

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA-BEJAIA



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des Sciences Economiques Commerciales et des Sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques

THÈSE

Présentée par

MAHFOUD Nacera

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SCIENCES

Filière : Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

**LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN :
ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

Le Jury composé de :

Nom et Prénom	Grade		
Mr KASSA Rabah	Professeur	Univ. de Bejaia	Président
Mr BRAHAMIA Brahim	Professeur	Univ. de Constantine	Rapporteur
Mr BOUKRIF Moussa	Professeur	Univ. de Bejaia	Examineur
Mr BADOUI Brahim	Professeur	Univ. de Constantine2	Examineur
Mr LAMRI Larbi	Professeur	Univ. d'Alger 1	Examineur
Mr YEGHNI Samia	MCA	Univ. de Jijel	Examineur

Année Universitaire : 2018 - 2019

DEDICACES

A la mémoire de mon père, Hadi
A ma très chère maman
A la prunelle de mes yeux Molka
A mon mari
A mon frère et mes sœurs.

Remerciements

Cette thèse doit beaucoup aux nombreuses personnes qui m'ont encouragé, soutenu et conforté au long de toutes ces années. Qu'elles trouvent dans ce travail l'expression de mes plus sincères remerciements.

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma gratitude envers le professeur **Brahim Brahamia** d'avoir accepté de diriger mes travaux de thèse dont il a su faire preuve de patience et de soutien tout au long de mon travail sans qui cette thèse n'aurait jamais été ce qu'elle est, sur le fond et sur la forme.

Je tiens à remercier également Madame et Messieurs les membres de jury : **S. YEGHNI**, Maître des conférences à l'université de Jijel, **R. KASSA**, professeur à l'Université de Béjaïa , **M. BOUKRIF**, professeur à l'Université de Béjaïa ; **B. BADOUI**, Professeur à l'université de Constantine 2 ; **L. LAMRI**, professeur à l'université d'Alger 1, pour avoir accepté de participer à l'évaluation de cette thèse. Je suis à la fois heureux et honoré de présenter mon travail devant ce jury.

Je remercie en particulier le professeur **Larbi LAMRI**, professeur **Nouara KAID TLILANE**, professeur **Miloud KEDDAR**, professeur **Yves COOPETER** et le professeur **Yves GUIELLERMOU** pour leurs idées, conseils, critiques et encouragements.

Je remercie tous ceux sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est aussi bien par les discussions que j'ai eu la chance d'avoir avec eux, leurs suggestions et leurs contributions. Je tiens à remercier vivement **Messaoudi Rachid et Pages Alexis** pour leurs multiples lectures et relectures.

Enfin, cette thèse ne saurait rien sans la contribution de ma famille et de mes très chères amies Anissa et Karima. Mes premières pensées vont d'abord à mon père qui n'est plus de ce monde que j'aurais aimé qu'il soit là pour assister à ma soutenance, ensuite à ma très chère mère qui attendait ce jour depuis longtemps, à mon mari pour son soutien, ses encouragements et la patience dont il a su s'armer tout au long de ces années de thèse, à mon frère et mes sœurs.

PLAN	PAGES
DEDECACES.....	I
REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
INTRODUCTION GENERALE.....	1
CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : EVOLUTION, ANALYSE ET EVALUATION.....	9
Introduction	
I- ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : REVUE DE LITTERATURE.....	9
II-ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : L'OFFRE DE SOINS.....	16
III-EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN A TRAVERS LES INDICATEURS DE SANTE : ETUDE COMPARATIVE AVEC LES PAYS DU MAGHREB	40
Conclusion	
CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN DANS SA TRANSITION	49
Introduction	
I-TRANSITION ECONOMIQUE ET IMPACT SUR LE SYSTEME DE SANTE	49
II- LIBERALISATION DU SECTEUR PRIVE DES SOINS EN ALGERIE.....	61
Conclusion	
CHAPITRE III : ETUDE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN	69
Introduction	
I- LES FAIBLESSES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....	70
II- ANALYSE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....	77
Conclusion	

**CHAPITRE IV : EXPERIENCES DE QUELQUES PAYS EN TERMES DE
REFORME DE LA SANTE107**

Introduction

I- DEFINITION ET ELEMENTS DE REFORME D'UN SYSTEME DE SANTE.....108

II- PRESENTATION DES PRINCIPALES REFORMES DE LA SANTE MENEES DANS
LE MONDE.....126

III- PRESENTATION DES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE TUNISIEN ET
MAROCAIN145

Conclusion

**CHAPITRE V : BILAN DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET
MODELISATION DES DEPENSES DE SANTE.....156**

Introduction

I- PRESENTATION ET ANALYSE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE
ALGERIEN.....156

II- LES LIMITES DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET
DES REFORMES APORTEES A TRAVERS LES OPINIONS DE CERTAINS
AUTEURS RECUEILLIS PAR UNE ENQUETE D'OPINION.....174

III- MODELISATION DES DETERMINANTS DES DEPENSES DE SANTE EN
ALGERIE.....192

Conclusion

CONCLUSION GENERALE.....202

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES209

ANNEXES.....212

BIBLIOGRAPHIE.....219

SOMMAIRE.....234

LISTE DES ABREVIATIONS

- **ALD** : Affection de Longue Durée
- **AMG** : Assistance Médicale Gratuite
- **AMO** : Assurance Maladie Obligatoire
- **ANDS** : Agence Nationale de Documentation de la Santé
- **ANS** : Agence Nationale de Sang
- **CASNOS** : Caisse d'Assurances Sociales des Non Salariés.
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CMU** : Couverture Maladie Universelle
- **CNAS** : Caisse National des Assurances Sociales
- **CNPM** : Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance
- **CNT** : Centre National de Toxicologie
- **CMS** : Centres Médicaux Sociaux
- **CNR** : Centre National de Retraite
- **CNAS** : Caisse Nationale d'Assurance Sociale
- **CASNOS** : Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés
- **CAC** : Centre Anti Cancer
- **CNRPS** : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale
- **CNSS** : Caisse Nationale de la Sécurité Sociale
- **CNES** : Conseil National Economique et Social
- **CENEAP** : Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Population et le Développement
- **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- **DSPW** : Direction de la Santé, de la Population de Wilaya
- **DSPRH** : Direction de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière
- **DSP** : Direction de la Santé et de la Population
- **EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé
- **EPH** : Etablissement Public Hospitalier
- **EV** : Espérance de Vie
- **EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité
- **FMI** : Fond Monétaire International
- **HMO** : Health Maintenance Organization
- **INPFP** : Institut National Pédagogique de la Formation Paramédicale
- **INPS** : Institut National de Planification et Statistique
- **INSP** : Institut National de Santé Publique
- **IPA** : Institut Paster d'Algérie
- **IPC** : Indice des Prix à la Consommation
- **INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

- **IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- **LNCPP** : Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques
- **MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
- **MTESS** : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
- **NHS** : National Health System
- **NTIC** : Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication
- **OCDE** : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
- **OMC** : Organisation Mondial du Commerce
- **ONS** : Office Nationale des Statistiques
- **PAS** : Programme d'Ajustement Structurel
- **PCH** : Pharmacie Centrale des Hôpitaux
- **PIB** : Produit Intérieur Brut
- **PME** : Petite et Moyenne Entreprise
- **PLAS** : Plan Local d'Action Sanitaire
- **PNUD** : Programme des Nations unies pour le développement
- **RAMED** : Régime d'Assistance Médicale
- **SS** : Secteur Sanitaire
- **SIDA** : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
- **TN** : Taux de Natalité
- **TM** : Taux de Mortalité
- **TMM** : Taux de Mortalité Maternelle
- **TEP** : Tuberculose Extra Pulmonaire
- **UDSS** : Unité de Soins Scolaire
- **VIH** : Virus d'Immunodéficience Humaine
- **ZDF** : Ziekenfondwet

INTRODUCTION GENERALE

Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dans le but d'améliorer la santé. Il est jugé performant lorsqu'il offre des services de qualité à tous, à tout moment et en tout lieu. La configuration exacte de ces services varie d'un pays à un autre, mais exige en toute circonstance un mécanisme de financement solide, un personnel qualifié, des informations fiables sur lesquelles fonder des décisions et des politiques, une infrastructure bien entretenue, des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité¹.

Les systèmes de santé sont les corollaires des systèmes de protection sociale. Leur objectif majeur est de conférer l'accès à des soins médicaux en cas de maladie et à un certain nombre de prestations, soit aux personnes affiliées à la sécurité sociale et supportant des cotisations, soit à toute la population, dans le cas d'un accès universel au système de soins,

La forme de protection sociale la plus ancienne est celle qui est apparue en Allemagne, introduite par le chancelier Bismarck en 1883. Ce modèle portant le nom de son concepteur, donc le modèle de Bismarck, instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et financées par des cotisations patronales et salariales. Cette modalité de couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques mais seulement la parafiscalité qui inclut les cotisations sociales.

La deuxième forme de protection sociale est celle mise en place en Grande Bretagne en 1948 par William Beveridge. Elle instaure un système universel de protection sociale sans affiliation professionnelle et couvrant les mêmes risques que le modèle de Bismarck, à savoir : les accidents de travail, la maladie, l'invalidité et des garanties de ressources pour les plus démunis. Ce modèle engage directement les finances publiques puisque le financement de toutes ces prestations repose sur la masse des impôts collectée par l'Etat.

Quant à la troisième forme de protection sociale, elle est en vigueur aux Etats-Unis d'Amérique. Le modèle américain est un système mixte qui combine à la fois deux types de mesures : les mesures d'assistance destinées aux familles démunies, totalement prises en charge, par les dépenses publiques ; et des mesures assuranciennes proposées par les employeurs pour leur personnel, sous forme de plans d'assurance santé (également souscrits à titre individuel). En fait, ce système mixte pèse lourdement aussi bien sur les dépenses publiques que sur les entreprises américaines contraintes de verser des primes aux assureurs

¹ Définition de l'OMS

pour la santé de leur personnel, ce qui, en définitive, se répercute sur les prix de revient de leurs produits.

Le système de protection sociale en Algérie est une combinaison entre le modèle de Bismarck (Allemagne) qui instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et le modèle de Beveridge (Angleterre) qui associe l'Etat à son financement. Par conséquent, le système de santé algérien est financé à la fois par la sécurité sociale, elle-même prélevant des cotisations sur ses affiliés ; par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité ; et enfin, dans une moindre proportion, par les ménages solvables en paient une contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé.

De cette classification, nous distinguons trois différents modes de gestion des systèmes de santé à travers le monde qui sont :

- Le mode de gestion libéral et contractuel qui considère le marché comme le garant de la liberté et de l'efficacité de son système ;
- Le mode de gestion intégré et planifié qui considère les pouvoirs publics et les assurances sociales comme les garants de l'équité de l'accès aux soins ;
- Le mode de gestion incitatif, mode expérimental qui repose sur la mise en concurrence des producteurs de soins et les assurances maladie d'une part, ainsi que sur la mise en concurrence des assurances maladies et leurs adhérents, d'autre part.

