 24 Mars 2014. PP. 107-117.

Ces investissements sont caractérisés par le lancement, depuis 2006, d'un programme de réalisation des CAC, dont le coût global avoisine les 67 milliards de dinars et l'acquisition d'équipements de radiothérapie dans le cadre de contrats-programmes conclus en 2013, pour la fourniture de plus d'une trentaine d'appareils de radiothérapie pour un montant total d'environ 10 milliards de dinars.

La dispersion des moyens diagnostiques et thérapeutiques du cancer rend particulièrement difficile le calcul global du coût de cette pathologie.

L'analyse de la répartition des ressources financières allouées aux domaines de la prévention, de l'information sanitaire, de la formation, de la recherche, de l'organisation des soins et des soins palliatifs sont subsidiaires jusqu'à présent par rapport aux ressources allouées aux domaines diagnostiques et thérapeutiques. Par exemple, sur les quelques échantillons de CAC étudiés, on constate que le budget alloué à la recherche n'est que de 0,0002% en 2014 alors qu'il devrait être théoriquement de 2% et augmenter régulièrement. Quant à la formation, il lui est accordé un intérêt mineur soit 0,001% alors qu'elle devrait être au moins de 1% avec augmentation future si l'on veut mettre à niveau les qualifications et les compétences des professionnels.

La prévention primaire et secondaire, vecteur fondamental d'une prise en charge efficace du cancer qui bénéficie actuellement de 0% à 1% des budgets des CAC devraient être portée à au moins 2%, ce qui va impliquer que les activités des CAC seront systématiquement élargies à la prévention qui deviendra avec cette passerelle, le noyau dur de la lutte contre le cancer et un élément moteur de la performance des RCP.

Les dépenses à consacrer au cancer sont appelées à augmenter durant toute la mise en œuvre du Plan National Cancer 2015-2019 avec l'entrée en fonctionnement de pas moins de dix (10) CAC d'une capacité moyenne de 120 lits. Pour l'utilisation plus rationnelle de ces ressources, les experts pensent qu'un rééquilibrage profond de la structure de ces dépenses devra être opéré. En effet, pour induire une dynamique de succès dans la lutte contre le cancer, une partie beaucoup plus importante des ressources à mobiliser doit être consacrée à une meilleure qualification de toutes les ressources humaines et à une modernisation de la gestion pour la mettre à niveau des standards internationaux.

Le présent plan s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue et de rationalisation de l'utilisation des ressources budgétaires.

Conclusion

Comme nous l'avons vu dans notre étude, le financement du système national de santé 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 mauvaises 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.

Chapitre II

**Le système de santé algérien à l'ère
de la loi sanitaire 18/11**

Introduction

La protection et la promotion de la santé concourent au bien-être physique, mental et social de la personne, à son épanouissement au sein de la société et constituent un facteur essentiel du développement économique et social.

De nombreux efforts sont déployés depuis ces dernières années dans les pays dits en développement pour améliorer la santé des populations. Un élargissement et une plus grande rationalité des politiques et organisations sanitaires rendent les soins beaucoup plus accessibles. De nouvelles perspectives en matière de politiques publiques de santé s'ouvrent ainsi à ces pays mais dans un contexte de plus en plus difficile face aux défis de la mondialisation.

Le développement socio-économique et culturel du pays et les stratégies et les politiques de la santé publique à partir de la promulgation de la Loi sanitaire 18/11 adoptées qui accordent la priorité à la prévention, au développement des structures et équipements sanitaires, à la formation de la ressource humaine et à la garantie des médicaments, en sus des développements survenus en matière de pratiques médicales et de technologies de la santé, ont permis à l'Algérie, durant la dernière décennie, de réaliser de bons résultats.

Section 01 : L'organisation du système de santé

Les objectifs en matière de santé consistent à assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire.

Les activités de santé s'appuient sur les principes de hiérarchisation et de complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation des différentes structures et les établissements de santé.

1.1. Présentation et dispositions générale de la Loi sanitaire**1.1.1. Présentation de la loi sanitaire**

La nouvelle Loi sanitaire sur la santé n° 18-11 du 2 juillet 2018 promulguée pour remplacer les dispositions de la Loi sanitaire n° 85-05 du 16 février 1985

La Loi sanitaire n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé a été promulguée sur le Journal Officiel n° 46 du 29 juillet 2018. La Loi sanitaire 18/11 est venue définir les principes et les dispositions fondamentales de la concrétisation et la consécration du droit constitutionnel du citoyen à la préservation, à la protection et à la promotion de sa santé, à savoir la garantie de l'égalité d'accès aux soins et de la continuité du service public de la santé, outre la complémentarité des activités de prévention et de traitement.

1.1.2. Dispositions générale de la loi sanitaire 18/11

La Loi sanitaire n° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé garantit et prend en charge les soins de base, soins élémentaires curatifs et préventifs comprenant notamment ceux dispensés sous forme de service ambulatoire ainsi que les soins d'urgence. Le nouveau découpage sanitaire opéré par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et des établissements

La présente Loi sanitaire fixe les dispositions et principes fondamentaux et vise à concrétiser les droits et devoirs de la population en matière de santé. Elle a pour objet d'assurer la prévention, la protection, le maintien, le rétablissement et la promotion de la santé des personnes dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de la vie privée.

La consécration de l'action intersectorielle, de l'établissement d'un secteur de santé public fort, sous tendu par un secteur privé intégré, de la garantie de la gratuité des soins, notamment dans les domaines de la prévention, de la formation et de la recherche, outre la cohésion et l'harmonie de l'action sanitaire, ainsi que des outils d'évaluation et de contrôle, en vaillant aux équilibres financiers.

L'Etat œuvre, à tous les niveaux, à la concrétisation du droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain à travers l'extension du secteur public pour une couverture sur l'ensemble du territoire national.

1.1.2.1. La gratuité des soins

Le nouveau projet de Loi sanitaire sur la santé consacre la gratuité des soins. Comme le précise l'loi sanitaire n°1, cette loi sanitaire fixe les dispositions et principes fondamentaux et vise à concrétiser les droits et devoirs de la population en matière de santé.

Le principe de la gratuité des soins est maintenu et l'Etat assure la gratuité des soins et en garantit l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national.

A. Implication du secteur privé dans la gratuité des soins

Le nouveau projet de Loi sanitaire sur la santé insiste sur l'implication du secteur privé dans la gratuité des soins pour toutes les catégories démunies, en vue de leur assurer une couverture sanitaire dans les régions où le secteur public est absent.

C'est dans le but d'assurer une complémentarité avec le secteur public que le privé sera impliqué dans le système de santé nationale, de 15 établissements de santé privés répartis à l'échelle nationale en 1993, l'Algérie compte aujourd'hui 208 cliniques privées, alors que presque autant sont en cours de réalisation, dont 31 fonctionnelles et 15 autres en chantier pour la seule capitale.

La nouvelle Loi sanitaire de santé a confirmé la gratuité des soins dans les structures publiques et l'obligation des autorités de mettre à disposition une offre de soins adéquate. Pour cela, des projets de réalisation de 160 structures de santé publiques et privées de 2019 à 2021

ont vu le jour. Le secteur public a prévu la réalisation de 24 structures hospitalières et en 2019 la réception de 20 nouveaux établissements hospitaliers.¹

Le privé doit participer à des missions du service public. C'est-à-dire qu'il peut faire de la prévention et s'occuper des tâches qu'il ne fait pas actuellement ». Et d'ajouter : « Cela se fera dans le cadre d'un cahier des charges et avec un contrat signé avec l'Etat. Donc, même les catégories démunies pourront demain avoir accès au privé et ce sera l'Etat qui financer ».

La gratuité des soins n'est donc pas remise en cause par le nouvel avant-projet de Loi sanitaire . « Il n'est pas question de revenir en arrière, bien au contraire, ce projet de Loi sanitaire consolide ces acquis », a-t-elle assuré.

Avec ce nouveau projet de Loi sanitaire , l'Etat s'engage à « mettre en œuvre » des programmes nationaux de santé au profit des citoyens, tout en maintenant la gratuité des soins pour toutes les catégories démunies non affiliées à la Caisse nationale des assurances sociales (CNAS), les assurés, les ayants droit et les souscripteurs à d'autres assurances sociales ; ce qui représente plus de deux tiers de la population. Quant au tiers restant, qui n'appartient à aucune des catégories susmentionnées, il devra continuer de verser des cotisations au système de sécurité sociale ou à l'une des assurances sociales et se soumettre aux Loi sanitaire s en vigueur, et ce pour ne pas être en marge de la logique de solidarité qui est la base de la médecine gratuite, fondée sur le principe du tiers payant.

B. Suppression de l'activité complémentaire

Concernant l'activité complémentaire, la nouvelle Loi sanitaire a prévu la suppression définitive de l'activité complémentaire. Personne ne sera autorisé à exercer dans le secteur privé, c'est-à-dire à avoir une double activité. La réglementation est claire à ce propos. Elle doit être respectée ».

Il convient de rappeler, que depuis l'ouverture du secteur de la santé aux investisseurs privés au début des années 1990, le nombre de cliniques privées a dépassé les 470 établissements, dont 301 hôpitaux de jour. Le ministère a recensé 254 autres cliniques en cours de réalisation, dont 163 hôpitaux de jour. L'ensemble de ces cliniques représente 7 % du parc national des établissements de santé en Algérie (MSPRH).

¹ LARRAS A. Le marché algérien de la santé est en croissance, AMBITION SANTÉ – ALGÉRIE – ALGER – du 2 au 3 décembre 2020. Consulté le 10/09/2021 à 13h11.

C. Obligations de l'Etat en matière de santé

L'Etat met en œuvre tous les moyens de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation des malades dans l'ensemble des structures publiques de santé ainsi que toute action destinée à protéger et à promouvoir leur santé.

Entre autres l'Etat : ¹

- Assure et organise la prévention, la protection et la promotion en matière de santé ;
- Met en œuvre les dispositifs en vue de prévenir et de lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles dans le but d'améliorer l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes ;
- Œuvre à l'élimination des inégalités en matière d'accès aux services de santé, et organise la complémentarité entre les secteurs public et privé de santé ;
- Accorde une attention particulière au secteur public de santé.
- Veille sur la communication l'information et la sensibilisation en matière de santé ;
- veille, à la dispensation des soins de base ou primaires, des soins secondaires et des soins tertiaires.
- Développe les activités de formation et de recherche en matière de santé pour répondre aux besoins du secteur.
- Protège et promeut le droit des citoyens à l'éducation en matière de santé.

1.2. Objectif de la Loi sanitaire 18/11

L'objectif global est l'amélioration de la prise en charge de la santé des algériens et la valorisation des personnels qui travaillent dans le secteur nécessite de modifier positivement les modes actuels d'organisation de gestion et de fonctionnement de ces établissements.

La protection et la promotion de la santé concourent au bien-être physique, mental et social de la personne, à son épanouissement au sein de la société et constituent un facteur essentiel du développement économique et social.

Les objectifs en matière de santé consistent à assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire. Les activités de santé s'appuient sur les principes de hiérarchisation et de complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation des différentes structures et les établissements de santé.

¹ Articles 12-20, loi 18/11, o. Cite, p 5.

La présente Loi sanitaire a pour objet de fixer les règles générales en matière de santé. Elle a pour but d'assurer la protection, le maintien, le rétablissement et la promotion de la santé des individus en particulier, et de la population en général, dans le respect de la dignité, de la liberté, de l'intégrité et de l'égalité des personnes.

La politique nationale de santé s'appuie, notamment dans sa mise en oeuvre, sur l'intersectorialité, à travers la contribution, l'organisation et l'orientation des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé.

1.3. L'organisation du secteur de santé

Le système est dirigé par le ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Le ministre a pour mandat de mettre en application le programme du président de la République à travers le plan d'action du gouvernement. Ce plan comporte cinq volets :

- améliorer la couverture sanitaire ;
- améliorer la qualité des prestations ;
- prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique;
- atteindre les objectifs du millénaire pour 2015 ;
- rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

L'organisation du système national de santé s'appuie, notamment sur :¹

- la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ;
- les services extérieurs relevant du secteur chargé de la santé ;
- le service public de santé assuré par les établissements publics et les établissements privés investis de cette mission ;
- le secteur privé de santé ;
- l'intersectorialité dans la mise en oeuvre de la politique nationale de santé ;
- la complémentarité entre le secteur public et le secteur privé en matière de prestations en santé ;
- la complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation, dans son aspect médical et social ;

¹ Art. 265, Op. Cit, P.25.

- les démarches diagnostiques et thérapeutiques basées sur des consensus factuels, régulièrement évalués et mis à jour ;
- l'organisation et la promotion de la formation et de la recherche en sciences de la santé;
- la contribution du mouvement associatif et mutualiste ;
- les réseaux de soins.

1.3.1. La carte sanitaire

La carte sanitaire constitue le schéma directeur de l'organisation du système national de santé. Elle fixe les normes de couverture sanitaire au niveau national et régional pour assurer une répartition équitable des soins de santé.

La carte sanitaire a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin, la carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe aussi les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé.

Selon l'loi sanitaire 6 de l'avant projet de la Loi sanitaire relative à la santé d'août 2014 : « Le système de santé est caractérisé par une carte sanitaire organisant le découpage en régions sanitaires et la coopération des activités et des structures de santé ; une implication majeure dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé ; le développement des ressources humaines; la mobilisation de ressources matérielles et financières en adéquation avec les objectifs arrêtés ; la complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation, dans son aspect médical et social ; des démarches diagnostiques et thérapeutiques, régulièrement évaluées, basées sur le consensus, permettant de réduire les risques iatrogènes et les coûts ; l'organisation et la promotion de la formation et de la recherche en sciences de la santé ».

La carte sanitaire vise également à assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et d'améliorer les offres ». L'loi sanitaire 185 de cet avant projet précise que

Ses objectifs :

La carte sanitaire a pour objet :

- de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins ;

- de satisfaire de manière optimale les besoins de santé ; définir l'organisation du système de soins;
- de préciser les conditions de mise en réseau des établissements de santé.
- de détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population ;
- de fixer, également, les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est évaluée et révisée, périodiquement, tous les trois an .

La carte sanitaire constitue le schéma directeur de la santé. Elle fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé.

La carte sanitaire est élaborée, évaluée et mise à jour périodiquement selon des modalités fixées par voie réglementaire.

1.3.2. Etablissements et structures de santé

La création des différents structures et établissements de santé ainsi que les établissements et institutions concourant à la santé et les organismes de soutien, se fait selon les besoins de santé de la population, les nécessités de développement, les caractères socioéconomiques des différentes régions du territoire national, les normes définies dans le cadre de la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire.¹

1.3.2.1. Missions des structures et des établissements de santé

Les structures et les établissements de santé sont accessibles à toute la population. Ils exercent leurs missions dans le respect des droits des patients. Ces structures et établissements de santé assurent, au profit de tous les citoyens, la dispensation de soins primaires, secondaires et tertiaires ainsi que les urgences, selon un schéma organisationnel fixé par voie réglementaire.

¹ Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements et structures de santé.

Les structures et établissements publics et privés de santé peuvent également assurer :

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

A coté des missions cites ci-dessus, les structures et les établissements publics de santé peuvent assurer des activités de formation pour tous les corps des professionnels de santé.

A cet effet, des laboratoires de recherche peuvent être créés à leur niveau dans le cadre du programme de recherche en santé.

Les structures et établissements privés de santé peuvent, le cas échéant, assurer des activités de formation paramédicale selon les modalités fixées par voie réglementaire.

1.3.2.2. Les types de soins offerts par les établissements de santé

Les structures et établissements de santé offrent plusieurs modes de soins comme définis dans la Loi sanitaire 18/11, qui sont :¹

A. Soins de base ou primaires

Les soins de base ou primaires sont l'ensemble des prestations de prévention, de promotion de la santé, de soins essentiels et de réadaptation, visant à répondre aux besoins de santé des personnes. Ils constituent le premier niveau du processus de soins du système national de santé et doivent être rapprochés le plus possible des lieux de vie, d'enseignement, de formation et de travail.

B. Soins secondaires

Les soins secondaires sont l'ensemble des prestations de diagnostic et de soins spécialisés dispensés dans les structures et les établissements de santé.

C. Soins tertiaires

Les soins tertiaires sont l'ensemble des prestations de diagnostics et de soins hautement spécialisés dispensés dans les structures et les établissements de santé.

¹ Article 18/11, Op. Cit, p 26.

D. Soins palliatifs

Les soins palliatifs visent à soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique du patient et à lui accorder l'accompagnement nécessaire, conformément aux dispositions de la présente Loi sanitaire .

Les soins palliatifs sont assurés au niveau des structures et des établissements de santé, à domicile et en établissements à vocation sanitaire ou sociale relevant des autres secteurs, notamment ceux appartenant au secteur chargé de la solidarité nationale, selon les conditions et modalités fixées par le ministre chargé de la santé.

1.3.2.3. Classement des établissements et structures de santé**A. Les établissements publics de santé**

Selon l'article 297 de la Loi sanitaire 18/11, l'établissement public de santé est un établissement public à gestion spécifique et à vocation sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Il a pour mission :

- D'assurer de développer et de promouvoir toutes les activités de santé ;
- D'assurer, également, des activités de formation et de recherche en matière de santé ;
- De développer toutes activités accessoires en relation avec ses missions par voie de convention.

Les différents établissements publics de santé sont, notamment :

- Le centre hospitalo-universitaire ;
- L'établissement hospitalier spécialisé ;
- La circonscription sanitaire ;
- L'établissement d'aide médicale d'urgence.

B. Structures et établissements privés de santé

Comme porté dans l'article 305 de la Loi sanitaire 18/11, les structures et les établissements privés de santé sont des structures d'exploration et/ou de soins et d'hospitalisation, en relation avec la santé humaine.

Les structures et les établissements privés de santé peuvent être créés ou exploités par toute personne physique ou morale, notamment les mutuelles sociales.

La création des structures et des établissements privés de santé doit répondre aux normes définies par la carte sanitaire et aux priorités fixées par le schéma d'organisation sanitaire, ils doivent satisfaire aux conditions techniques d'installation et de fonctionnement fixées par le ministre chargé de la santé.

Les activités de santé exercées, à titre privé, par les professionnels de santé, sont assurées au sein notamment :

- Des établissements hospitaliers privés ;
- Des établissements privés de soins et/ou de diagnostic ;
- Des structures d'exercice individuel ;
- Des structures d'exercice de groupe ;
- Des officines et établissements pharmaceutiques ;
- Des laboratoires d'analyses médicales ;
- Des structures agréées pour le transport sanitaire.

Depuis l'ouverture du secteur de la santé aux investisseurs privés au début des années 1990, le nombre des cliniques privées a dépassé les 470 établissements dont 301 hôpitaux de jour. Le ministère de la Santé a recensé 254 autres cliniques en cours de réalisation dont 163 hôpitaux de jour.

L'Etat a insisté sur l'impératif d'impliquer le secteur privé dans la gratuité des soins pour tous, dans le cadre du tiers payant, en vue d'assurer une couverture sanitaire dans les régions où le secteur public est absent, afin d'installer une complémentarité entre les deux secteurs. Le nouveau projet de Loi sanitaire sur la santé insiste sur l'implication du secteur privé dans la gratuité des soins pour toutes les catégories démunies, en vue de leur assurer une couverture sanitaire dans les régions où le secteur public est absent.

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la Santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :

1.3.3.1. Organismes de sécurité sanitaire**A. L'Institut national de santé publique (INSP)**

L'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Créée par décret n° 89.11 du 07 Février 1989, modifié et complété par le décret exécutif n° 04-73 du 04 Mars 2004, portant réaménagement de son statut particulier. Elle est placée sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé.

1.3.3.2. Le laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques (LNCPP)

Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé selon le décret exécutif n° 93-140 du 14 juin 1993 portant création, organisation et fonctionnement du Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques.¹

L'Agence nationale du sang,

Le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance,

Le Centre national de toxicologie.

1.3.3.3. Organismes d'appui logistique**A. L'Institut Pasteur d'Algérie**

Le 21 juin 1971, par ordonnance n°71-45, l'Institut Pasteur d'Algérie fut érigé en "Etablissement" d'utilité publique, sans but lucratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière". Le ministère de tutelle confia sa direction au Professeur Mostefa BENHASSINE de 1971 à 1986.

L'institut fut alors investi d'une triple mission à savoir :

- Recherche et référence dans les domaines de la microbiologie, de la parasitologie et de l'immunologie,
- Production et distribution de sérums et vaccins à usage humain et vétérinaire,

¹ <http://www.lncpp.dz/>, consulté le 3/10/2021, à 11h07.

- Formation du personnel scientifique et technique dans ses domaines d'activités.

Par la suite, l'Institut Pasteur d'Algérie changea de statut juridique conformément au décret exécutif n° 94-74 du 30 mars 1994, pour devenir "un Etablissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) " dans l'unique but de régulariser son activité commerciale, tout en gardant ses missions initiales. Ce décret sera modifié et complété par le décret n°98-234 du 21 juillet 1998.¹

L'Institut Pasteur d'Algérie fait en outre partie du Réseau International des Instituts Pasteur (RIIP), dont la coordination est assurée par l'Institut Pasteur de Paris. L'objectif commun du réseau est :

- d'élaborer un programme de coopération scientifique notamment pour la protection de la santé publique, en particulier pour la surveillance et le contrôle épidémiologique des maladies infectieuses et parasitaires (Sida, grippe, tuberculose, paludisme, choléra, etc.);
- La participation aux grands programmes internationaux ou régionaux de recherche (recherches cliniques, enquêtes épidémiologiques, recherches fondamentales, etc.);
- La formation du personnel scientifique (biologistes, chercheurs et techniciens) dans le cadre de leur activité de santé publique et de recherche.

B. La Pharmacie Centrale des Hôpitaux

La pharmacie centrale des hôpitaux est un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). de par ses prérogatives et attributions, a pour missions principales des activités d'importation

La PCH est dotée de plusieurs directions approvisionnements qui se divisent en sous-directions spécialisées par familles de produits.²

¹ <https://www.pasteur.dz/fr/presentation/historique>, consulté le 7/10/2021, à 19h13.

² <http://www.pch.dz/>, consulté le 7/10/2020, à 19h50.

1.4. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information

1.4.1. L'Ecole nationale de santé publique (ENSP)

L'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Créée par décret n° 89.11 du 07 Février 1989, modifié et complété par le décret exécutif n° 04-73 du 04 Mars 2004, portant réaménagement de son statut particulier. Elle est placée sous la tutelle du Ministère chargé de la Santé.¹

Et autre institutions telles que :

- L'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale,
- Les écoles de formation paramédicale
- L'Agence nationale de documentation en santé.

Section 02 : La promotion de la santé en Algérie

L'Loi sanitaire 18/11 est venue pour améliorer le système de santé en Algérie et parvenir à améliorer la qualité de soin des citoyens par l'accès aux établissements de santé et par une meilleure prise en charge en s'appuyant sur le matériel logistique.