La santé se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins, entre défis et opportunités. Les Etats sont confrontés au défi d'assurer des services de santé équitables, efficaces, de haute qualité et à un coût abordable, alors que le volume des prestations à délivrer commence à dépasser la base de leurs ressources. La demande de soins de santé dans le monde augmente en raison du vieillissement des populations et des attentes plus en plus grandes des citoyens. De plus l'évolution démographique et les développements technologiques provoquent l'accroissement du coût des prestations de santé.

Les systèmes de santé sont ainsi tentés de rationner les soins induits par une demande croissante conjuguée à une base de cotisation en diminution. En même temps, il leur est de plus en plus difficile d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques de santé qui recueillent l'accord et le consentement du plus grand nombre. Mais d'un autre côté, de nouvelles perspectives se sont ouvertes qui seraient susceptibles d'alléger les dépenses de santé : la prévention des maladies dès la naissance, dans les établissements scolaires... ; les avancées cliniques qui favorisent une utilisation plus efficace de ressource ; l'information relative à la santé et aux soins, au moyen du media et de réseaux sociaux, etc.

Les Etats déploient des stratégies différentes pour répondre à ces défis et à ces opportunités en fonction des définitions qu'ils donnent de la santé et des soins, du cadre organisationnel qui définit les modalités de financement et de prestations de services, et des différents niveaux de résultats obtenus pour résoudre la diversité des problèmes de santé et de soins. En réalité chaque système possède ses forces et ses faiblesses, et aucun ne fournit une

solution pleinement satisfaisante. Chaque pays a quelque chose à apprendre de l'expérience des autres.

La réforme des systèmes de santé dans le monde

La réforme des systèmes de santé est passée, depuis quelques décennies, au premier rang des priorités dans le monde entier pour plusieurs raisons dont la montée rapide des coûts, le grand nombre de personnes non assurées sans oublier l'importance de la santé pour améliorer la productivité des travailleurs. Elle est justifiée également par les difficultés économiques actuelles, les dépenses importantes engagées par le secteur de la santé, la résurgence de certaines maladies et l'expansion de la pauvreté, qui revêtent l'inadéquation des systèmes de santé mis en place.

Aujourd'hui, le monde dépense des sommes colossales pour la santé alors qu'il serait possible non seulement de mieux dépenser cet argent, mais de sauver des millions de vies humaines si les gouvernements reformulaient leur approche du système de santé en fonction des finalités assignées et des disponibilités budgétaires. Malheureusement les réformes semblent souvent imposées par une impasse socio-économique et politique plutôt que par un choix délibéré dans un esprit d'innovation, comme c'est le cas des systèmes de soins des pays industrialisés où l'on constate que la plupart des réformes menées se situent autour de la polémique Maîtrise des dépenses /solidarité.

Depuis le début des années 70, l'ensemble des pays européens, bien que disposant de système de santé et de protection sociale fondés sur des principes différents et des modes de financement très différents, se sont trouvés confrontés à une même problématique : tout en traversant une période de croissance économique ralentie, comment financer un système de santé représentant un domaine d'intervention fortement inflationniste, avec un taux d'accroissement des dépenses très supérieur à celui du PIB, qui est une charge de plus en plus lourde pour l'économie nationale et les entreprises sans détériorer la qualité des soins. La nécessité d'une réforme globale apparaît donc clairement.

Dès lors la majorité de ces pays a développé des politiques tendant à réduire le rythme d'évolution des dépenses de santé. Si les mesures prises présentent des grandes lignes de convergence, elles varient en fonction des contextes institutionnel, social, économique et culturel. Jusqu'à la fin des années 80, les antagonismes entre préoccupations gestionnaires et nécessité d'une vision à long terme ont généralement freiné l'instauration et l'application de véritables réformes. La persistance de tendances en matière d'offre et de demande de soins, a incité la mise en marche de réformes de fond.

Au delà de la rationalité des activités sanitaires et de la recherche de l'efficacité se pose le problème de l'équité, de la garantie d'un égal accès aux soins. Ce problème se présente avec d'autant plus de difficulté que le développement de nouvelles technologies et de thérapies, très coûteuses se heurtent à des contraintes financières drastiques.

Le système de santé algérien

L'Algérie a inscrit, dans ses constitutions successives, le droit à la protection de la santé². La concrétisation de ce droit s'est traduite, dès janvier 1974, par le développement d'un système de santé basé sur la gratuité des soins pour tous. Le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, garant de la protection de la santé de l'ensemble de la population et du contrôle des problèmes sanitaires, développe des actions de prévention, de promotion de la santé et de soins curatifs. Au cours de la dernière décennie, l'organisation du système de santé algérien a considérablement évolué. Avant l'émergence récente du secteur privé (adoption de la loi permettant le développement des cliniques privées en mai 1998), le système de santé algérien reposait presque exclusivement sur un réseau d'établissements publics de santé fortement développé et structuré. Aujourd'hui, malgré l'intégration du privé, le secteur public demeure toujours le secteur dominant.

Cependant, l'ambition de l'Algérie de soigner la totalité de sa population gratuitement a montré ses limites face à un accroissement démographique important et des coûts de soins de plus en plus élevés. Actuellement, le pays se trouve placé devant un certain nombre de choix qui dépendent des ressources disponibles et des priorités de santé. Ainsi, l'identification des besoins futurs en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent, pour la décennie qui vient, un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce principe de santé universel entériné par la constitution algérienne.

Le fonctionnement d'un système de santé a besoin de ressources humaines et financières, d'informations, de fournitures, de moyens de transport et de communication, et d'une orientation stratégique globale. Il doit assurer des services répondant aux besoins de la population et financièrement justes. L'Algérie est confrontée à une forte hausse des besoins en matière de santé qui nécessitent des efforts soutenus pour maîtriser les dépenses. Selon les estimations de la Banque mondiale, la transition démographique à elle seule fera augmenter les dépenses de santé de 60 % en valeur réelle entre 2000 et 2020³. Mais d'autres facteurs entreront également en jeu telle que la transition épidémiologique en cours. L'Algérie sera confrontée à des coûts considérables à mesure que la proportion des maladies chroniques augmentera. Les progrès de la médecine vont, quant à eux, entraîner l'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles molécules coûteuses pour répondre aux attentes des populations.

² Constitution 1976, Art 67 : « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit, l'extension de la médecine préventive, l'amélioration constante des conditions de vie et de travail ainsi que par la promotion de l'éducation physique, des sports et des loisirs ».

Constitution de 1996 Art. 54 : « Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ».

³Groupe pour le développement socio-économique : Les dépenses publiques, Rapport N° 36270 Volume I, aout 2007.

Dans l'ensemble, les ressources consacrées à la santé en Algérie se situent à un niveau relativement faible. Selon les données de la Banque Mondiale, les dépenses de santé représentaient en 2016, 8,11 % du PIB⁴. Ainsi, le financement de services de soins demeure un problème auquel les pouvoirs publics doivent faire face.

Face à une société de plus en plus exigeante, l'Algérie continue de déployer des efforts considérables en vue d'assurer à tous l'accès aux services de santé. Malgré tout, elle doit encore relever d'importants défis. Pour y faire face, une réforme globale du système de santé est nécessaire, et pour bien le gérer, l'Algérie doit beaucoup investir en renforçant ses capacités en matière de ressources humaines et d'équipement, tout en mettant en place un système d'information, de suivi et d'évaluation pour faciliter la prise de décision.

Le système de santé algérien rencontre un certain nombre de difficultés entravant son bon fonctionnement. C'est ainsi que sa réforme est devenue nécessaire, voire urgente. Cependant, elle doit être juste et devra prendre en charge les aspirations de la population. Le système de santé en vigueur demeure dans l'impasse. Les Autorités sont conscientes des nouveaux défis et enjeux, comme en témoignent les nombreuses réformes en cours de réalisation telles que la réforme hospitalière et la contractualisation, visant à améliorer l'efficacité du système, la qualité des prestations et l'accès équitable aux soins de qualité.

Problématique

Ce travail s'articule autour des difficultés d'organisation et de financement du système, de gestion, de l'offre face à une demande de plus en plus importante ainsi que des facteurs contribuant à l'accélération des dépenses de santé. Les réformes apportées par les pouvoirs publics sont-elles en mesure de faire face à ces dysfonctionnements ? d'adapter l'offre de soins à la situation épidémiologique et démographique actuelle ? de rationaliser les ressources et les moyens ?

Par ailleurs, la politique du système des soins revêt une importance particulière dans les programmes de développement de tout pays en quête d'amélioration de la vie des citoyens. Le système de santé dévoile les conditions de prise en charge des besoins sociaux d'un pays donné. Pour ce qui concerne l'Algérie, le système mis en place avait pour objectif de remplir une fonction purement sociale. La couverture du risque maladie par la sécurité sociale a permis à chacun de pouvoir bénéficier de soins aussi coûteux soient-ils. Mais l'accroissement du niveau de vie, le développement de l'hygiène, l'apparition de nouvelles pathologies, le progrès de la médecine, ont modifié les attitudes envers la santé. Ils ont induit de fortes augmentations des dépenses de santé. En effet, de nouvelles perceptions de la santé ont entraîné de la part des différentes catégories sociales un recours aux soins de plus en plus fréquent.

Notre étude est fondée sur une approche macroéconomique portant sur la description du système de santé algérien, tout en soulevant ses difficultés et en essayant de comprendre les causes et les déterminants de son déséquilibre. Toutefois, il ne suffit pas de constater et

⁴ Ce taux a atteint pour la même année : 11,71% du PIB en France, 11,08% du PIB en Allemagne.

d'expliquer, il est aussi impératif de réfléchir à un processus de réforme nécessaire. Nous tenterons donc d'analyser les réformes proposées par le gouvernement algérien ainsi que leurs adéquations à la situation actuelle du système de santé. Pour cela, un certain nombre de questions méritent réflexion, à savoir :

- Quels sont les principaux facteurs expliquant la faiblesse du système de santé algérien ?
- Quels sont les facteurs d'accroissement des dépenses de santé en Algérie ? Qui prend en charge cette hausse : les citoyens à travers la fiscalité, selon une logique de solidarité civique universelle ? L'ensemble des travailleurs sous forme de hausses des cotisations sociales, selon une logique de solidarité professionnelle ? Ou bien chaque personne individuellement en fonction des dangers spécifiques auxquels elle est confrontée et de ses besoins potentiels de soins ?
- Les réformes engagées permettront-elles d'adapter le système de santé algérien en place aux transitions démographiques, épidémiologiques et aux nouvelles réalités économiques et sociales ?
- Quelle est l'évolution et le contenu des réformes apportées en Algérie ? Ont-elles cherché à ajuster le système de santé ou à le modifier en profondeur ?

Les hypothèses de travail

A travers le constat actuel du système de santé algérien, nous proposons de cerner la problématique d'ensemble, en énumérant quelques hypothèses, qui semblent cependant essentielles :

- La réforme du financement de la santé peut être un levier essentiel pour modifier les autres fonctions du système de santé. Cependant, il semble qu'en dépit des moyens importants alloués, les résultats attendus restent faibles et la qualité des prestations insuffisante.
- Après plusieurs années d'application de réformes, le mécontentement des citoyens, des professionnels et des pouvoirs publics persiste encore en raison d'une mauvaise prise en charge, semble-il.
- La demande de santé connaît une forte augmentation du fait des transitions démographique et épidémiologique, et l'offre de soins ne peut être adaptée. Ainsi, le décalage reste grand entre, d'une part, les nouveaux besoins de santé et, d'autre part, l'offre de soins et la politique de santé actuelle.
- La formation et la disponibilité des ressources humaines qualifiées restent insuffisantes et l'orientation vers le secteur privé constitue la cause de la dégradation

des soins dans le secteur public. Ainsi, les professionnels de santé du secteur public sont attirés par les conditions de travail et les salaires attractifs proposés dans le privé.

Méthodologie et plan de travail

Pour mener à bien notre travail, nous avons adopté la démarche suivante :

- La consultation d'ouvrages et l'étude des textes relatifs au système de santé. Par ailleurs, plusieurs bibliothèques et centres de documentation ont été visités à savoir : les bibliothèques universitaires d'Alger et de Béjaïa, la Bibliothèque Nationale, la bibliothèque d'El-Hama, les centres de documentation du :
 1. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
 2. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale
 3. Conseil National Economique et Social
 4. La direction de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés.
- La collecte de données nécessaires, relatives au système de santé algérien a été faite auprès des organismes nationaux suivants : le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la sécurité Sociale, le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, la Direction Générale de la Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés, la Direction Générale des Douanes, l'Office National des Statistiques.
- L'élaboration d'entretiens en ligne auprès de spécialistes en Economie de la santé et de certains auteurs, dans le cadre d'une enquête d'opinion, portant sur l'état d'avancement et l'efficacité des réformes apportées au système de santé algérien.

La présente recherche sera structurée en cinq chapitres présentés comme suit :

Le premier chapitre est réservé à la présentation du système de santé algérien et de son évolution. Est abordée aussi, une revue de la littérature relative à ce système. La dernière partie du chapitre est consacrée à l'évaluation comparative avec les pays du Maghreb.

Le deuxième chapitre reprend les caractéristiques du système de santé algérien dans sa transition à l'économie du marché. Ce chapitre mettra en lumière l'impact du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) sur le système de santé algérien et le processus d'extension du secteur privé.

Dans le troisième chapitre, il est question d'aborder les faiblesses du système de santé algérien. Sont exposées à cet effet les principales causes de son dysfonctionnement. Nous nous intéresserons également aux dépenses de santé, aux facteurs contribuant à leurs augmentations, et aux solutions entreprises par les pouvoirs publics.

Par le biais du quatrième chapitre, nous procédons à la présentation de quelques réformes des systèmes de santé dans le monde, qui ont prouvé leur efficacité, ainsi que l'expérience du Maroc et de la Tunisie.

Le dernier chapitre sera consacré à l'analyse des différentes réformes apportées en Algérie. Commenant par une présentation du contenu et de l'évolution des réformes, nous procéderons à une analyse critique de celles-ci tout en soulevant leurs manques et leurs faiblesses. Nous présenterons aussi l'opinion des spécialistes à travers une enquête d'opinion et leurs travaux sur l'état d'avancement et les résultats de ces réformes. Nous terminerons avec un essai de modélisation des facteurs déterminants de dépenses de santé en Algérie.

CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : EVOLUTION, ANALYSE ET EVALUATION

INTRODUCTION

La promotion de la santé représente un défi qui s'impose partout dans le monde. La santé pour tous, sans discrimination, constitue un objectif essentiel, un fondement de développement humain. Le souci d'équité et de solidarité dans l'accès aux soins est un facteur majeur de développement humain avant d'être une condition d'efficacité des systèmes de santé.

Depuis 1974, l'Algérie a mis en place un système de santé fondé sur le principe de la gratuité des soins. Il s'agit du droit des citoyens algériens à la protection de leur santé, inscrit dans la Constitution. La concrétisation de ce droit nécessite une politique sanitaire particulière et d'énormes ressources financières et humaines. La situation sanitaire, économique et démographique ayant connu un changement important ces dernières décennies, rend l'accomplissement de ce droit de plus en plus difficile.

Face aux dépenses de santé qui ne cessent de croître et au financement limité, l'Algérie devra renoncer à certains choix en matière de santé en fonction des ressources disponibles.

L'objectif de ce chapitre est de présenter le système de santé algérien du point de vue de son évolution et de son organisation. L'analyse de la situation actuelle s'avère indispensable pour mettre en avant les nouveaux défis du système de santé algérien.

I-ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : REVUE DE LITTERATURE

L'insuffisance de travaux d'analyse existant en Algérie sur le système de santé, justifie le choix de notre plan visant à proposer quelques solutions aux différents problèmes que révèle le système de santé algérien.

En 1990, F. Z. Oufriha⁵ s'est intéressée à la question du financement du système de santé algérien tout en soulignant la marge de la contribution des caisses de sécurité sociale. Elle a observé également l'augmentation des dépenses de santé induite par la gratuité des soins instaurée en 1974 (question déjà abordée par l'économiste L. Lamri en 2006). La

⁵ Oufriha F. Z. : médecine gratuite, forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie, revue cread, n°22, 1990.

période 1974-1988 a été marquée par une diminution de la part de l'Etat au financement du forfait hospitalier. Dans le même article, l'auteure a traité de l'inégalité dans l'accès aux soins.

Deux ouvrages ont été réalisés sous la direction de F. Z. Oufriha s'inscrivant dans les axes de recherche du CREAD : le premier, en 2006, intitulé « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », contient une série de contributions de plusieurs auteurs, qui s'articulent autour des réformes de la deuxième génération lorsque le souci de l'efficacité des dépenses publiques tentait de se faire une place dans un environnement social, économique et institutionnel, peu favorable selon l'auteure. Les articles examinent le contenu des réformes apportées par les pouvoirs publics : d'après elle, les réformes dites de première génération réalisées dès 1986 lors du retournement brutal de la conjoncture économique, peuvent s'analyser comme un mouvement de privatisation de plus en plus large superposant des réformes difficiles à réaliser dans la mesure où elles risquent de s'attaquer au fonctionnement du secteur public de soins. Une décennie plus tard, de nouvelles réformes, concomitamment au PAS, mettent l'accent sur les modalités du financement du secteur public de soins.

F. Cheriet (2006)⁶ s'est intéressé à une évaluation dans le domaine sanitaire à la suite des décisions prises dans le cadre de l'ajustement structurel. L'auteur souligne dès le début de son article, la difficulté de cette étude en raison de la non disponibilité et du peu de fiabilité des données liées à l'état de santé de la population algérienne.

Afin d'évaluer les effets du P.A.S, il a comparé la situation avant et après ce programme. Après simulation, il l'en a conclu que ce dernier avait eu des effets négatifs sur l'industrie et sur la situation sociale en Algérie. Vu les difficultés rencontrées pour évaluer les effets du P.A.S sur le secteur de la santé, il a cherché à étudier la relation entre les deux systèmes : économique et celui de soins, basant sa réflexion sur : « la santé peut être est un élément essentiel de développement économique ».

De même, F. Z. Oufriha (2006)⁷ a abordé la question du rapport P.A.S/ santé dans un article intitulé : Crise P.A.S et santé des enfants en Algérie. Dans la première partie, l'auteure a cerné la situation économique au début de la décennie 90 et l'a jugée fortement détériorée caractérisée entre autre par : une baisse drastique du PIB doublée d'une très forte inflation, un développement massif du chômage, l'apparition et le développement de la pauvreté, la crise de logement et des conditions d'habitation, et une mortalité infantile à plusieurs âges.

Dans la deuxième partie, Oufriha trouve que le système de santé au début de la décennie est complètement bloqué par manque de moyens financiers compte tenu de son caractère budgétivore. Elle souligne un manque de vaccins qui propage la rougeole, la diphtérie, la poliomyélite...etc. Plus tard, l'amélioration de la rente pétrolière a permis le

⁶ Cheriet f. : Effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé : quelques difficultés méthodologiques en matière d'évaluation. In : Oufriha F. Z. : De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd. cread, Algérie, 2006.

⁷ Oufriha F. Z. : Crise P.A.S et santé des enfants en Algérie. In : Oufriha F. Z. : De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd. cread, Algérie, 2006.

maintien d'une politique de santé mieux ciblée. Une offre de moyens matériels et humains a reçu une impulsion soutenue à long terme, d'où une amélioration constante des indices de couverture sanitaire.

Dans l'article de F.Z. Oufriha : Les réformes du système de santé algérien,(2006)⁸, l'accent est mis sur la réforme qui s'ouvre à la privatisation suite à une asphyxie financière du système public. Selon l'auteure, cette forme a connu d'abord une privatisation du personnel de soins selon trois étapes principales : d'abord une levée de toutes les contraintes d'exercice jusqu'à l'enregistrement d'une sur offre de soins; puis dans une 2^{ème} étape, un enchaînement d'autorisations d'ouverture de cliniques privées à partir de 1990, procédure qui a pris de plus en plus d'ampleur ces dernières années ; enfin, la dernière étape se focalise sur la privatisation du personnel le plus compétent du secteur public.

L'auteure souligne également une autre forme de privatisation qui touche les biens de santé et concerne principalement la chaîne du médicament. Après le P.A.S et l'ouverture sur l'économie de marché, la levée du monopole de l'Etat sur l'importation, la production et la distribution de produits pharmaceutiques a favorisé la privatisation très rapide de ce domaine.

Dans le même sens, Oufriha a abordé dans un autre article la réforme du système de santé en matière de financement. Selon elle, une deuxième série de réformes a été engagée comme réponse à l'accélération des dépenses de santé résultant du P.A.S et de la libération interne et externe de l'économie. Il s'agit de la récupération des coûts car, dès 1995, l'accès au secteur public de soins n'est plus totalement gratuit.⁹ Cette politique ne change en aucun cas les conditions du fonctionnement du secteur public (l'impact financier de cette mesure était que 3,26% des ressources du public en 1995, mais depuis 2002, ces contributions ont été fortement valorisées), son objectif n'étant plus de rationaliser les ressources mais plutôt d'en procurer un peu plus.

En 2008¹⁰, Oufriha traite de la réforme hospitalière comme d'une nouvelle mesure apportée au moment où le forfait attribué à l'ensemble des hôpitaux par la sécurité sociale est devenu largement inférieur aux seuls remboursements du fait des consommations pharmaceutiques et ce, malgré le déremboursement d'une large gamme de médicaments et la mise en place d'un tarif de référence largement au-dessous du prix réels. Depuis, la multiplication des cliniques privées entraîne des coûts de plus en plus importants.