Sans cette deuxième section, nous allons exposer les points apportés dans cette Loi sanitaire en termes de promotion de la santé en Algérie.

2.1. Accès et niveau de soins

Dans cette présente Loi sanitaire , l'Etat a insisté sur l'accès égal aux soins, ainsi que la prise en charge des patients et la lutte contre les maladies transmissibles.

2.1.1. Le droit et l'égalité des soins

L'engagement de l'Etat algérien à faire du droit à la santé un droit constitutionnel, à travers la mobilisation, en matière de prévention, de tous les moyens matériel et humains et la

¹<http://www.formation-dz.com/ecole-organisme/224-ecole-nationale-de-sante-publique>, consulté le 7/10/2020, à 20h23.

mise en œuvre des programmes de prévention au niveau national, régional et local, précisant que ces programmes englobent les maladies transmissibles et non transmissibles, les maladies à déclarer obligatoirement (MDO) et les maladies à prévalence mondiale.

Les programmes sanitaires qualitatifs dédiés à la mère et l'enfant, adolescents, personnes âgées, personnes en détresse et personnes aux besoins spécifiques outre des programmes spécifiques à la santé mentale et psychologique et à la prévention sanitaire en milieu scolaire, universitaire et formation professionnelle, outre les milieux professionnel, pénitentiaire et environnemental.

2.1.2. Lutte contre les maladies transmissibles

Concernant les programmes de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles, notamment les cancers et les cardiopathies, le ministre a cité la réalisation d'établissements hospitaliers spécialisés au niveau national et l'intérêt particulier accordé à la formation de la ressource humaine, à l'éducation sanitaire et à la sensibilisation à travers l'implication des citoyens, des associations et des médias.

Par ailleurs, et concernant l'accès aux médicaments et vaccins, le ministre a fait savoir que "l'Etat qui a pris l'engagement de garantir la disponibilité des médicaments, vaccins et différents sérums, veille à leur utilisation rationnelle, à travers notamment la promotion de l'utilisation des médicaments génériques.

Il a mis en avant, dans le même ordre d'idée, l'actualisation de la législation et de la réglementation régissant les activités des entreprises pharmaceutiques, la mise en place de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques (ANPP), chargée de l'enregistrement, de l'homologation et de contrôle des produits pharmaceutiques, et la création de la spécialité pharmacie hospitalière en post graduation outre la formation des pharmaciens en préparation de médicaments anticancéreux et de chimiothérapie.

Section 03 : La modernisation du secteur sanitaire

L'engagement de l'Etat en vue de moderniser le secteur de la santé à travers, notamment, sa dotation d'"outils modernes", et en lui créant un "environnement technologique adéquat par la mise en place d'un réseau informatique national performant pouvant supporter tout le système d'information sanitaire intégré".

3.1. Réforme de l'assurance maladie (La carte CHIFA)

3.1.1. 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.

Il suffit que l'assuré social ou l'un de ses ayants droit présente la carte Chifa auprès des pharmacies conventionnées, des médecins conventionnés, des opticiens lunetiers conventionnés et aussi lors de toute démarche auprès des centres de paiement.¹

Figure n°01 : La carte Chifa



Source : <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-carte-chifa>, consulté le 12/09/2021, à 20h10.

¹ <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-carte-chifa/>; consulté le 12/09/2021, à 13h20.

3.1.2. Bénéficiaires de la carte

Les assurés sociaux ou ayants droit 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.

Ce dossier doit être déposé par l'assuré social ou par son correspondant social (le cas des collectivités), au niveau du centre de paiement d'affiliation.

3.2. L'amélioration du système d'information :

Les établissements de santé publics et privés sont tenus de mettre en œuvre des systèmes d'information. Cependant, le ministère en charge de la santé est responsable de la conception, de l'organisation et de la mise en place des systèmes d'information en santé qui permettent à tout moment de disposer des informations essentielles nécessaires notamment à l'évaluation du système de santé.

Ces systèmes concernent le recueil les données médicales et comptables relatives aux prestations de santé développées par les établissements ainsi que les informations administratives et sociales ayant trait aux patients. Les modalités d'application de cette disposition sont fixées par voie réglementaire.

Pour ce qui est de la mise en œuvre de ces systèmes d'information, elle s'effectue dans le respect du secret médical et des droits des malades.

3.3. Planification et pilotage du système de santé en Algérie dans le cadre de la Loi sanitaire 18/11

L'évolution et les tendances démographiques et épidémiologiques, ainsi que les facteurs socio-économiques et environnementaux de notre société, rendent nécessaire l'élaboration d'une stratégie de planification sanitaire afin de répondre aux besoins sanitaires actuels et futurs

de la population. La planification sanitaire est l'un des leviers de pilotage de toute politique sanitaire rationnelle, dont la mise en œuvre nécessite l'élaboration d'outils scientifiques adéquats et des indicateurs sanitaires d'évaluations pertinents.

La planification sanitaire comprend l'ensemble des choix stratégiques en direction des secteurs publics, parapublic et privé, pour améliorer la distribution de l'offre de soins en vue de son adéquation avec les besoins sanitaires des populations, à travers des territoires géo sanitaires, à l'horizon 2025. Il s'agit de :

- déterminer les besoins en santé et les territoires géo sanitaire en vue d'assurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge du patient ;
- faire des choix judicieux en matière de priorités tout en tenant compte de l'équité dans l'accès aux soins ;
- et de programmer les moyens qui seront mobilisés par la collectivité.

La planification sanitaire a pour but de déterminer, sur la base d'une évaluation de la santé de la population, les besoins en soins, compte tenu de l'évolution démographique et du profil épidémiologique et de définir les moyens de les satisfaire de la façon la plus rationnelle et équitable ».

Selon l'Loi sanitaire 18/11, la planification sanitaire assure, dans le cadre du développement économique et social et du Schéma National d'Aménagement du Territoire, la répartition harmonieuse, équitable et rationnelle des ressources humaines et matérielles sur la base des besoins en santé compte tenu de l'évolution démographique et du profil épidémiologique.

La planification sanitaire comme dictée dans cette Loi sanitaire s'appuie sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire, prévus dans la ladite Loi sanitaire

Les programmes de santé visent à mettre en œuvre l'ensemble des actions et à mobiliser les moyens susceptibles d'assurer à la population, des prestations préventives et curatives en vue de prévenir ou d'endiguer une pathologie ou un groupe de pathologies déterminées.

3.3.1. La mobilisation des moyens et équipements modérés

La circonscription sanitaire, le dossier médical unique et le médecin référent

Ce qui nous paraît être un élément novateur dans cette Loi sanitaire, est représenté par la hiérarchisation des soins et surtout l'introduction du médecin référent qui seul peut orienter le patient vers les services spécialisés. Il faudra former le médecin généraliste à cette nouvelle

fonction et sensibiliser le citoyen qui doit changer ses habitudes. Néanmoins l'autorité de tutelle devra préciser rapidement les cas médicaux d'accès directs, en dehors de l'urgence. Nous pensons que :¹

Le système national de santé se définit également sur la base des fonctions qu'il doit assumer, à savoir la délivrance de services de soins personnels (soins médicaux, soins infirmiers, aide aux personnes, ...), la délivrance de services appartenant au domaine de la santé publique, mais également les autres fonctions que sont l'administration, le financement, les ressources humaines. La distribution des soins comporte des activités de prestation de soins préventifs et curatifs dirigés vers toutes les structures sociales : famille, milieu éducatif, milieu du travail, milieu de vie...

En Algérie, la prise en charge de manière intégrée et hiérarchisée des problèmes de santé de la population est assurée au niveau de différentes structures de santé de proximité : salles de soins, polycliniques et maternité pour ce qui est du secteur public, cabinets médicaux du secteur libéral ainsi qu'au niveau des structures hospitalières du secteur public (CHU, hôpitaux généraux, hôpitaux spécialisés) et aux niveaux des cliniques médicochirurgicales du secteur libéral. Une étude de l'offre de soins et des ratios de couverture sanitaire dans ces 09 régions va nous permettre d'avoir une idée sur l'équité et la prise en charge des besoins de santé de la population selon les régions dans ce vaste pays qu'est l'Algérie.

- La femme peut consulter directement un gynécologue sans avoir besoin de passer par le médecin référent,
- les enfants peuvent être examinés par un pédiatre sans passer nécessairement par le médecin référent,
- et enfin l'accès à l'ophtalmologiste devrait être possible pour tout patient sans passer par le médecin référent.

L'loi sanitaire 10 de cette Loi sanitaire donne des prérogatives assez vagues au mouvement associatif, (contribue à la protection et à la prévention de la santé.). La prévention qui inclut le dépistage n'est pas du ressort des mouvements associatifs. Il s'agit d'une activité de santé qui ne peut être que pérenne et qui nécessite des compétences particulières et une évaluation que le mouvement associatif n'a pas à prendre en charge. A l'heure actuelle,

¹ Article 18/11, op. Cite.

certaines associations considèrent faire du « *dépistage du cancer du sein* » alors qu'il ne s'agit que de recherche de lésions néoplasiques chez des patientes présentant des lésions mammaires.

3.3.2. Le dossier électronique médical (DEM)

Le DEM contribuera sans aucun doute à renforcer la politique de modernisation du système de santé en Algérie et à améliorer certainement la prise en charge globale des malades. Un Programme d'appui au secteur de la santé et son application effective est lancé dans plusieurs établissements hospitaliers en vue de l'autonomisation des prestations sanitaires pour une meilleure prise en charge des malades.

Le projet, un véritable défi lorsqu'il a été lancé en 2012 pour une durée relativement courte, a accusé un retard dans sa réalisation, mais grâce à l'intervention de M. le ministre de la santé et à l'aide de l'Union européenne, ce projet est aujourd'hui une nécessité majeure dans les établissements hospitaliers.

Maintenant une opportunité est offerte aux autres CHU de tirer profit de l'expérience de l'EHU d'Oran et de se lancer dans la numérisation et la modernisation en respectant, bien entendu, les normes et les standards internationaux dans le domaine de la santé, notamment en matière d'évolutivité, d'interopérabilité et de sécurité.

Le DEM doit être aussi une base de collecte de données de morbidité hospitalières fiables. Tous les indicateurs sanitaires obligatoires sont automatiquement renseignés et transmis au centre de données (Data Center).

Au départ, l'objectif était d'équiper quatre services dans ce projet pilote et, finalement, nous en avons couvert six, avec une extension sur les plateaux techniques, c'est-à-dire la chirurgie, l'hématologie, la gynécologie-obstétrique, la médecine interne, la pneumologie, le laboratoire, la radiologie et la pharmacologie. Les résultats sont que, dans ces services, tout se pratique de façon électronique : pas de papier ni de stylo donc. Nos objectifs futurs sont d'équiper les services restants de l'EHU, voire les autres CHU d'Algérie, grâce aux personnels formés à cet effet et qui sont opérationnels en Algérie".

Ce dossier est indispensable pour un établissement de santé qui dispense des soins de haut niveau, car il permet, avant tout, de sécuriser ces soins mais aussi d'assurer la mise en place des procédures nécessaires dans le cas de la prise en charge du patient, et ce avec une

traçabilité extraordinaire". "Tous ces éléments sont d'une importance capitale dans le cadre du dossier médical.

La mise en place du dossier électronique du malade nous a aidés à réduire l'anarchie dans la gestion des documents qui envahissent les bureaux des médecins"

Effectivement, un gain de temps est constaté, et ceci est d'autant plus important en médecine où, souvent, l'urgence est signalée".