En 2009, un autre ouvrage a été dédié à l'économie de la santé sous le thème *Transition et système de santé en Algérie*. L'ouvrage est composé d'articles issus des travaux de thèses. Deux sujets principaux ont été abordés : Economie hospitalière (il y est question de la réforme du financement des hôpitaux algériens, intitulée « contractualisation »),

⁸ Oufriha F. Z. : De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd. cread, Algérie, 2006.

⁹ La contribution demandée aux malades est faible, elle correspond aux tarifs officiels de la sécurité sociale pour les consultations, voire 50DA pour un généraliste, 100 DA pour un spécialiste et 100 DA pour une hospitalisation.

¹⁰ Oufriha F.Z. : La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement. In : Oufriha F. Z. : Transition et système de santé en Algérie, éd. cread, Algérie, 2008

tout en s'intéressant aux problèmes posés par l'application de cette réforme au sein des institutions hospitalières). Dans son article, M. Salmi propose, pour la réussite de la réforme engagée, d'apporter une démarche plus gestionnaire et d'abandonner l'administration des personnels. Y. Ferfera aborde, quant à lui, la question de la qualité des soins. Il juge que le système de soins est complexe et que les acteurs qui le composent sont trop nombreux pour que la qualité puisse être effective. Dans l'Economie du médicament (Entre offre et demande de médicaments), Zehnati, Kaid Tilane et Ferfera ont traité le volet déterminant de la consommation (demande). Le premier auteur ayant effectué une étude macroéconomique sur une courte période (2001-2006) et à travers les résultats d'une enquête ménage réalisée par les deux autres, ils ont présenté une étude microéconomique de ces déterminants.

Le deuxième volet : Offre de médicaments, notamment à travers la production locale, a été abordé par A. Kernane, A.Koudri et S. Ouzzir avec une analyse des problèmes rencontrés pour un meilleur développement de l'industrie pharmaceutiques dans l'environnement local, à savoir l'incohérence de la politique pharmaceutique, et les facteurs technologiques. Ils ont mis aussi l'accent sur le rôle dévolu à l'Etat pour réunir les conditions favorables tout en impliquant d'autres acteurs et institutions (universités, centres de recherche,...) pour le développement d'une vraie industrie pharmaceutique.

L'économiste de la santé L. Lamri s'est beaucoup intéressé au système de santé et de sécurité sociale en Algérie. Etant un membre du Conseil de réforme du système de santé, en 2002, il a mené plusieurs études dans ce sens. En 2006, dans son article « Changeons le système de santé algérien »¹¹, il a mis l'accent sur la stagnation jugée dangereuse qu'a connu le système de santé algérien face aux changements qu'a vécus la société. L'auteur s'explique : la structure organisationnelle et matérielle du système reste figée et ne correspond plus aux attentes de la population.

L'objectif de son article était d'identifier les pistes de blocage du système de santé algérien afin d'ouvrir le champ aux réformes et changements. Après une brève présentation des différents systèmes de santé dans le monde, il a opté pour un système intermédiaire justifié comme suit : Le tout gratuit est mauvais, le tout payant est tout aussi mauvais, le payant en partie (cotisation obligatoire et contribution à travers le ticket modérateur) est bon. La contribution financière des usagers dans le paiement des prestations de santé reçues est un puissant levier de réduction des inefficacités et de l'exclusion. Selon lui, pour la plupart des pays en développement, les deux systèmes à prédominance libérale et publique ne sont pas indiqués car comportant deux inconvénients majeurs : absence d'équité (exclusion) pour l'un et inefficacité (gaspillage et bureaucratie) pour l'autre.

Une présentation de la structuration du système de santé algérien en secteur public gratuit et secteur privé onéreux est faite : les deux secteurs fonctionnent dans un environnement inapproprié. Puis l'auteur termine par une série de solutions pour transformer le système de santé algérien et le faire sortir de sa stagnation qui l'affecte profondément. Il propose : que l'Etat maintienne ses responsabilités et augmente les performances du secteur public ; que le secteur privé garde son efficacité en intégrant dans sa logique de profit les

¹¹ Lamri L. : Changeons le système de santé algérien, revue savoir et compétences, n° 4, 2006.

objectifs de santé publique ; que la sécurité sociale devienne un « acheteur rationnel » : qu'elle s'assure que ses adhérents disposent de bons services de santé au meilleur prix et qu'elle contrôle l'usage qui est fait de ses ressources.

Deux ans auparavant, en 2004, L. Lamri avait donné une description détaillée du système de sécurité sociale¹².

Une autre économiste de la santé a traité aussi la question du système de santé algérien dans sa thèse de doctorat d'Etat intitulée : Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Béjaïa. Il s'agit de N. Kaid Tlilane (2005) qui s'est intéressée aux enfants particulièrement dans les zones rurales (une évaluation de leur état de santé à travers deux enquêtes ménages). Selon elle, la santé des enfants est le meilleur investissement en ressources humaines, leur permettant ainsi un meilleur avenir. L'auteure ne s'est pas limitée uniquement à la santé de l'enfant en Algérie mais a réservé un espace à la santé de la mère, qui est indissociable de celle de l'enfant.

N. Kaid Tlilane a abordé la problématique du financement du système de santé algérien à l'époque de la crise et de la restructuration économique. Elle a observé un désengagement progressif de l'Etat détrimant des ménages d'où les difficultés d'accès aux soins (rejoignant ainsi la réflexion de F. Z. Oufriha). C'est ainsi que l'Algérie devait faire face aux dépenses de santé de plus en plus importantes. L'auteure expose la nécessité de distinguer le budget attribué à la rémunération du personnel de la santé, de celui destiné au financement des soins. Quant à la question du déremboursement, elle ne peut être une solution équitable et ne peut résoudre le problème de financement du secteur de la santé mais plutôt sanctionne aussi bien les malades que l'industrie locale.

A travers cette étude, Kaid Tlilane a qualifié le système de santé algérien de système déstructuré caractérisé par : un grand écart entre la législation et la réalité, un manque cruel d'informations fiables, un fort cloisonnement du système de soins, d'où une faible coordination professionnelle, un aspect quantitatif qui prime sur l'aspect qualitatif, une répartition géographique extrêmement inégale de l'encadrement sanitaire, (matériel et humain), par conséquent, l'équité n'a pas été atteinte dans la distribution des soins, des résultats sanitaires relativement faibles eu égard à la croissance des coûts, le tout conjugué à une dépendance de plus en plus forte du marché extérieur biomédical. Par rapport aux besoins, l'importation de médicaments est quasi-totale. Les infrastructures existantes sont sous utilisées.

B. Brahamia (2010)¹³, a abordé aussi les modes d'organisation des systèmes de santé, ainsi que les mécanismes de leur financement. La première partie de son ouvrage a été consacrée à l'étude des systèmes de santé de l'OCDE et des pays de l'Est, soulignant les progrès enregistrés ainsi que les principales contraintes qui les caractérisent, dont celle de l'évolution importante des dépenses de santé. La dernière partie a été consacrée

¹² Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd.opu, Alger, 2004

¹³ Brahamia B : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, éd. Bahaeddine, Algérie, 2010

particulièrement aux systèmes de santé des pays du Maghreb (Algérie, Tunisie et Maroc). A la lumière des réformes engagées, l'auteur présente l'évolution des indicateurs sanitaires, les problèmes relevant de l'offre de soins face à une demande de plus en plus importante suite à la triple transition économique, démographique et épidémiologique. Il met également l'accent sur les problèmes de couverture de l'assurance maladie notamment au Maroc.

Le même auteur, en 1991¹⁴, avait analysé le système de santé algérien et la prospective de son évolution, dans sa thèse de doctorat.

A. Zehnati (2014)¹⁵ s'est intéressé particulièrement à la question du secteur privé de soins en Algérie, et plus particulièrement à l'expansion des cliniques privées. L'auteur a jugé que le dysfonctionnement du secteur public semble nourrir le secteur privé dont la dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle : une transition économique mal assumée, une transition sociologique avec une forte urbanisation, une rapide transition démographique, une transition épidémiologique en cours et une transition politique toujours en suspens. Les interactions entre les stratégies individuelles des professionnels de santé et les éléments contextuels ont déterminé les évolutions du système de santé algérien.

Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire sont des structures innovantes dans le sens où de nouvelles méthodes d'organisation et de travail, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé en rupture avec les modes de fonctionnement anciens, créant ainsi une dynamique collective entre médecins et patients. Elles attirent aussi bien les médecins en quête de compléments de revenus, que les patients à la recherche d'une rapide prise en charge, évitant les longues attentes dans le secteur public. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers.

En 2010, M. Kaddar et S. Chougrani ¹⁶ ont abordé un autre sujet relatif aux réformes du système de soins ; il s'agit de la contractualisation : une réflexion menée essentiellement par les ministères de la santé et celui des affaires sociales a concerné d'abord et avant tout la contribution de la sécurité sociale au financement du secteur public de soins. Ainsi, la contractualisation est considérée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles.

Les auteurs ont expliqué dans cet article la nécessité de la contractualisation dans un système de santé fondé sur la gratuité des soins, comme en Algérie, en énumérant ses conséquences : d'une part une généralisation de l'accès gratuit aux soins dans le secteur public, d'autre part une augmentation continue des dépenses de soins, et enfin une mise à

¹⁴ Brahamia B. :La dynamique du système de santé algérien :bilan et perspectives , thèse de doctorat en Sciences Economiques , université de Montpellier 1, France, 1991.

¹⁵ Zehnati A. : Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, thèse de doctorat en Sciences Economiques en cotutelle, université Dijon et université Béjaia, 2014.

¹⁶ Kaddar M. et Chougrani S : Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Journal d'Économie Médicale, vol. 28, n°5,2010.

contribution croissante des organismes de sécurité sociale au financement du budget du ministère de la santé. Elle s'est aussi traduite par une quasi disparition de toute forme de facturation et de gestion rigoureuse des dépenses dans les structures publiques de soins.

La loi des finances de 1993 a ainsi introduit le principe de la contractualisation entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins, en remplacement du «forfait-hôpitaux» en vigueur depuis 1973. Il s'agissait effectivement d'une révision d'une partie du financement du système de santé, à savoir l'achat des services de soins par les organismes de sécurité sociale. Quant à l'Etat, il devait assumer à la fois des fonctions de régulation et de décision politique mais aussi des fonctions de gestion et de mise en œuvre des politiques définies. Vis-à-vis du secteur de la santé, il décidait de la politique de santé et de protection sociale, de la régulation mais aussi de l'investissement, du financement, de l'affectation des cadres et de la gestion des structures publiques.

La contractualisation est vue par la sécurité sociale comme un moyen pour disposer des données et des outils permettant de faire des achats de soins de qualité, et compétitifs. Il s'agissait également de freiner la croissance rapide de ses dépenses de soins : la sécurité sociale ne prendrait en charge que les assurés sociaux et leurs ayants droits et non les usagers du secteur public.