L'informatique, à l'évidence, nous permet non seulement une économie de papier, de temps et d'argent mais elle autorise par-là même une traçabilité ainsi qu'une confidentialité dans les traitements administrés aux patients", et d'ajouter que "ce projet, lancé en 2013, s'est vu concrétisé au sein de l'EHU d'Oran grâce à la volonté de tous, mais cette opération gagnerait à être élargie à l'ensemble des centres hospitaliers. Il est indéniable que ce projet a suscité l'intérêt de l'ensemble des personnels engagés dans cette action, lesquels ne manqueront pas de mettre leur expérience au profit de leurs collègues. Néanmoins, il faut, dès à présent, veiller à la maintenance des équipements du système afin de ne pas retomber dans les travers connus par le passé"

La formation des personnels concernés en vue de l'exploitation de ce système et de sa mise en œuvre.

Optimiser les ressources humaines et financières dans le cas de l'interopérabilité pour aller vers un dossier intégré hospitalier qui permettrait de dégager les coûts, de faire des économies et de réorienter les différentes politiques en matière de prise en charge",

3.3.3. La mobilisation des moyens humains

Les personnels et les 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. Actuellement, 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 sanitaire 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.

Plus de 500 projets dans le domaine de production de médicaments et équipements médicaux

Dans son intervention, le ministre a indiqué que "l'industrie pharmaceutique a enregistré, ces dernières années, un développement remarquable, faisant état de plus de "500 unités et projets pour la production de médicaments et équipements médicaux, couvrant plus de 53% des besoins du pays".

3.4.Des réformes pour un service public plus accessible et plus performant

Ces réformes portent essentiellement sur:

- Le renforcement des droits des citoyens par la consolidation de l'accès aux soins, notamment pour les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes en difficulté et la mise en place de la commission de médiation et de conciliation.
- Le développement de l'organisation sanitaire à travers la mise en place de la carte, du schéma d'organisation et la planification sanitaire.
- Le soutien du rôle du secteur privé en tant que secteur complémentaire au secteur public.
- L'organisation des activités médicales qui seront du ressort et de la responsabilité du ministre chargé de la santé et leur hiérarchisation à travers l'introduction du médecin référent et la dispensation des soins et l'hospitalisation à domicile.
- Le réaménagement de l'établissement public de santé en lui conférant le statut d'établissement public à gestion spécifique.
- La mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'audit des structures et établissements de santé à travers la création d'une agence nationale ainsi que le renforcement et l'élargissement des pouvoirs de contrôle et d'inspection.
- La consécration de la qualité de fonctionnaire pour les professionnels de santé dans les structures et établissements publics de santé.
- La promotion de bonnes pratiques des activités médicales et la suppression de l'activité complémentaire et/ou lucrative.
- L'organisation rationnelle et équitable dans l'accomplissement de l'obligation du service civil.

- La modernisation du système national de santé par l'introduction des outils de gestion modernes et des nouvelles technologies, notamment de la création de la carte électronique de santé et l'institution du dossier médical électronique du patient.
- La mise en place d'un système d'information sanitaire intégrant les données sanitaires de planification et de gestion des ressources humaines, matérielles et financières basé sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.
- L'introduction d'un dispositif relatif à la bioéthique régissant les règles inhérentes à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humaines, à l'assistance médicale à la procréation, au don du sang et aux études cliniques.

Conclusion

A travers cette nouvelle Loi sanitaire sur la santé, nous espérons voire une hiérarchisation des soins, l'implantation réelle du médecin référent dans le système de santé algérien, une réhabilitation de la prévention et des soins de base, une prise en charge de la transition épidémiologique et des disparités géographiques.

La création de la circonscription sanitaire comme établissement public administratif réunissant au niveau du territoire d'une daïra ou de plusieurs daïras les hôpitaux et établissements de santé de proximité (comme cela existait du temps du secteur sanitaire) aura certainement un impact sur l'amélioration du fonctionnement de nos établissements de santé et par voie de conséquence sur la prise en charge des malades et apporterait des solutions aux difficultés auxquelles sont confrontées nos structures de soins.

Un texte de Loi sanitaire ne suffit pas à lui seul : des efforts restent à faire en volume et en normes de répartition ; des actions doivent être menées pour améliorer la qualité des prestations sanitaires ; normalisation des infrastructures et des équipements ; meilleure maîtrise de la gestion.

La maîtrise du développement des ressources matérielles et humaines est la tâche prioritaire à laquelle doit s'attacher le secteur de la santé.

Chapitre III

Limites et défis actuelles de la politique sanitaire en Algérie

Introduction

L'Algérie n'échappe pas à la politique sanitaire se heurte à des contraintes, exogènes et endogènes, qui altèrent l'efficacité et les performances de son système de santé. La réalité socio-sanitaire est définie par une double transition, démographique et épidémiologique, qui bouleverse le champ de la santé. Les perturbations que connaît le pays sur les plans politique et socio-économique exercent une influence de plus en plus grandissante sur l'état de santé des populations et notamment les plus défavorisées.

Les réponses actuelles du système de santé obéissent à une logique médicale et épidémiologique mais des interventions basées sur des approches populationnelles et des initiatives innovantes montrent que de nouvelles stratégies d'intervention peuvent être élaborées pour mieux répondre aux besoins de santé des populations sans pour autant remettre en cause les principes de justice sociale et d'équité.

Section 01 : Faiblesses du système de santé algérien :

Aujourd'hui, le système de santé algérien est confronté à des problèmes qui, d'une part, rendent les patients algériens insatisfaits des soins prodigués et, d'autre part, l'accès aux soins difficiles.

Les difficultés du système de santé algérien sont induites par une série de mutations d'ordre économique, démographique et épidémiologique.

1.1. Les difficultés du secteur public

Le secteur qui assure l'essentiel des hospitalisations, souffre de nombreuses lacunes dues au manque de moyens (financiers, humains et matériels) et à une attention insuffisante aux véritables attentes des patients. Ces dysfonctionnements comprennent principalement :

Le système de santé dans son ensemble ne disposant pas d'une organisation de soins cohérente, ce qui conduit à un manque de continuité des soins, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques ou ceux atteints des pathologies sévères. De plus, il n'existe pas de procédures suffisantes de contrôle de la qualité des prestations.

La gestion des services de santé se caractérise par une centralisation excessive et rigide. Le manque d'autonomie dans la gestion, l'administration et l'organisation des services de santé a exacerbé les surcoûts budgétaires. Le forfait hôpitaux et l'absence de comptabilité ont transformé les responsables de santé en dépenseurs incapables de contrôler les dépenses, voire d'évaluer leur impact sur le fonctionnement des services et l'amélioration des prestations.

Les ajustements apportés dans la Loi sanitaire 18/11 dépendaient de la baisse de la rente pétrolière, de l'endettement de l'Algérie et d'une augmentation des dépenses de santé.

1.2. Les principales causes de l'accroissement des dépenses de santé

1.2.1. Une large couverture sociale

Dans le cadre des efforts de l'État visant à étendre le bénéfice de la couverture sociale à toute la population sans distinction de revenu et dans le prolongement des mesures tendant à éviter l'exclusion des couches défavorisées, un système de santé basé sur la gratuité des soins a été mis en place, et un régime de sécurité sociale a été adopté, dont la couverture s'étend à la grande majorité de la population. À cela s'ajoutent les maladies faisant partie des affections chroniques qui donnent droit à une couverture à 100 %.

En somme, l'Algérien bénéficie d'une large couverture sociale : outre l'usage du tiers payant qui est élargi aux médecins conventionnés et à certains traitements qui n'étaient pas pris en charge, une couverture sociale gratuite est également garantie aux personnes ne disposant d'aucun revenu. Aujourd'hui, les dépenses du tiers payant dépassent 100 milliards DA soit près de 90 % des dépenses de la CNAS en médicaments. Les avantages de la couverture sociale ont offert aux Algériens la possibilité de se soigner indépendamment de leur capacité de financement

1.2.2. Une offre de soins étendue et diversifiée

Au chapitre de l'offre des soins et de la couverture médicale, on constate que malgré l'absence d'une couverture harmonieuse des besoins de santé sur l'ensemble du territoire national, l'indice de couverture en médecins ainsi que le nombre de structures de santé ont connu une amélioration constante au cours des vingt dernières années. Cette extension de l'offre est l'un des facteurs ayant conduit à l'augmentation rapide des dépenses de santé. En effet, face à l'explosion de la demande générée par la gratuité des soins, les pouvoirs publics ont été contraints de stimuler l'extension de l'offre en infrastructures de santé tant publiques que privées afin qu'elle soit adaptée à la demande.

Une première carte sanitaire a été mise en œuvre en 1981 comportant la planification normative de l'offre publique de soins, articulée sur l'entité de « secteur sanitaire » et en 2007, une nouvelle carte a été adoptée aux fins de décentralisation des soins compte tenu de la transition sanitaire en cours. Le nombre de structures sanitaires extra – hospitalières ne dépassait pas 1500 unités en 1970, aujourd'hui, on en compte près de 6500.

1.2.3. Dépenses lourdes pour les maladies non transmissibles

La transition épidémiologique a introduit un important changement dans le profil de morbidité, dont la charge pèse lourdement sur les capacités financières des caisses de la sécurité sociale. Aux dépenses onéreuses engendrées par ces maladies non transmissibles, s'ajoute le poids de prise en charge des maladies contagieuses récurrente ou non encore éradiquées. Aujourd'hui, les maladies non transmissibles sont la cause de plus des deux tiers des décès en Algérie.

1.3. Un système de santé dualiste et non maîtrisé

Depuis que l'Algérie a entamé la transition d'une économie planifiée vers une économie de marché, il a été procédé, progressivement, à la mise en place d'un cadre juridique visant à stimuler l'ouverture du secteur de la santé à l'investissement privé. Le système de santé se distingue par une dualité entre un secteur public largement dense et un secteur privé installé essentiellement dans les grandes villes. Aujourd'hui, les spécialistes s'accordent à dire que le privé s'érige en rival au lieu d'être complémentaire. Le caractère dualiste du système des soins en Algérie a contribué également à l'avènement d'un phénomène appelé « le nomadisme médical ». La liberté accordée aux citoyens de choisir leur médecin est responsable de la croissance des dépenses de santé particulièrement celles de la médecine ambulatoire.

Tableau n°02 : Système de santé dualiste

Médicaments	Prix PPA	Quantité	Tarif de référence
Esomeprazole (Inexium 40 mg Comprimés)	1 728,28 DA	1	196,00 DA
Simeticone (Meteoxane Gélules)	317,69 DA	1	339,6 DA
Consultation	1 500,00 DA		80,00 DA
Somme déboursée	3 545,97 DA	Montant remboursé	615,6 DA
Somme déboursée en médicaments	2 045,97 DA	Montant remboursé sans consultation	535,6 DA

Source : Journals.openedition.org, consulté le 15/10/2021 à 16h22.

Section 02 : Perspectives et défis

Tout en respectant les normes internationales en matière de santé, et d'insister sur le fait de trouver des solutions urgentes afin de répondre aux impératifs d'interopérabilité, de connectivité, d'évolutivité et de sécurité, notamment en termes de capacité des soins et leur disponibilité plusieurs défis sont à prendre par les responsables de la santé des citoyens.

2.1. Défi de modernisation

La mise en place d'un système d'information sanitaire national conforme aux normes internationales, passage obligé pour le développement et la modernisation de notre système

national de santé, et qu'au terme de ce projet, l'EHU d'Oran puisse être déjà classé à la catégorie 4 de l'échelle IMS «Health Uniform System of Classification " qui en compte. Face à l'engouement pour l'utilisation des technologies de l'information, nous pensons que l'implémentation du DEM pourra être l'élément déclencheur de la transformation de l'organisation des services de santé et, surtout, un outil qui appuiera concrètement la réforme hospitalière pour structurer l'offre de service en fonction d'une véritable intégration des soins, avec une amélioration certaine de la qualité".

2.2.La stratégie nationale de la e-santé

Les enjeux sont donc d'une part d'avoir une stratégie gouvernementale claire, qui doit être informée par des projets pilotes par la prise en compte de la santé numérique.

La stratégie nationale de la e-santé va maintenant le déployer au niveau national. Il a été nécessaire, dans notre cas, d'avoir une démarche législative participative, de définir les règles du jeu à travers une Loi sanitaire qui explicite les enjeux, les rôles et les responsabilités de chacun. Même si les Loi sanitaire s du monde du papier sont suffisantes, le fait de poser cette problématique et d'avoir un débat autour des enjeux a été essentiel pour créer une confiance suffisante entre les différents acteurs, notamment entre citoyens, fournisseurs de soins et fournisseurs du système, avec l'implication de tous les acteurs de terrain, y compris les patients. L'importance de développer cette confiance est clé non seulement, dans la capacité de déployer, mais dans le fait qu'elle soit véritablement utilisée. Il est assez facile de mettre en place des systèmes informatiques, il est beaucoup plus difficile de faire en sorte qu'ils deviennent la norme et que la qualité de l'information qui s'y trouve soit suffisante pour être véritablement utile. L'autre difficulté, dans un système de santé qui n'est pas purement public, est de définir un modèle économique pérenne, pour que ces systèmes puissent durer.³¹

Concernant la création de l'observatoire national de la santé chargé, sur la base des données scientifiques, épidémiologiques, démographiques, économiques et sociales, de contribuer à l'élaboration des éléments de la politique nationale de santé, à la détermination des priorités sanitaires devant bénéficier d'un programme de santé publique, de donner son avis et de faire des recommandations sur toutes questions se rapportant aux domaines de la santé³².

³¹ Les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone, synthèse des rencontres organisées par les Entreprises du Médicament (LEEM) avec les délégations des pays francophones, Genève 22 mai 2016, p 7-15.

³² Article 11 de la loi 18/11, op. cite.

Il nous semble qu'outre des représentants du MSPRH, certains anciens ministres de la santé et professeurs de médecine à la retraite ont le recul nécessaire pour l'élaboration des missions de cet observatoire. Jusqu'à ce jour beaucoup de comités « d'experts » sont désignés par le ministre et changés au gré des changements de ministre. On peut être considéré comme expert par tel ministre et ne plus l'être vis-à-vis d'un autre ministre. Ce n'est pas toujours sur des compétences que les « experts » sont choisis mais sur les relations.

Pour ce qui est de la protection des personnes en difficulté (personnes à faible revenu, personnes handicapées, personne en situation de précarité matérielle, sociale, psychologique, personnes âgées, mères et femmes en situation de détresse psychologique et sociale).

2.3.L'organisation du personnel de santé

Les affectations des praticiens spécialistes assujettis au service civil s'effectuent au sein des structures et établissements publics de santé, selon les besoins déterminés par la carte sanitaire. Les modalités d'application du présent loi sanitaire , notamment la liste des spécialités concernées, les modalités d'accomplissement du service civil ainsi que les mesures incitatives d'accompagnement, sont fixées par voie réglementaire. Les praticiens médicaux spécialistes sont tenus d'accomplir l'obligation du service civil au sein des structures et établissements publics de santé avant d'exercer dans le secteur privé ou à titre libéral. Souhaitant que de réelles mesures incitatives d'accompagnement soient mises en place.

L'loi sanitaire 265 précise que l'organisation du système national de santé s'appuie, entre autres, sur la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ; les services extérieurs relevant du secteur chargé de la santé ; le service public de santé assuré par les établissements publics et les établissements privés investis de cette mission ; le secteur privé de santé.

L'loi sanitaire 297 précise les missions de l'établissement public de santé (assurer, développer et promouvoir toutes les activités de santé ; assurer des activités de formation et de recherche en matière de santé; développer toutes activités accessoires en relation avec ses missions par voie de convention.). Mais quels sont les différents types d'établissements publics de santé

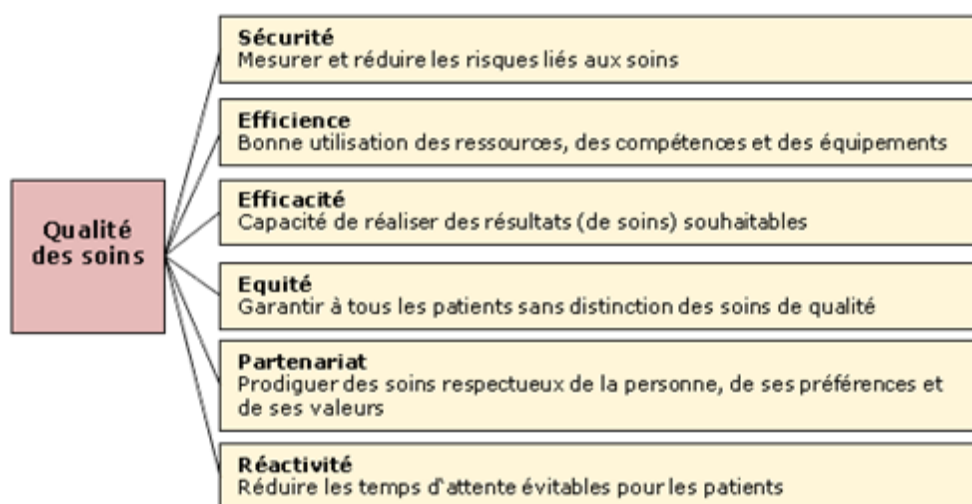
C'est l'loi sanitaire 298 qui vient répondre à cette question. Les différents établissements publics de santé sont, notamment :

- le centre hospitalo-universitaire ;
- l'établissement hospitalier spécialisé ;
- la circonscription sanitaire ;
- l'établissement d'aide médicale d'urgence.

2.4. Amélioration de la qualité des soins

Les principaux défis auxquels est confronté notre système de santé résultent de la transition sanitaire et démographique que traverse notre pays. Celle-ci demeure attachée au principe de la protection et de la promotion de la santé des citoyens. Elle vise à atteindre la couverture sanitaire universelle et a pour objectif de placer, à l'horizon 2030, l'Algérie dans la moyenne internationale pour l'ensemble des indicateurs de référence en matière de santé publique.

Figure n°02 : Qualité des soins



Source : <http://www.hug-ge.ch>, consulté le 09/10/2021 à 15h57.

A cet égard, le plan d'action du gouvernement concernera principalement les mesures relatives au renforcement et à l'organisation de l'offre de soins dans l'objectif d'assurer des services de qualité, dans le respect de la dignité des malades. Ses grandes lignes portent sur un système de santé planifié, la hiérarchisation des soins, le renforcement de la prévention, le développement des soins de proximité, ainsi que la prise en charge de la transition épidémiologique et des disparités géographiques. Ainsi, le plan d'action du gouvernement se concentre sur trois axes prioritaires, à savoir :

2.4.1. L'humanisation de l'activité de santé :

Par l'amélioration de l'accueil dans les établissements de santé, notamment au niveau des services des urgences médico-chirurgicales, ainsi que par la sensibilisation, la mobilisation et la motivation des professionnels de la santé.

2.4.2. La politique relative à la population

Qui sera renforcée dans son approche multisectorielle et pluridisciplinaire, tant au niveau national qu'au niveau local, intégrant à la fois les secteurs de l'Etat et la société civile. Elle oeuvrera à consolider et à améliorer l'intégration de la variable démographique dans les stratégies de développement économique et social, en vue d'assurer l'équilibre entre les ressources humaines, les ressources économiques et l'environnement.

2.4.3. L'amélioration de la couverture sanitaire de la population

Qui couvre plusieurs dimensions dont la gouvernance, la formation, la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, la prise en charge des maladies non transmissibles et des risques sanitaires liés à l'environnement et au climat, et la couverture sanitaire dans le Sud et les Hauts Plateaux.

2.4.4. La gouvernance et l'offre de soins

En matière de gouvernance et d'organisation de l'offre de soins, il s'agira de :

- Mettre en place la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ;
- Regrouper les entités au niveau local, afin de répondre aux besoins de santé de manière intégrée, hiérarchisée et permanente au niveau d'une aire géo-sanitaire précise, en mutualisant les ressources humaines et matérielles ;
- Normaliser, à tous les niveaux, afin de disposer de structures performantes avec des plateaux techniques standardisés et une répartition équitable en moyens humains et matériels, garantissant un accès équitable aux services de santé ;
- Renforcer les capacités des structures de proximité et des infrastructures hospitalières et développer la santé de proximité par l'externalisation des consultations spécialisées et la concrétisation de la notion de médecin référent ;
- Renforcer l'organisation et le fonctionnement des structures d'urgences, à travers la normalisation, la mise en place des réseaux de prise en charge hiérarchisée, le renforcement des points d'urgences de proximité et la réorganisation de l'eamu (Etablissement d'Aide Médicale d'Urgence) et des SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) ;

- Renforcer les programmes de soins relatifs aux problèmes de santé publique tels que : infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, pied diabétique, hémodialyse, greffe d'organes, hépatites, sclérose en plaque, ... ;
- Améliorer le partenariat entre les différentes structures et établissements de santé et développer l'intersectorialité ;
- Normaliser l'activité au niveau du secteur privé en tant que secteur complémentaire au secteur public et l'évaluation de son activité ;
- Développer le transport aérien dédié aux évacuations pour le Sud et les Hauts Plateaux;
- Renforcer l'approvisionnement adéquat des établissements de santé en médicaments et en équipements, en garantissant la qualité, l'efficacité et l'innocuité des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et des vaccins ;
- Développer un système d'information sanitaire performant, en intégrant les technologies de l'information et de la communication et développer des plateformes internes et externes pour les établissements de santé et de télé-médecine ;
- Répartir rationnellement les praticiens spécialistes au niveau national.

2.4.5. La promotion de la formation sanitaire

En matière de formation, il s'agira de :

- renforcer la formation des professionnels de la santé pour répondre aux besoins en termes de pluridisciplinarité et développer l'évaluation de la qualité des pratiques et de la sécurité des soins ;
- mettre en place un système d'évaluation et d'audit en santé ainsi que des projets de service, projets d'établissement, des contrats d'objectifs et de performance, dans un souci de planification et de maîtrise des dépenses ;
- mettre en place d'un programme spécial de formation nécessaire pour pallier au déficit actuel de certains professionnels tels que les assistants médicaux d'anesthésie et de réanimation, les sages-femmes, les accoucheuses rurales et les manipulateurs radio et développer d'autres filières de formation pour s'adapter à l'évolution technologique.

En matière de prévention et de lutte contre les maladies transmissibles, il s'agira de consolider le programme de prévention et de lutte contre les maladies contrôlables par la vaccination. Il s'agira notamment de veiller à *(i)* maintenir l'Algérie « polio free zone » et sans tétanos maternel et néonatal, *(ii)* à éliminer la diphtérie, la rougeole et la rubéole et *(iii)* à veiller à la consolidation de l'inversion de la tendance évolutive de la tuberculose contagieuse.