En 1998, F. Fellah¹⁷. a apporté un plus aux études menées sur le système de santé algérien en traitant le volet de la prévention. Selon lui, c'est une question extrêmement importante et qui connaît depuis longtemps un intérêt accru à cause de la croissance incontrôlée des dépenses de santé et de l'insuffisance des budgets consacrés au financement du secteur de la santé. Fellah trouve que l'organisation et le fonctionnement du système de santé algérien favorisent les soins curatifs. Il juge que notre système hérité est inadapté aux pathologies de la population algérienne : un système basé sur les soins curatifs où l'hôpital joue un rôle prépondérant en consommant l'essentiel des ressources. Il souligne la difficulté pratique d'élaboration, de coordination et d'évaluation des programmes de prévention qui revêtent un aspect particulier dans les pays en développement. Mais la mise en œuvre d'actions prioritaires en direction de certains groupes particulièrement vulnérables, le développement de l'information et de l'éducation pour la santé ainsi que la participation communautaire peuvent contribuer à la réussite d'une stratégie de promotion de la santé (le cas pratique de l'auteur traite du programme de lutte).

Sur la base de cette revue de littérature, nous chercherons dans ce chapitre à caractériser le système de santé algérien du point de vue de son origine, son organisation, de son financement et du niveau d'offre de soins. Nous l'analyserons sur une période de plus de 20 ans à travers les données de l'Office National des Statistiques, de l'Organisation Mondiale de la Santé, de la Banque Mondiale et du MSPRH et MTESS. Enfin une évaluation du système sera réalisée à travers les différents indicateurs de santé avec une comparaison avec pays voisins (Tunisie, Maroc).

¹⁷ Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en Sciences Economiques, université de Bordeaux, France, 1998.

II- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : L'OFFRE DE SOINS

Nous nous intéresserons dans cette section à l'organisation du système de santé algérien, à son financement et aux modalités d'offre de soins.

1-Les principales étapes de l'évolution du système de santé algérien

Le système de santé algérien a subi plusieurs transformations depuis l'indépendance. Il a été mis en place durant la période coloniale dans l'objectif de maximiser la couverture sanitaire et assurer des services de soins de qualité. Jusqu'à 2007, l'organisation sanitaire en Algérie a été structurée principalement sur la base de l'entité « secteur sanitaire »¹⁸, qui a été abandonnée depuis, pour introduire une nouvelle organisation fondée sur les soins de proximité.

1.1-Le processus d'évolution du système de santé algérien depuis 1962 : nous présentons dans ce qui suit les caractéristiques principales de chaque période :

1.1.1- La première phase, de 1962 à 1973 : elle est marquée par une série de mesures visant à unifier la tutelle administrative des structures sanitaires publiques. Ainsi les dispensaires relevant des préfectures, les centres d'hygiène scolaire reliés aux académies du Ministère de l'Education, les dispensaires antituberculeux organisés sous l'égide de l'Office Public d'Hygiène Sociale sont tous rattachés aux établissements hospitaliers formant ce qui allait devenir peu à peu des «secteurs sanitaires». La fin de cette opération coïncide avec la mise en œuvre effective des premiers programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, trachome, rougeole...)¹⁹.

Parallèlement à ce mouvement, cette phase verra un intense débat sur le statut d'exercice des professions médicales (public, privé, mi-temps, plein temps, service civil,...). Après une courte période de conflit ouvert entre le corps médical et l'Etat et au sein des professions médicales, une ordonnance vint en 1966²⁰ instaurer trois régimes d'exercice : service public obligatoire à plein temps pour les jeunes médecins, service du mi-temps pour ceux déjà installés dans le privé, plein temps aménagé pour les hospitalo-universitaires.

Selon A. Remal (Système de santé en Algérie, 2013), en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé à divers hôpitaux situés à leur proximité. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires.

¹⁸Brahamia B. : Economie de la santé : Evolution et tendances des systèmes de santé, OCDE-Europe de l'Est-Maghreb, éd. Bahaeddine Editions, Algérie, 2010.

¹⁹ Salmi.M. : Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic : Cas du secteur sanitaire de Larbaa -Nath-Iraten, mémoire de Magister, université de Tizi-Ouzou, 1999.

²⁰ Le texte de cette ordonnance marque toute l'ambiguïté qui régit les rapports entre structures publiques de soins et professions médicales à cette période.

En résumé, cette phase correspond à une période de réorganisation du secteur et de distribution des moyens disponibles, couvrant la période des deux premiers plans (1967-1974).

1.1.2-La deuxième phase : Elle s'ouvre en 1973. Cette année est marquée par deux mesures très importantes à savoir : l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins, et la mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire.

D'après F. Z. Oufriha (CREAD 3ème et 4ème trimestres 1991) au cours de cette phase (1973-1980) le système de soins a été divisé en segment public, segment parapublic et segment privé²¹. Le plan quadriennal (1974-1979), avait comme objectif un recentrage du développement du secteur à la lumière des dispositions relatives à la gratuité des soins.

Selon la même auteure, le système de soins a connu pendant cette période une relative stagnation malgré une croissance notable des personnels médicaux nouvellement formés et recrutés, en raison du nombre insuffisant d'infrastructures sanitaires réalisés dans le cadre des plans quadriennaux.

1.1.3-La troisième phase s'ouvre en 1980 : En décembre 1980, les éléments d'une politique d'ensemble en matière de santé sont définis²² :

- Un vaste programme d'investissement, en matière d'infrastructures sanitaires et d'équipement biomédical, est lancé.
- l'ensemble des structures médico-sanitaires du segment parapublic (cliniques, centres médico-sociaux, laboratoires...) est intégré administrativement aux secteurs sanitaires sous la tutelle du Ministère de la Santé.

Selon B. Brahamia, les secteurs sanitaires prennent réellement naissance en 1981²³ avec la carte nationale sanitaire, se voyant dotés d'un nouveau mode de financement : le budget global adopté par le Gouvernement

²¹De même source, l'Etat était loin de détenir le monopole de l'offre publique de soins. D'ailleurs, dans les sociétés nationales, les caisses de sécurité sociale et les mutuelles se développent une multitude d'infrastructures médico-sociales qui allaient former «le secteur para-public». Leurs activités s'étaient développées pour pallier les insuffisances du secteur public de soins. Ce segment para-public peut être considéré comme une des formes de manifestation du «social d'entreprise» qui a accompagné le processus d'industrialisation - salarisation des années soixante dix.

²² Oufriha F.-Z. : Essai d'analyse sur le système de soins en Algérie, Revue du CREAD, 1er trimestre 1988.

²³ Brahamia B. : La santé entre économie et médecine, revue des sciences humaines, n° 10, 4^{ème} trimestre, université de Constantine, 1998.

A la fin de l'année 1984, le système de soins algérien devient bipolaire avec, d'un côté un secteur public, et de l'autre un secteur médical privé exerçant en ambulatoire.²⁴

Cette phase est caractérisée par un développement intensif marqué par la mise place des principaux éléments de la politique sanitaire au cours du premier plan quinquennal (1980-1984).

1.1.4-La quatrième phase débute en 1987 : elle voit réapparaître, d'une part des Centres Hospitaliers Universitaires en tant qu'établissements autonomes par rapport aux secteurs sanitaires, et d'autre part l'ouverture de cliniques médicales et chirurgicales privées²⁵. Les C.H.U. ont la charge de l'enseignement des sciences médicales, de la recherche et des soins hautement spécialisés. Leur gestion est «autonome» ainsi que leur budget.

Pendant la période 1987-2003, le secteur de la santé est touché par la crise économique qu'a vécue l'Algérie (choc pétrolier). Malgré cela, cette période à été marquée par plusieurs faits²⁶ dont :

- ✓ La création de l'Ecole Nationale de Santé Publique par le décret 89-05 ;
- ✓ L'application de décret 85-05 en 1992 portant sur l'enregistrement des médicaments ;
- ✓ La création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques, par le décret exécutif 93-140 du 14 juin. Ce laboratoire a le statut d'EPA en 1993 ;
- ✓ Le décret exécutif 94-74 érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC), et la création de la Pharmacie centrale des hôpitaux ;
- ✓ 1995 : Création de l'Agence nationale pour le développement de la recherche en santé, par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier ;
- ✓ Création de l'Agence nationale du sang, qui a un statut d'EPA par le décret exécutif 95-108 du 9 avril ;
- ✓ Création par décret de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest Sud-Est et Sud-Ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institutions déconcentrées de l'Institut national de la santé publique ;

²⁴ Oufriha F.- Z. : Essai d'analyse sur le système de soins en Algérie, Revue du CREAD, n° 13, 1er trimestre 1988.

²⁵ Chachoua L. :Le système national de santé,1962 à nos jours, colloque international sur les politiques de santé, Alger,18 et 19 Janvier 2014.

²⁶ ANDS : Plate forme d'intégration des NTIC dans le secteur de la Santé, ANDS, 2005.

- ✓ Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, par le décret exécutif 98-192 ;
- ✓ Création du Centre national de toxicologie, par le décret exécutif 98-188 ;
- ✓ 2001 : Installation du Conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis son rapport final en octobre 2003.

1.1.5- Les nouveaux défis du système de santé algérien: La situation actuelle du système de santé est caractérisée par une nette amélioration des ressources, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement.

A travers le plan d'action adopté en 2009 par le MSPRH, les objectifs suivants ont été tracés²⁷ :

- L'Amélioration de la couverture sanitaire ;
- L'amélioration de la qualité des prestations ;
- La prise en charge des transitions démographique et épidémiologique ;
- La rationalisation de la gestion et la promotion la coordination avec les autres secteurs.

La dernière décennie a été marquée par la mise en place des dispositions réglementaires dans le domaine de l'organisation du système de santé et celui du médicament à savoir²⁸ :

- ✓ 2007 : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques, était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de bassin de population du secteur sanitaire en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisé par une absence de coordination entre les secteurs public et privé. Cette coordination était l'un des objectifs de la réforme hospitalière.
- ✓ 2008 : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques.
- ✓ 2009 : Promotion des produits génériques et des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit

²⁷ IPEMED : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, éd. IPEMED, Avril 2012

²⁸ . Ideem.

dans son article 26 : « L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quelque soit le conditionnement servi pour ce médicament ». Et dans son article 27 : « L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20% en cas de produits fabriqués au niveau national ».

- ✓ 2010. Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission, en janvier 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. En juillet 2017, ce projet a été reporté par le gouvernement (in : www.aps.dz/sante-science-technologie/60483-projet-de-nouvelle-loi-sanitaire)
- ✓ 2011. Adoption par le ministère de la Santé d'un plan national cancer.

2- Organisation du système de santé algérien

Le système de santé algérien est organisé autour de 48 directions de santé (DSP) implantées dans chaque wilaya sous la tutelle du MSPRH.