En matière de renforcement de la lutte contre l'épidémie du Covid-19, il s'agira de :

- renforcer les actions de sensibilisation de la population pour l'application des mesures de prévention contre le virus en vue d'en diminuer la propagation ;
- améliorer les conditions de prise en charge des malades atteints du COVID-19, en renforçant les établissements hospitaliers en moyens humains et matériels, notamment en oxygène. Il est ainsi programmé le lancement d'opérations de maintenance des équipements d'approvisionnement en oxygène au niveau des établissements de santé et l'acquisition d'unités de production d'oxygène ;
- vacciner 70% de la population adulte, soit 20 millions de personnes, avant d'étendre la campagne de vaccination à toute la population concernée à travers la mise en œuvre du programme national de vaccination.

2.4.6. La couverture sanitaire et la prise en charge des soins :

En matière de couverture sanitaire dans le Sud et les Hauts Plateaux, il s'agira de :

- Développer et renforcer les programmes spécifiques aux wilayas du Sud et des Hauts Plateaux à savoir :
 - Programme de lutte contre les MTH,
 - Programme de lutte contre la leishmaniose cutanée,
 - L'envenimation scorpionique,
 - Le trachome,
 - Le paludisme et autres maladies à transmission vectorielle,
 - Les foyers résiduels de bilharziose ;
- Renforcer de la surveillance épidémiologique au niveau des wilayas frontalières, compte tenu des menaces sanitaires émergentes et ré-émergentes à potentiel épidémique ;
- Créer un observatoire des maladies tropicales à Tamanrasset ;
- Améliorer les conditions et les mesures incitatives pour les professionnels de santé au niveau des régions du sud et des hauts plateaux ;

- Mettre en place un programme spécial en faveur des médecins généralistes issus des hauts plateaux et du sud en vue de leur assurer une formation dans diverses spécialités et de leur affectation dans ces régions ;
- Renforcer le dispositif de jumelage et de télémédecine entre les établissements de santé du sud et des hauts plateaux avec ceux du nord, pour assurer un accompagnement en matière de formation et de soins spécialisés de proximité ;
- Développer les capacités d'intervention des équipes médicales fixes et mobiles dans le domaine de la détection précoce et de la riposte rapide aux phénomènes épidémiques ;
- Renforcer le dépistage des maladies radio-induites dans la population générale des wilayas d'Adrar et de Tamanrasset.
- Dans le domaine de la santé maternelle et infantile, il s'agira de réduire les décès maternels, de consolider l'audit des décès maternels et de mettre en œuvre le plan national de réduction de la mortalité néonatale.
- En matière de financement, il s'agira de formaliser le système de contractualisation entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociale.

En matière de prise en charge des maladies non transmissibles et des risques sanitaires liés à l'environnement et au climat, il s'agira de :

- créer des réseaux de soins avec hiérarchisation de la prise en charge (urgences cardio-vasculaires, cancer, réanimation, AVC, femme gestante, ...), pour une meilleure prise en charge des maladies non transmissibles ;
- promouvoir le dépistage des cancers, à la consolidation du réseau national des registres de cancer, et la réduction de l'impact environnemental sur la santé ;
- redynamiser le plan national de promotion de la santé mentale ;
- développer la greffe d'organes.

Ceci suscite donc une amélioration des budgets de l'ensemble des secteurs, l'augmentation relative des effectifs en santé, une légère des ajustements de l'organisation sanitaire.

A. La protection et la promotion de la santé :

L'Etat œuvre en permanence pour l'amélioration et la préservation de la santé du citoyen. Le renforcement qualitatif et quantitatif de la prise en charge sanitaire des citoyens est une priorité du gouvernement inscrite dans son plan d'action. Cet axe important de l'action sociale

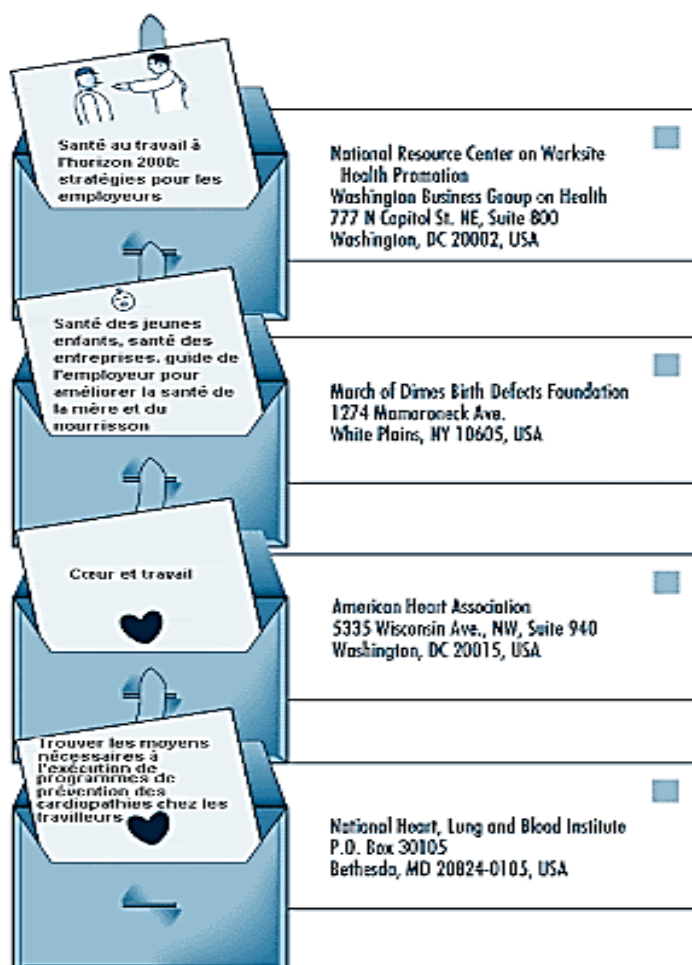
du gouvernement s'articule autour de la poursuite du développement de la prévention, de l'amélioration de l'organisation des soins et de la disponibilité des produits pharmaceutiques.

Le secteur de la santé doit faire face aux poids des maladies non transmissibles en mettant en place des dispositifs appropriés de prévention et de contrôle tout en maintenant les efforts en matière de maîtrise des maladies transmissibles. Il doit également relever les défis relatifs aux objectifs du millénaire pour le développement.

Dans le domaine de l'organisation et du fonctionnement du système national de santé, le plan d'action du gouvernement accorde une attention particulière à l'amélioration de l'accès équitable aux soins, à la prise en charge des urgences et l'encouragement de l'investissement privé et public pour améliorer l'offre de soins notamment dans les zones défavorisées.

Des mesures d'ordre juridique et organisationnel ponctuent la stratégie du secteur pour atteindre l'objectif de réforme du secteur en vue de sa modernisation et de son adaptation aux besoins nouveaux et futurs en matière de santé.

Figure n°03 : La protection et la promotion de la santé



Source : www.ilocis.org

Section 03 : Les mesures de santé publique en Algérie

La nouvelle Loi sanitaire de santé a confirmé la gratuité des soins dans les structures publiques et l'obligation des autorités de mettre à disposition une offre de soins adéquate. Pour cela, des projets de réalisation de 160 structures de santé publiques et privées de 2019 à 2021 ont vu le jour. Ainsi que d'autres mesures sont prises et d'autres sont dans le programme du ministère de la santé et de la réforme hospitalière

3.1. Encouragement des secteurs les plus porteurs

La priorité va au soin des maladies chroniques : diabète, hypertension et cancer notamment, qui explosent. Un nouveau plan anti cancer 2020-2025 est en préparation. Leurs coûts thérapeutiques sont en partie pris en charge par l'état. Cette situation définit des besoins importants à court et long termes en réactifs, imagerie, prévention.

Les nouveautés plus économiques en termes de rendu médical : e-santé, dispositifs médicaux moins coûteux... sont recherchées, résultant de l'obligation de rationalisation des budgets de santé.³³

L'Algérie présente d'énormes besoins en molécules innovantes et en expertise de savoir-faire en industrie pharmaceutique car l'industrie pharmaceutique algérienne ambitionne de pourvoir à 70% des besoins de sa population d'ici 2020, contre 55% actuellement.

3.2. Mesures en matière de prévention

En matière de prévention, le secteur déploie des efforts pour consolider la lutte contre les maladies transmissibles et pour engager de manière résolue un processus de lutte et de prévention contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, il s'agit de :

- consolider et renforcer des programmes nationaux de prévention qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes, de développer de nouveaux programmes et plans de prévention et mettre en place un dispositif de veille épidémiologique approprié ;
- Mettre en place le cadre de coordination national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles institué par décret exécutif et engager la mise en œuvre du plan national de réduction des facteurs de risque communs (tabagisme, sédentarité,

³³ Décret présidentiel n° 20-67 du 24 Rajab 1441 correspondant au 19 mars 2020 portant création d'un chapitre et transfert de crédits au budget de fonctionnement du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière., journal officiel n° 19 du 8 Chaâbane 1441 2 avril 2020 , p 4.

mauvaise alimentation)aux maladies non transmissibles prévalentes ainsi que le développement d'un système de surveillance de ces facteurs de risque ;

- Redynamiser et /ou mettre en œuvre les programmes de prévention et de dépistage des cancers et des autres maladies chroniques;

3.3. Les mesure visant l'amélioration des prestations :

La Loi sanitaire 18/11 dicte un programme d'action pour la réhabilitation du service public de santé. Ce programme d'action comporte des mesures visant l'amélioration de l'accueil des usagers et des prestations fournies. Sa mise en œuvre l'objet d'une évaluation régulière.

La prévention est l'ensemble des actions visant à :³⁴

- réduire l'impact des déterminants des maladies ;
- et/ou à éviter la survenue des maladies ;
- arrêter leur propagation et/ou à limiter leurs conséquences.

Le wali, le président de l'assemblée populaire communale, les responsables d'organismes publics et privés, en relation avec les services de santé, sont tenus, dans le cadre de leur compétence, de mettre en œuvre en permanence, les mesures et les moyens nécessaires pour lutter contre les endémies, éviter l'apparition d'épidémies et éliminer les causes de la situation épidémique.

Les programmes de prévention en santé s'appuient sur des réseaux de surveillance et d'alerte pour les maladies transmissibles et non transmissibles pour permettre une détection précoce et une riposte rapide et sur des registres de surveillance pour les maladies non transmissibles.

Les conditions de mise en œuvre des dispositions du présent loi sanitaire sont fixées par voie réglementaire.

3.4. Les mesures en matière de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles

La liste des maladies transmissibles dont le dépistage est anonyme et gratuit, notamment les maladies sexuellement transmissibles, est fixée par voie réglementaire.

³⁴ Décret présidentiel n° 20-67, op. Cite, p 5.

3.4.1. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles

Les personnes atteintes de maladies transmissibles et les personnes en contact avec celles-ci, susceptibles de constituer une source de contamination, sont astreintes aux mesures de prévention et de lutte appropriées.

La liste des maladies transmissibles soumises à déclaration obligatoire, est fixée par voie réglementaire.

Tout praticien médical est tenu de déclarer, sans délais, aux services sanitaires concernés, tout cas suspect ou confirmé d'une maladie figurant sur la liste des maladies à déclaration obligatoire prévue à l'loi sanitaire 38 ci-dessus, sous peine de sanctions prévues par la Loi sanitaire .

Les services de santé habilités sont tenus d'assurer les vaccinations obligatoires, à titre gratuit, aux populations concernées.

Les modalités d'application du présent loi sanitaire , notamment le calendrier des vaccinations obligatoires, sont fixées par voie réglementaire.