2.1- L'organisation administrative

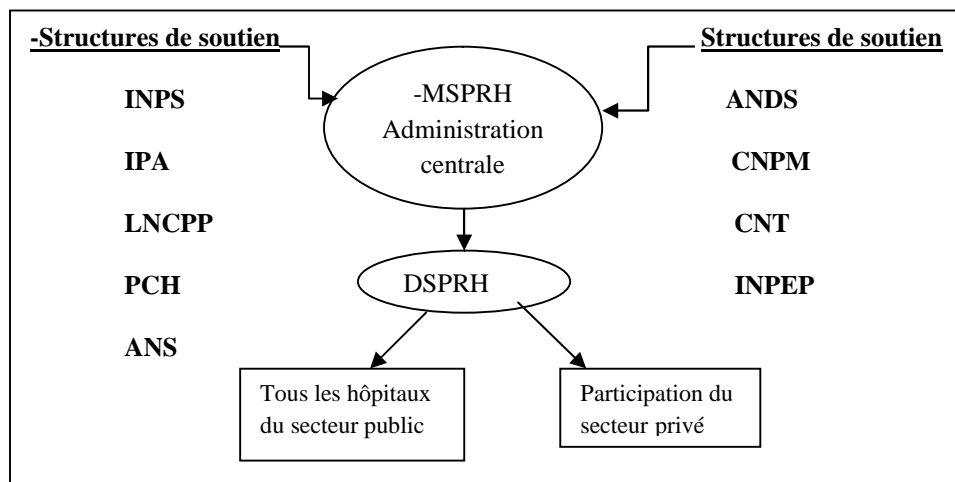
L'administration centrale du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), sous l'autorité directe du Ministre et de son cabinet, est le centre quasi absolu où se décident les stratégies de santé et les arbitrages budgétaires. Celle-ci s'est progressivement renforcée durant ces dernières années en matière de structures de soutien à vocation nationale (schéma 1). Les décisions prises sont adressées pour « exécution » aux hôpitaux et aux praticiens par l'intermédiaire des 48 directions de santé et de la population de wilaya (DSPRH), lesquelles, malgré leur rôle de tutelles intermédiaires sont peu impliquées dans l'élaboration des programmes de santé, et se contentent souvent de transmettre dans un style administratif les directives et les circulaires de l'administration centrale.

Le ministre a sous son autorité le secrétaire général qui supervise l'action des huit directions centrales du ministère : celles de l'administration et des moyens, de la pharmacie, de la planification, de la prévention, de la population, de la réglementation, des ressources humaines, des services de santé ainsi que l'inspection générale.

L'activité du ministère de la Santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes de l'administration et fixe les attributions de ces entités. Un nouvel organigramme a été élaboré en 2010 mais n'est pas encore mis en

place. Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la Santé (organismes de sécurité sanitaire : l'Institut national de santé publique, le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, l'Agence nationale du sang, le Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance, le Centre national de toxicologie. Organismes d'appui logistique : l'Institut Pasteur d'Algérie, la Pharmacie centrale des hôpitaux. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information: l'Ecole nationale de santé publique, l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'Agence nationale de documentation en santé).

Schéma 1 : Les tutelles et les principales structures de soutien du système de santé



Source : réalisé par nos soins.

2.2- L'offre de soins

L'accessibilité aux services de soins en Algérie s'est améliorée grâce à la croissance des effectifs du personnel médical (notamment les médecins et les dentistes) ainsi qu'à la multiplication des infrastructures sanitaires et leur répartition sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, la multiplication des personnels de santé et des infrastructures, la gratuité des prestations dans les structures publiques de santé instaurée en 1974 ont considérablement amélioré l'accès aux prestations de santé de l'ensemble de la population et l'état de santé de l'Algérien.

2.2.1- Les infrastructures sanitaires

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie entre le secteur public dominant et le secteur privé en expansion rapide.

Dans ce qui suit, nous présenterons l'organisation de l'offre de soins avant 2007, à l'époque du secteur sanitaire et nous nous intéresserons également à la

période de la nouvelle organisation de soins de proximité, de 2008 à ce jour.

A- La structure du secteur sanitaire public : jusqu'à 2007, les secteurs sanitaires (SS) (Décret 97- 466 du 2 Décembre 97) constituaient la base de la pyramide des soins. En 2007, il existait 185 secteurs sanitaires auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque secteur sanitaire desservait en moyenne un bassin de population de 100 000 à 300 000 habitants et était composé :

- d'un hôpital général,
- d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive,
- de structures légères (polycliniques, centres de santé, salles de soins) organisées en sous secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous secteurs était variable d'un SS à l'autre,
- d'unités de soins scolaires (UDSS), réparties par groupements d'écoles.

La répartition des secteurs sanitaires par région montre une concentration dans les régions du centre, de l'Est et de l'Ouest. Quant aux régions de Sud, elles sont privées de CHU et d'EHS, contrairement à la wilaya d'Alger qui, à elle seule, est dotée de 4 CHU et de 13 EHS, ce qui fait une répartition non homogène *et inégale* sur le territoire national. (cf. tableau 1).

Tableau 1 : La répartition des secteurs sanitaires par région en 2007.

	Nombre de wilayas	Nombre de secteurs sanitaires	Nombre de CHU	Nombre d'EHS	Nombre d'EFPM	Fréquence de concentration de SS Par région
Centre	11	56	6	15	10	30%
Est	14	55	4	10	10	29,7%
Ouest	11	43	3	6	9	23,24%
Sud-est	17	20	0	0	4	18%
Sud-ouest	05	11	0	0	1	5,94%

Source : Réalisé par nous même à partir de décret *exécutif n°07-140 du 19 mai 2007*, portant sur la carte sanitaire.

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008 transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (EPH) et 273 établissements publics de santé de proximité (E.P.S.P). Toutes les structures

extra hospitalières des ex SS (les polycliniques, salles de soins...) sont ainsi dissociées des hôpitaux. Les établissements publics nouvellement créés (depuis 2005) ont les mêmes statuts.

B- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) : Implantés en majorité dans le nord du pays, ils couvrent environ une dizaine de spécialités : oncologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses. On dénombre en 2016, 78 EHS avec plus de 12 345 lits (cf. tableau 2)

C- Les centres hospitalo-universitaires (CHU) : Depuis leur création en 1986²⁹, ils sont implantés dans dix wilayas du pays. Ils sont placés sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (MESRS). Leur personnel médical de rang magistral est censé assurer des activités de soin, de formation et de recherche. Avec 14 CHU en 2016, ils présentent une capacité de 13 254 lits.

D- Le secteur parapublic : Ce secteur a connu une régression rapide à partir des années 80, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On dénombre en 2016, 632 centres médicaux sociaux (CMS) (cf. tableau 2), créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques et réservés à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est négligeable.

E - Le secteur privé : Après avoir été marginalisé, il est en expansion anarchique depuis 1988. Il compte en 2016, 23 094 cabinets médicaux et un peu plus de 452 cliniques opérationnelles.(cf. tableaux 2 et 3).

Les hôpitaux ont connu la plus faible croissance entre 1966 et 2000, leurs nombre ayant augmenté seulement de 39%. La croissance des centres de santé a été la plus importante avec près de 80% durant la même période³⁰. L'Etat a eu recours à des structures plus légères et moins coûteuses afin de doter l'ensemble du territoire de structures sanitaires et se rapprocher de la majorité de la population.

Le programme de développement de la santé 2005-2009 a permis, entre autres, la réalisation de 65 hôpitaux généraux et spécialisés (dont un institut du rein et un institut du cancer), 76 polycliniques, 168 centres de santé, 40 salles de soins, 6 centres de contrôle sanitaire aux frontières, 4 centres d'hémodialyse et un institut de formation paramédicale³¹.

Si l'on se réfère aux données globales, le pays est doté en infrastructures médicales suffisantes pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. D'ailleurs, l'examen

²⁹ DSP : point de situation, DSP, 2010.

³⁰ OMS: stratégie OMS de coopération avec les pays, OMS, 2002.

³¹ IPMED, (2012), Op.cit.

des statistiques des investissements publics montre qu'elles sont restées presque inchangées, sauf pour les établissements hospitaliers (EH) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS), depuis 1996.(cf. tableau 2).

Tableau 2 : Evolution des infrastructures hospitalière, extra-hospitalière et privées entre 2008 et 2016.

Infrastructures Hospitalières										
	EPH (ex hopitaux des SS)		EH(Ex hopitaux des SS)		CHU		EHU		EHS	
	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre de lits	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre de lits	Nbre	Nbre de lits
2008	190	37 185	4	600	13	12 115	1	700	57	9 932
2009	192	37 565	4	608	13	12 342	1	700	61	10 475
2010	192	37 775	4	679	13	11 889	1	612	64	10 816
2011	192	37 442	4	709	14	12 171	1	710	63	10 816
2012	193	37 545	5	849	14	12 312	1	759	66	10863
2013	194	37 769	5	876	14	12 500	1	764	68	11 298
2014	196	38 015	5	926	14	12 862	1	806	71	11 499
2015	200	38 305	9	960	15	13 050	1	810	75	11 637
2016	205	41 200	9	981	15	13 254	1	815	78	12 345

Source : réalisé par nous même à partir des données du MSPRH.

Infrastructures Extra-hospitalièresz							
	EPSP	Polycliniques		Salles de soins	Maternités publiques		CMS
	Nbre	Nbre	Nbre de Lits	Nbre	Nbre	Nbre de Lits	Nbre
2008	271	1419	1988	5077	419	2812	611
2009	271	1436	2704	5258	427	2914	614
2010	271	1491	3272	5350	431	3200	616
2011	271	1551	3331	5491	437	3099	621
2012	271	1601	3314	5545	409	2996	627
2013	271	1615	3539	5634	412	3163	619
2014	271	1637	3735	5726	416	3202	622
2015	271	1659	3889	5762	415	3175	627
2016	271	1689	41011	5802	418	3425	632

Source : réalisé par nous même à partir des données du MSPRH.

	Infrastructures privées			
	Cabinets de spécialistes	Cabinets de généralistes	Cabinets dentaires	Cabines de groupe
2008	5621	6202	4717	301
2009	5904	6206	4909	335
2010	6208	6315	5105	376
2011	6457	6334	5249	402
2012	6776	6335	5368	426
2013	7226	6482	5587	446
2014	7742	6654	5928	512
2015	8352	6910	6144	600
2016	8956	7288	6850	678

Source : réalisé par nous même à partir des données du MSPRH.

Le nombre de lits d'hospitalisation a subi une augmentation continue qui vise à améliorer l'indice global de 1,88 lit par habitant. Cependant ces lits demeurent toujours sous utilisés, avec un taux d'occupation avoisinant les 75% en 2016.

La baisse des journées d'hospitalisation peut être justifiée par le développement des technologies de soins qui tendent à raccourcir le nombre de journées d'hospitalisation au profit de la médecine ambulatoire³².