En cas de risque de situation épidémique et/ou de protection de personnes à risque, les autorités sanitaires organisent des campagnes de vaccination et prennent toute mesure appropriée en faveur des populations ou des personnes concernées.

3.4.2.Prévention et lutte contre les maladies à propagation internationale

Pour ce qui est de la prévention et la lutte contre les maladies à propagation internationale sont soumises aux dispositions du règlement sanitaire international de l'organisation mondiale de la santé.

A cet effet, l'Etat instaure les mesures sanitaires sectorielles et intersectorielles visant à prévenir et à protéger la population des maladies à propagation internationale.

Le service de contrôle sanitaire aux frontières est un service médical qui exerce son action au moyen de postes sanitaires implantés au sein des points d'entrée frontaliers.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement du service sanitaire aux frontières, sont fixés par voie réglementaire.

Le médecin du service chargé du contrôle sanitaire aux frontières est la seule autorité compétente au niveau d'un point d'entrée.

Il doit être assermenté, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

3.4.3. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles

L'Etat met en place des plans nationaux intégrés multisectoriels de lutte contre les facteurs de risque, de dépistage et de prise en charge des maladies non transmissibles.

Chapitre III Limites et défis actuelles de la politique sanitaire en Algérie

La liste des maladies non transmissibles susceptibles de donner lieu à un dépistage gratuit, est fixée par le ministre chargé de la santé.

L'Etat et les collectivités locales appuient les activités d'éducation sanitaire, d'éducation physique et sportive et encouragent les personnes à lutter contre les comportements à risque et à prévenir les maladies non transmissibles.

Il est institué pour certaines maladies non transmissibles, dans le respect du secret médical, un registre destiné à la collecte, à la conservation et à l'interprétation des données relatives aux malades atteints de ces maladies.

La liste de ces maladies est fixée par le ministre chargé de la santé.

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé, un comité national multisectoriel de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

Les missions, l'organisation et le fonctionnement du comité, sont fixés par voie réglementaire.

Donc, en matière de prévention, le secteur déploie des efforts pour consolider la lutte contre les maladies transmissibles et pour engager de manière résolue un processus de lutte et de prévention contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, il s'agit de :

- consolider et renforcer des programmes nationaux de prévention qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes, de développer de nouveaux programmes et plans de prévention et mettre en place un dispositif de veille épidémiologique approprié ;
- Mettre en place le cadre de coordination national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles institué par décret exécutif et engager la mise en oeuvre du plan national de réduction des facteurs de risque communs (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation)aux maladies non transmissibles prévalentes ainsi que le développement d'un système de surveillance de ces facteurs de risque ;
- Redynamiser et /ou mettre en oeuvre les programmes de prévention et de dépistage des cancers et des autres maladies chroniques;
- Développer et renforcer des programmes spécifiques de prévention aux wilayas du Sud.

D'autres mesures sont prises telles que :

a) Les mesures en matière de protection maternelle et infantile :

En matière d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, le secteur œuvre notamment pour réduire le taux de mortalité maternelle et infantile par :

- Le lancement du plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle 2015-2019 basé notamment sur l'accès universel à des prestations de qualité tout au long de la grossesse et de l'accouchement ;
- Le renforcement et le suivi des grossesses et l'amélioration des prestations de soins néonataux ;
- Le renforcement de la protection vaccinale ;
- Le développement de la prise en charge intégrée de l'enfant en offrant des soins complets à l'enfant notamment préventif,
- L'adoption et la mise en œuvre de mécanismes de maîtrise des causes de décès.

b) Les mesures relatives à l'offre de soins, l'organisation et le fonctionnement du système de santé :

Le développement des soins spécialisés sur l'ensemble du territoire, l'amélioration de la prise en charge des pathologies lourdes et des urgences cardiaques et médico-chirurgicales constituent des axes prioritaires du secteur. A cet effet, le secteur œuvre en vue de :

- La mise en œuvre du plan national cancer 2015-2019 dans ses axes relatifs à l'amélioration du diagnostic, du traitement notamment par radiothérapie et à l'allègement du circuit du malade ;
- Le développement de la greffe d'organes ;
- L'amélioration des urgences cardiaques et médico-chirurgicales par une mise à niveau des moyens humains et matériels ;
- Le renforcement du dispositif de jumelage entre les établissements de santé du sud, des hauts plateaux et du nord pour assurer des soins spécialisés ;
- Le renforcement des capacités en infrastructures hospitalières ;
- L'organisation du développement des soins à domicile.
- La modernisation du système d'information sanitaire et la généralisation de la télémédecine ;
- L'amélioration de la répartition des praticiens spécialistes au niveau national ;
- La réactivation du dossier contractualisation avec les organismes de sécurité sociale ;
- L'évaluation et la normalisation de l'activité du secteur privé.

Dans le domaine pharmaceutique : Le secteur œuvre en vue de :

- Poursuivre les efforts afin d'assurer en permanence la disponibilité des produits pharmaceutiques ;

- Encourager le développement des investissements par un traitement diligent des dossiers ;
- Finaliser les procédures d'installation de l'agence nationale des produits pharmaceutiques.

A cet effet, une Agence Nationale Des Produits Pharmaceutiques (ANPP) assurant une mission de service public en matière d'enregistrement, d'homologation et de contrôle des produits pharmaceutiques est créée en vertu du projet de Loi sanitaire relatif à la santé, en débat à l'Assemblée populaire nationale (APN).

Les loi sanitaire 233 et 234 de ce projet de Loi sanitaire énoncent que l'Agence qui est "un établissement public à gestion spécifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placée sous tutelle du ministère chargé de la santé", assure notamment "une mission de service public en matière d'enregistrement, d'homologation et de contrôle des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux à usage de la médecine humaine".

Il est prévu aussi la création auprès de cette agence d'"un comité économique intersectoriel des médicaments ayant pour mission principale de fixer les prix des médicaments à enregistrement".³⁵

Dans le même sillage, l'loi sanitaire 239 stipule que "tout produit pharmaceutique et dispositif médical prêt à l'empLoi sanitaire , fabriqué industriellement, importé ou exporté doit faire l'objet, avant sa mise sur le marché, d'une décision d'enregistrement ou d'homologation délivrée par l'ANPP (...) après avis de la commission d'enregistrement des médicaments, créée auprès de cette agence".

3.5.Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du covid-19

Le fonctionnement d'un système de santé nécessite des ressources humaines et financières, nécessite la mise en place d'informations, des fournitures, de moyens de transport et de communication et une orientation stratégique globale. Il doit fournir des services qui répondent aux besoins de la population et financièrement équitable. En raison des changements démographiques et épidémiologiques, les besoins de santé de l'Algérie ont augmenté de façon spectaculaire.

Malheureusement, notre système de santé souffre depuis des années de plusieurs difficultés qui rendent son fonctionnement de plus en plus difficile et les conditions de travail

³⁵ Décret présidentiel n° 20-67, op. Cite, p6.

des professionnels de la santé complexes, encourageant ainsi leur fuite vers le secteur privé où les conditions sont meilleures et les salaires plus attractifs.

La propagation de la pandémie de Covid-19 en Algérie a mis le système de santé national devant une épreuve rude. Cette crise sanitaire a clairement dévoilé la vulnérabilité de notre système et nous rappelle donc le caractère important et urgent de sa reconstruction pour son renforcement. Par ailleurs, les enseignements tirés de cette expérience difficile nous serviront certainement à avoir une nouvelle vision pour élaborer une politique de santé solide, globale et durable.

Pourtant le secteur de la santé n'arrive pas à se mettre en route et des dysfonctionnements majeurs continuent de le paralyser.

Les questions à traiter sont diverses !

- gestion et valorisation de la ressource humaine,
- financement de la santé,
- décloisonnement public-privé,
- prise en charge des malades, manque de moyens,
- corruption,
- inégalités d'accès aux soins et aux médicaments,
- programme d'enseignement et formation des médecins, acquisition et maîtrise des nouvelles technologies, etc.

3.6. Impact de la crise sanitaire corona virus covid 19

L'apparition, à partir de janvier 2020, du nouveau Corona virus «Covid-19» a rapidement plongé la majorité des systèmes de santé à travers le monde dans des situations critiques de crise sanitaire. Le système national de santé algérien ne fait pas l'exception; la situation étant inédite, les défis à relever sont importants.

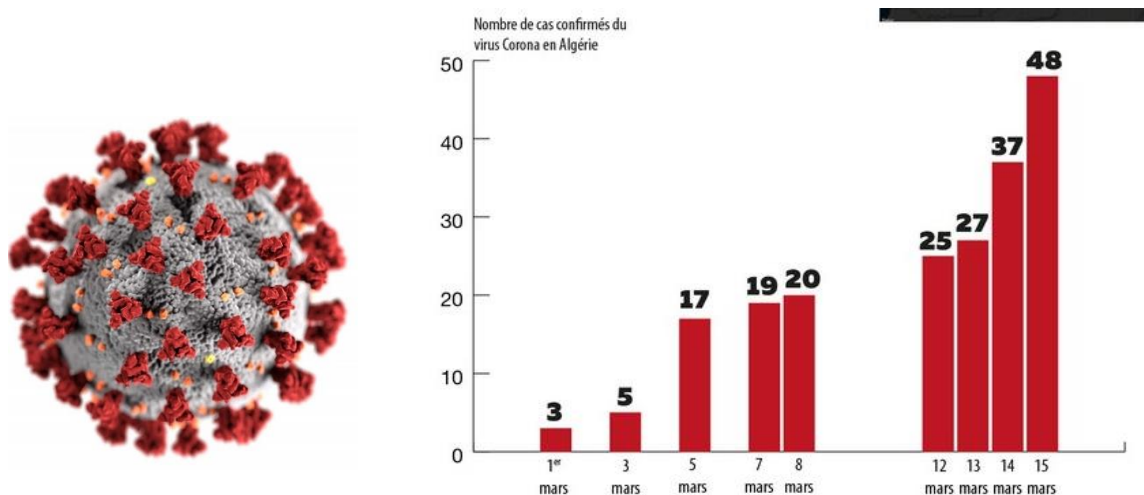
Certes, l'épreuve est dure même pour les pays les plus développés qui se sont retrouvés sous tension face à l'ampleur de la pandémie, mais cette crise a clairement dévoilé la vulnérabilité du système de santé algérien et révèle l'urgence de le réformer, pour son renforcement.

La propagation de la pandémie de Covid-19 en Algérie a mis le système de santé national devant une épreuve rude. Cette crise sanitaire a clairement dévoilé la vulnérabilité de notre système et nous rappelle donc le caractère important et urgent de sa reconstruction pour son renforcement.

Chapitre III Limites et défis actuelles de la politique sanitaire en Algérie

Par ailleurs, les enseignements tirés de cette expérience difficile nous serviront certainement à avoir une nouvelle vision pour élaborer une politique de santé solide, globale et durable.

Tableau n°03 : Nombre de décès



Source : www.afro.who.int

Conclusion

Le progrès incontestables en matière de l'évolution de secteur du santé depuis l'indépendance a été contrarié par de multiples contraintes altèrent son efficacité et ses performances. Inadaptation aux mutations que connaît le pays dans son organisation, sa gestion et les modalités de son financement.

Cependant, les différentes mutations impliquées pour le secteur de la santé doivent s'adapter en conséquence et tenir compte, parallèlement, des exigences de la réglementation internationale en matière de santé et des avancées croissantes liées aux progrès technologiques et au développement de la science dans le domaine de la médecine.

Le système de santé regroupe des activités et des ressources humaines matérielles et financières, destinées à assurer la protection, la promotion, l'amélioration, l'évaluation, la surveillance ainsi que le maintien ou le rétablissement de la santé de la population, Le SNS doit être organisé pour prendre en charge les besoins en santé de manière globale, cohérente et continue.

L'État a décidé, dans ce contexte, de mener des réformes tous azimuts, visant à mieux piloter le système de santé. Malgré la faiblesse du rythme d'évolution des dépenses de santé par rapport au PIB (une moyenne de 4,5 %), les remboursements en médicaments effectués par la Sécurité sociale n'ont cessé d'augmenter, tirées par l'accroissement de la demande des services de santé.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'Etat œuvre en permanence pour l'amélioration et la préservation de la santé du citoyen. Le renforcement qualitatif et quantitatif de la prise en charge sanitaire des citoyens est une priorité du gouvernement inscrite dans son plan d'action. Cet axe important de l'action sociale du gouvernement s'articule autour de la poursuite du développement de la prévention, de l'amélioration de l'organisation des soins et de la disponibilité des produits pharmaceutiques.

Le secteur de la santé doit faire face aux poids des maladies non transmissibles en mettant en place des dispositifs appropriés de prévention et de contrôle tout en maintenant les efforts en matière de maîtrise des maladies transmissibles. Il doit également relever les défis relatifs aux objectifs du millénaire pour le développement.

Dans le domaine de l'organisation et du fonctionnement du système national de santé, le plan d'action du gouvernement accorde une attention particulière à l'amélioration de l'accès équitable aux soins, à la prise en charge des urgences et l'encouragement de l'investissement privé et public pour améliorer l'offre de soins notamment dans les zones défavorisées.

Pour combler les manques du système de santé, l'Etat a instauré la Loi sanitaire 18/11, qui représente un processus en cours de mise à niveau de l'organisation et du fonctionnement du système national de santé sera renforcé avec l'adoption de la nouvelle Loi sanitaire sur la santé. L'objectif est de répondre au mieux aux besoins de santé des citoyens et de pouvoir faire face à de nouveaux défis dans ce domaine.

Par la promulgation de la 18/11, le système national de santé vise la prise en charge des besoins de la population en matière de santé de manière globale, cohérente et continue. Son organisation et son fonctionnement sont basés sur les principes d'universalité, d'égalité d'accès aux soins, de solidarité, d'équité et de continuité du service public et des prestations de santé.

L'amélioration de la prise en charge de la santé des algériens et la valorisation des personnels qui travaillent dans le secteur nécessite de modifier positivement les modes actuels d'organisation de gestion et de fonctionnement de ces établissements.

La Loi sanitaire présente de nombreuses opportunités comme visé le secteur privé attend la réception de 3-4 cliniques par an et a validé plus de 50 projets de production de dispositifs médicaux (possibilité de fourniture d'équipements et partenariats en Joint-Venture).

La priorité va au soin des maladies chroniques : diabète, hypertension et cancer notamment, qui explosent. Un nouveau plan anti cancer 2020-2025 est en préparation. Leurs coûts thérapeutiques sont en partie pris en charge par l'état. Cette situation définit des besoins importants à court et long termes en réactifs, imagerie, prévention.

Conclusion générale

Les nouveautés plus économiques en termes de rendu médical : e-santé, dispositifs médicaux moins coûteux... sont recherchées, résultant de l'obligation de rationalisation des budgets de santé.

L'Algérie présente d'énormes besoins en molécules innovantes et en expertise de savoir-faire en industrie pharmaceutique car l'industrie pharmaceutique algérienne ambitionne de pourvoir à 70% des besoins de sa population d'ici 2020, contre 55% actuellement.

Malgré les réformes apportées, le système de santé en Algérie souffre de plusieurs lacunes dans tous les aspects, des faits confirmés lors de la crise sanitaire déclenchée à cause du coronavirus covid 19.

Donc, l'Etat est dans l'obligation de prendre des mesures plus réalistes et immédiates pour une meilleure prise en charge des patients et lutter contre les maladies soit transmissibles et non transmissibles et veiller au bon déroulement des programmes de prévention.

Le système de santé algérien doit relever plusieurs défis, à savoir la double transition démographique et épidémiologique. Il est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances dont l'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socioéconomiques vécues par l'Algérie. Ces contraintes se répercutent négativement sur les professionnels de la santé et les conditions dans lesquelles ils exercent leur activité. De plus, la pandémie (coronavirus) qui a frappé l'Algérie aujourd'hui, montre les limites de ce système de santé.

L'offre de soins en Algérie est très étendue sur le territoire national, avec une forte concentration dans le nord du pays.

Bibliographie

Bibliographie

Revues

1. Financement Du Système De Santé Algérien, Volume 20, Numéro 1, revue du département des sciences économiques.

Mémoires

1. Ziani zoulikha , Essai d'analyse de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, thèse de magister en sciences économiques , UAM de Bejaia, mai 2012.
2. YOUCEF Bouzid ; KEBAILI Rebiha, « Le système de santé Algérien : Réformes et perspectives », mémoire de master ; option économie de la santé, UMMTO, 2016/2017.

Web graphie

1. <http://www.lncpp.dz/>,
2. <https://www.pasteur.dz/fr/presentation/historique>.
3. <http://www.pch.dz/>.
4. <http://www.formation-dz.com/ecole-organisme/224-ecole-nationale-de-sante-publique>,
5. <http://www.pass-ue.dz>
6. <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-carte-chifa/>.
7. <https://www.pressemedicale.com/news/la-contractualisation-mode-operatoire-de-regulation-des-systemes-de-sante>.
8. l'OMS estime les couts pour atteindre les cibles sanitaires mondiales d'ici 2030 ». <https://www.who.int/fr/news/item/17-07-2017-who-estimates-cost-of-reaching-global-health-targets-by-2030>

Textes et Loi sanitaires

1. Décret présidentiel n° 20-67 du 24 Rajab 1441 correspondant au 19 mars 2020 portant création d'un chapitre et transfert de crédits au budget de fonctionnement du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière., journal officiel n° 19, du 8 Chaâbane 1441 2 avril 2020.
2. Plan national cancer 2015-2019 , Comité National Chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer, Arrêté Ministériel du 24 Mars 2014.P 107 jusqu'à p 117.
3. Loi sanitaire n° 85-05 du 16 février 1985.

Bibliographie

4. Décret exécutif n° 11-380 du 25 Dhou El Hidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, journal officiel n° 63 du 11 novembre 2011.

Autres documents

1. Ait mouhand Ali, maitre-assistant en épidémiologie « le système national de santé (sns) », faculté de médecine.
2. Les principaux succès de la santé numérique dans l'espace francophone, synthèse des rencontres organisées par les Entreprises du Médicament (LEEM) avec les délégations des pays francophones, Genève 22 mai 2016.
3. Journal le jeune indépendant, du 26 octobre. 2021 - 19 Rabi' al-awwal 1443.
4. Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie 2016 – 2020, rapport de l'OMC pour l'Afrique.
5. Guide de construction – budget programme, 16 janvier 2013.
6. Rapport NABNI 2020 : « Cinquantième de l'indépendance : enseignement et vision pour l'Algérie de 2020 ». Janvier 2013.

Sources

1. <http://www.hug-ge.ch>, consulté le 09/10/2021 à 15h57.
2. <https://cnas.dz/fr/presentation-de-la-carte-chifa/>, consulté le 12/09/2021, à 20h10.
3. [Journals.openedition.org](https://journals.openedition.org), consulté le 15/10/2021 à 16h22.
4. MSPRH : Année 2016
5. www.afro.who.int
6. www.locis.org

Table des matières

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Introduction générale	1
Chapitre I: La politique nationale de santé avant la promulgation de la Loi sanitaire 18/11	
Introduction	3
Section 1 : Evolution et organisation du système de santé algérien	4
1.1. Evolution du système de santé Algérien	4
1.1.1. La période 1963-1973.....	4
1.1.7. La sous-direction des établissements hospitaliers privés	8
1.2. La sous-direction des urgences.....	9
1.2.1. La direction des structures de santé de proximité	9
Section 02 : Le financement du système de santé algérien	10
2.1. Historique du financement du système de santé en Algérie	10
2.2. Les sources de financement de la santé en Algérie	11
2.3. Les dépenses de santé	16
2.3.2. Les dépenses publiques de santé	17
Conclusion.....	26
Chapitre II :Le système de santé algérien à l'ère de la loi sanitaire 18/11	
Introduction	27
Section 01 : L'organisation du système de santé.....	28
1.1. Présentation et dispositions générale de la Loi sanitaire	28
1.1.1. Présentation de la loi sanitaire	28
1.1.2. Dispositions générale de la loi sanitaire 18/11	28
1.2. Objectif de la Loi sanitaire 18/11	31
1.3. L'organisation du secteur de santé	32
1.3.1. La carte sanitaire.....	33
1.3.2. Etablissements et structures de santé.....	34
1.3.2.1. Missions des structures et des établissements de santé	34
1.3.2.2. Les types de soins offerts par les établissements de santé.....	35
1.3.2.3. Classement des établissements et structures de santé.....	36
1.3.3.1. Organismes de sécurité sanitaire	38

Table des matières

1.3.3.3. Organismes d'appui logistique	38
1.4. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information	40
Section 02 : La promotion de la santé en Algérie	40
2.1. Accès et niveau de soins	40
2.1.1. Le droit et l'égalité des soins	40
2.1.2. Lutte contre les maladies transmissibles	41
Section 03 : La modernisation du secteur sanitaire	42
3.1.1. Définition de la carte CHIFA	42
3.1.2. Bénéficiaires de la carte	43
3.2. L'amélioration du système d'information.....	43
3.3. Planification et pilotage du système de santé en Algérie dans le cadre de la Loi sanitaire 18/11	43
3.3.1. La mobilisation des moyens et équipements modérés	44
3.3.2. Le dossier électronique médical (DEM)	46
3.3.3. La mobilisation des moyens humains	47
3.4. Des réformes pour un service public plus accessible et plus performant	48
Conclusion.....	50
Chapitre III_Limites et défis actuelles de la politique sanitaire en Algérie	
Introduction	51
Section 01 : Faiblesses du système de santé algérien.....	52
1.1. Les difficultés du secteur public	52
1.2. Les principales causes de l'accroissement des dépenses de santé.....	52
1.2.1. Une large couverture sociale	52
1.2.2. Une offre de soins étendue et diversifiée	53
1.2.3. Dépenses lourdes pour les maladies non transmissibles	53
1.3. Un système de santé dualiste et non maîtrisé	54
Section 02 : Perspectives et défis	54
2.1. Défi de modernisation	54
2.2. La stratégie nationale de la e-santé.....	55
2.3. L'organisation du personnel de santé	56
2.4. Amélioration de la qualité des soins.....	57
2.4.1. L'humanisation de l'activité de santé	58
2.4.2. La politique relative à la population.....	58
2.4.3. L'amélioration de la couverture sanitaire de la population	58
2.4.4. La gouvernance et l'offre de soins	58

Table des matières

2.4.5. La promotion de la formation sanitaire	59
2.4.6. La couverture sanitaire et la prise en charge des soins	60
Section 03 : Les mesures de santé publique en Algérie	63
3.1. Encouragement des secteurs les plus porteurs	63
3.2. Mesures en matière de prévention	63
3.3. Les mesure visant l'amélioration des prestations	64
3.4. Les mesures en matière de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles	64
3.4.1. Prévention et lutte contre les maladies transmissibles	65
3.4.2. Prévention et lutte contre les maladies à propagation internationale	65
3.4.3. Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles	65
3.5. Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du covid-19	68
Conclusion	71
Conclusion générale	72
Bibliographie	74
Table des matières	77