La problématique de l'offre de soins en Algérie n'est pas le nombre d'infrastructures. Elle consiste surtout dans la répartition géographique et la qualité des soins de santé offerts. L'examen des données explorées par régions sanitaires révèle cette insuffisance.

Par ailleurs, les structures chargées de la prise en charge des maladies graves ou nécessitant une prise en charge spéciale, tels le cancer, l'Alzheimer, le diabète ou le SIDA, sont très pauvres lorsque l'on sait qu'il n'y a qu'un seul centre d'Alzheimer à l'échelle nationale situé à Blida. Les centres anti cancer sont au nombre de 14 avec une capacité de 1820 lits dont plus de 70% sont situés au Nord. La seule maison pour diabétique se trouve à Mostaganem et le seul institut de cardiologie à Alger. Les centres d'hémodialyse sont au nombre de 15, quant aux centres de traitement du SIDA, ils sont au nombre de 8. Bien que le pays connaisse depuis plus de 10 ans l'émergence de ces maladies, l'investissement dans les infrastructures compétentes pour leur prise en charge reste très faible (données du MSPRH pour 2015).

Le nombre de cliniques privées en Algérie est en évolution continue, passant de 222 cliniques en 2005 avec une couverture de 3821 lits, à 452 en 2016 avec 5720 lits, soit

³² Brahamia B. : Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, 18 – 19 Janvier 2014.

un taux d'évolution de plus de 100% en 11 ans (cf. tableau 3) .Cette évolution importante est due au recours massif des ménages vers le privé.

Tableau 3 : Evolution de nombre de cliniques privées en Algérie entre 2005 et 2016.

cliniques	2005	2006	2007	2014	2015	2016
cliniques médico-chirurgicales	151	161	165	-	-	-
cliniques médicales	23	23	23	-	-	-
cliniques d'hémodialyse	48	58	64	-	-	-
Total des cliniques	222	242	256	398	422	452
Total de lits	3821	4000	4116	5230	5480	5720

Source : réalisé par nous même à partir des données collectées auprès du MSPRH.

2.2.2- La couverture sanitaire par le personnel médical

A l'indépendance, l'Algérie a hérité d'un système de santé créé principalement pour couvrir les besoins d'une faible population. La France a laissé après son départ 143 hôpitaux totalisant environ 40 000 lits. Quant au personnel médical, au mois de Juillet 1962, il ne restait plus que 630 médecins sur tout le territoire national, alors que leur nombre atteignait 2500 médecins au début de la même année.³³ Face à cette situation difficile, l'Etat a pris des mesures pour l'amélioration de la couverture sanitaire. Il a procédé l'instauration du plein temps obligatoire pour le corps médical et le service civil³⁴.

Pour combler les déficits en personnel médical, l'Algérie a intensifié la formation des praticiens médicaux et paramédicaux en ouvrant de nouveaux instituts des sciences médicales.

Malgré ces efforts, la première décennie après l'indépendance a été caractérisée par une faible progression des ressources humaines et matérielles. Ce déficit est l'une des raisons de la réforme des études médicales en 1971³⁵.

Les résultats des efforts de la formation des prestataires de la santé ont été conséquents. L'Algérie recèle aujourd'hui des ressources humaines importantes.

A- Les médecins

L'évolution du nombre des médecins au cours de ces vingt dernières années se caractérise par une croissance rapide notamment dans le privé où leur nombre est proche désormais de celui des médecins dans le secteur public. Ce nombre est passé de

³³ Foudi B. : La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire de magister en Sciences Economiques, université de Béjaia 2011.

³⁴ Le service civil consistait à affecter les nouveaux médecins dans les établissements sanitaires.

³⁵ Brahamia B. : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.

16 688 en 1995 à 56 582 médecins en 2016. Il a été multiplié par plus de 3 en l'espace de 21 ans.

L'encadrement sanitaire s'est beaucoup amélioré. En 1990, on comptait 1 médecin pour 1102 habitants mais en 2016, le ratio s'est nettement bonifié à 1 médecin pour 569 habitants (cf. tableau 5).

Le nombre de médecins exerçant dans le privé prend de plus en plus d'ampleur. Il est passé de 7 478 en 1995 (soit un taux de 30,94 % médecins praticiens) à 20 402 médecins en 2016 (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Répartition du personnel médical selon le secteur d'exercice entre 1995 et 2016.

	Médecins		Chirurgiens dentistes		Pharmaciens		Ensemble	
	public	privé	Public	Privé	public	privé	public	privé
1995	16 688	7 478	5 583	2 473	508	3 183	22 779	13 134
2000	22 007	10 325	4 851	3 346	227	4 587	27 085	18 258
2001	22 878	10 776	4 828	3 580	198	4 778	27 904	19 134
2002	23 967	11 401	4 871	3 747	203	4 995	29 041	20 143
2003	24 883	11 464	4 847	3 804	203	5 502	29 933	20 770
2004	25 738	11 982	4 855	3 987	222	5 860	30 815	21 829
2006	26 970	12 489	4 956	4 728	258	7 009	32 184	24 226
2008	34 802	13 193	5 846	4 803	506	7 513	41 154	25 509
2009	38 441	13 630	6 118	5 017	621	7 882	54 180	26 529
2010	41 954	14 255	6 410	5 223	752	8 329	49 116	27 807
2011	45 108	14 510	6 696	5 396	824	8 764	52 628	28 670
2012	48 212	15 322	6 981	5 441	994	9 177	56 187	29 940
2013	50 325	15 913	7 195	5 587	1 018	9 520	58 538	31 018
2014	52 306	16 770	7 240	5 928	1 284	9 794	60 830	32 492
2015	54 953	18 478	7 261	6 384	1 501	9 974	63 715	34 836
2016	56 582	20 402	7 305	6 828	1 682	11 089	65 569	38 319

Source : réalisé par nous même à partir des données de l'ONS.

B- Les dentistes

Le nombre total de chirurgiens dentistes a augmenté de façon limitée au cours des vingt dernières années. Leur poids au sein des praticiens est passé de plus 22% en 1990 à 13,6% en 2016. Avec un taux d'évolution de 75,43 % entre 1995 et 2016, ils assurent un encadrement de 1 dentiste par 3 498 habitants en 2016 (cf tableau 5).

Concernant les structures privées, il existait, en 2013, 6 828 cabinets dentaires et 3 cliniques privées. La réhabilitation prothétique, en général, et l'implantologie orale, en particulier sont devenus aujourd'hui, une question médicale adaptée et nécessaire.

C -Les pharmaciens

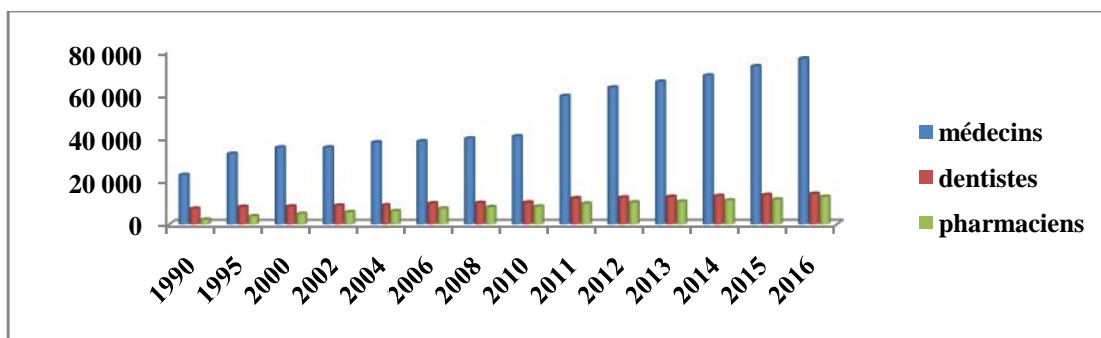
La couverture de la consommation médicamenteuse algérienne par les pharmaciens a enregistré une amélioration importante, passant de 1 pharmacien pour 11 731 habitants en 1990 à 1 pharmacien pour 3 161 habitants en 2016 (cf. figure 1).

Malgré les résultats obtenus et l'amélioration de la situation de la population et de la couverture sanitaire, le système de soins ne s'est pas adapté aux nouveaux besoins de santé de la population, induits par les changements démographiques importants et les nouveaux modes de vie qui les ont modifiés.

L'insatisfaction du citoyen renvoie à des problèmes réels mais dont l'origine est multiple, et différent, en partie selon qu'il s'adresse au secteur privé ou public. Le secteur public de soins, qui assure notamment l'essentiel des prestations, est le plus visé.

Nous remarquons que le nombre de praticiens est très important et en continuelle évolution mais reste à notre sens insuffisant face à la demande de soins de plus en plus importante. Nous pensons aussi que le nombre de médecins spécialistes ne couvre pas la totalité de la demande (plusieurs régions, notamment rurales, ne disposent pas de médecins dans certaines spécialités et non plus de pharmacie, et la prise de rendez-vous pour une consultation chez un spécialiste peut prendre plusieurs semaines voire même davantage dans certains cas).

Figure 1 : Evolution de l'encadrement médical en Algérie entre 1990 et 2016



Source : réalisé par nous même à partir des données du tableau 5.

Tableau 5 : Evolution de la démographie médicale en Algérie entre 1990 et 2016

Années	population	Praticiens			Indice de couverture					
		médecins	dentistes	pharmaciens	médecin/ habitants	Ev%	dentiste/ habitants	Ev %	pharmacien/ habitants	Ev %
1990	25 022 000	22 716	7 189	2 133	1 102	-	3 481	-	11 731	-
1995	28 292 000	32 469	8 056	3 691	871	-20	3 512	0,9	7 665	34,66
2000	30 416 000	35 368	8 225	4 814	859	-1,37	3 698	5,29	6 318	-17,5
2002	31 442 000	35 368	8 616	5 620	888	-3,37	3 649	-1,32	5 594	-11,5
2004	32 396 000	37 720	8 842	6 082	858	-3,37	3 663	0,38	5 326	-4,01
2006	33 481 000	38 520	9 684	7 267	869	-1,28	3 457	-5,62	4 607	-13,5
2008	34 591 000	39 854	9 898	7 982	867	-0,23	3 494	1,15	4 333	-5,94
2010	35 978 000	40 857	10 106	8 232	880	-1,49	3 560	1,88	4 370	0,85
2011	36 717 000	59 618	12 092	9 588	616	-30	3 036	-14,71	3 829	-12,4
2012	37 495 000	63 534	12 422	10 171	590	-4,22	3 018	-0,59	3 686	-3,73
2013	38 297 000	66 236	12 782	10 538	578	-2,03	2 996	-0,72	3 634	-1,41
2014	39 114 000	69 076	13 168	11 078	566	-2,07	2 970	-0,87	3 531	-2,83
2015	39 963 000	73 421	13 645	11 475	544	-3,88	2 929	-1,38	3 483	-1,36
2016	40 400 000	76 984	14 133	1 2771	569	-4,59	3 498	19,42	3 161	-9,24

Source : réalisé par nous même à partir des données collectées auprès de l'ONS et du MSPRH.

Ev (%) : Représente le taux d'évolution indiciaire.

2.3- Le système de sécurité sociale algérien

La couverture sociale est gérée par 3 caisses nationales sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'emploi et de la Sécurité Sociale, à savoir la Caisse Nationale d'Assurance Sociale des travailleurs salariés (CNAS), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non Salariés (CASNOS) et la Caisse Nationale de Retraite (CNR).

Le régime de protection sociale couvre les risques sociaux (maladie, maternité, invalidité, décès, etc.) ; la retraite ; les accidents du travail et les maladies professionnelles ; les prestations familiales ; l'assurance chômage et la retraite anticipée.

En principe, tous les Algériens bénéficient d'une couverture maladie. Le système de sécurité sociale prend en charge les personnes qui remplissent les critères d'assujettissement. Il existe deux caisses d'assurance maladie : la CNAS et la Caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés (CASNOS).

La CNAS couvre les salariés, leurs ayants droit et certaines catégories de la population qui lui ont été rattachées par la loi (étudiants, handicapés sans activité professionnelle et bénéficiaires du soutien de l'Etat aux démunis). Plus de 11 millions de personnes sont affiliées à la CNAS, dont plus de 6 millions d'assurés actifs en 2016 (cf. tableau 6) .

L'activité de la CNAS est financée, à titre principal, par une partie des 34,5% de cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés.

La CASNOS, quant à elle, couvre les travailleurs indépendants et leurs ayants droit (commerçants, artisans, agriculteurs, professions libérales...). Le taux de cotisation est de 15%, dont 7,5% reviennent à la branche maladie.

Tableau 6 : Evolution du nombre d'assurés sociaux entre 2000 et 2016

	2000	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Nombre d'assurés sociaux à la:							
CNAS	5 271 839	6 756 271	8 312 826	9 917 243	10 626 369	11 342 779	11 971 879
CASNOS	330 869	291 776	374 439	533 679	582 223	643 997	704 886

Source : réalisé par nos soins à partir des données du MTESS.

Le panier de soins pris en charge par les caisses est défini de façon très large, si bien qu'il inclut quasiment tous les soins curatifs et préventifs possibles (Loi du 2 juillet 1983 sur les assurances sociales). Les caisses couvrent l'ensemble des soins délivrés dans les structures publiques à leurs affiliés par l'intermédiaire du "forfait hôpitaux". Les soins reçus dans le privé et les médicaments remboursables, quant à eux, sont remboursés à hauteur de 80% des tarifs réglementaires. Dans certains cas - maladies chroniques, hospitalisation supérieure à 30 jours, retraités touchant une faible pension...-, le taux est porté à 100%. Toutefois, les tarifs réglementaires n'ont pas été revus depuis 1987. Leur montant est aujourd'hui très inférieur aux tarifs pratiqués dans le privé, si bien que les remboursements de la sécurité sociale ont une valeur quasiment "symbolique".

Enfin, les démunis qui ne sont pas rattachés à la CNAS sont pris en charge directement par l'Etat (ministère de l'emploi et de la solidarité nationale). Leurs dépenses de soins sont couvertes par la part de la dotation de fonctionnement des établissements, financée par l'Etat (voir ci dessous). Aucun panier de soins n'est défini et tous les soins dispensés dans le secteur public sont pris en charge. En revanche, les dépenses que pourraient supporter les démunis dans le secteur privé ne sont pas remboursées par l'Etat.

3- Le financement du système de santé algérien

Le financement du système de santé constitue, dans tous les pays, une question particulière qui occupe les pouvoirs publics. En Algérie, le budget de fonctionnement du secteur est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances, avec une contribution de l'Etat, une contribution des caisses de la sécurité sociale qui varie d'une année à l'autre et, enfin, avec une participation des usagers. Une fois octroyé dans ce cadre, ce budget est réparti entre les établissements placés sous la tutelle du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Cette répartition est finalisée au terme d'une concertation entre les

directeurs d'établissements du secteur de la santé et la direction centrale concernée. Quant au budget d'équipement, il est assuré par l'État pour ce qui est du secteur public.

Le financement de la santé en Algérie est passé par deux étapes principales : la période de la gratuité des soins et la période des réformes à nos jours.

- **La Période de 1974-1988** : l'Etat et les collectivités locales interviennent à hauteur de 60% dans les dépenses de santé au niveau des structures hospitalières. Les malades démunis qui constituent la quasi-totalité des patients sont pris en charge gratuitement. Le remboursement de leur prise en charge est assuré à 85% par le trésor public, le reste est assumé par les caisses de solidarité des communes³⁶.

La caisse de sécurité sociale prend en charge le remboursement des soins d'une partie des salariés et de leurs ayants droit. Elle participe au financement du secteur hospitalier sur la base d'un remboursement forfaitaire de 30% du prix de journée.

Les personnes autonomes en matière de prise en charge sont les professions libérales, les petits industriels, agriculteurs, et les commerçants qui règlent directement leurs dépenses de santé. Leur participation ne représente que 10% des dépenses de santé.

- **La période de 1985-1993** a été marquée par un désengagement relatif de l'Etat et l'adoption d'un nouveau mode de financement qui est le budget adopté par le gouvernement. En 1987, la sécurité sociale finançait près de 65% du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. Par contre, la part de l'Etat est passée de près de 77% en 1974 à environ 20% en 1989³⁷. C'est ainsi que la sécurité sociale est devenue la source principale de financement des dépenses nationales depuis le dé plafonnement de l'assiette de cotisations.
- **Période de contribution des ménages et des réformes (1988 à nos jours)** : cette période est caractérisée par une crise économique marquée par l'application d'un plan d'ajustement structurel comme solution pour la problématique du financement.

Selon le rapport d'IPEMED (2012), une série de réformes ont été engagées visant à :

- réviser de la gratuité des soins et la prédominance du secteur public ;
- lever du blocage institutionnel du privé (croissance rapide et anarchique) ;
- démonopoliser le marché des médicaments / équipements médicaux ;

³⁶ Oufriha F.-Z. : L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie, CREAD, n°13, 1er trimestre 1988.

³⁷ Oufriha F.-Z. : Les réformes du système de santé en matière de financement , CREAD, 2009.

- La participation financière progressive des usagers.
- **Contribution des ménages :** la participation des ménages au financement des services de soins a suivi plusieurs étapes :
 - Depuis 1985 : arrêt de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire ;
 - Depuis 1986 : participation des usagers à hauteur de 20% du coût des examens, explorations et analyses ;
 - Depuis janvier 1995: participation des usagers à hauteur de 50 DA (CG), 100 DA (CS) et 100 DA (JH) ³⁸avec des exemptions (enfants, malades chroniques, personnes âgées, moudjahidines, chômeurs, personnel de santé..).

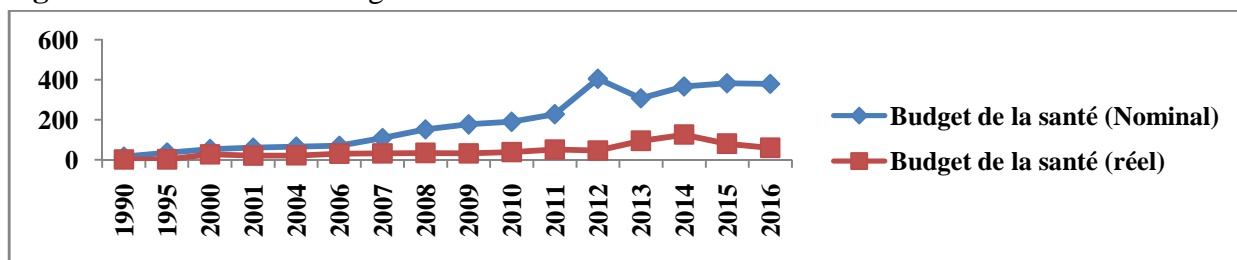
Le budget de la santé n'a cessé d'évoluer depuis 1990. En effet, il est passé de plus de 16 milliards de DA en 1990 (près de 1 milliard de DA en valeur) à près 380 milliards de DA en 2016 (59,3 milliards de DA en valeur) soit une multiplication par 23 en l'espace de 26 ans (cf. figure 2). Ce budget représente en 2010 près de 2,95% de budget global de l'Etat et 1,57% du PIB, contre respectivement 10,79 % et 1,88% en 1990. (cf. tableau 7) .

Tableau 7 : Evolution de budget de la santé en Algérie entre 1990 et 2016
(en milliards de DA)

	1990	1995	2000	2001	2004	2006	2007	2008	2009	2010
Budget global de l'Etat	149,5	438	965,32	948,8	3257,3	3575	3946,7	4882	5475	6469
Budget de la santé (nominal)	16,14	35,9	53,34	61	65,32	70,31	108,12	151,7	176,9	189,9
Budget de la santé (réel)	0,97	1,39	26,67	20,33	21,07	30,43	30,89	33,71	31,03	37,97
PIB	858,45	1955	4099	4227	6135	8460	9389	11090	10034	12049
Part du budget de la santé dans le budget de l'Etat(%)	10,79	8,2	5,52	6,4	2,005	1,966	2,739	3,107	3,231	2,934
Part du budget de la santé dans le PIB (%)	1,88	1,8	1,3	1,44	1,06	1,15	1,15	1,36	1,76	1,57
Taux d'évolution du budget de la santé en % (base 1990)		34,9	52,34	60	64,32	69,31	107,12	150,7	175,9	188,9
	2011	2012	2013	2014	2015	2016				
Budget de la santé (Nominal)	227,85	404	306,92	365,9	381,97	379,4				
Budget de la santé (Réel)	50,63	45,5	94,43	125	79,91	59,3				

Source : tableau réalisé par nous même à partir des données collectées auprès du MSPRH.

Figure 2 : Evolution du budget de la santé entre 1990 et 2016.



Source : réalisé par nous même à partir des données du tableau 7.

³⁸ CG : Consultation chez un Généraliste, CS : Consultation chez un Spécialiste, JH : Journée Hospitalière.

4- La consommation de médicaments en Algérie

En Economie, la consommation suit le raisonnement suivant : l'offre et la demande (cette dernière étant la source de l'acte de consommation) se rencontrent sur un marché réel ou virtuel. Le prix sera le signal permettant l'échange entre les acteurs en présence. Ce schéma suppose donc leur interdépendance.

Or, dans l'économie de la santé, le rapport de force entre les offreurs et les demandeurs est inégal. En effet, sur ce marché, l'offre exerce une certaine domination (de part les compétences et les connaissances dont elle dispose) sur les « consommateurs », rendant ainsi les conditions de l'échange faussées. Par conséquent, le schéma de l'économie classique ne peut être appliqué dans ce domaine et il n'existe pas de marché médical au sens propre³⁹. Dans la majorité des cas, le choix ne revient pas au malade mais au médecin-prescripteur qui décide de la consommation nécessaire (acte opératoire, examens biologiques de labo, examens radiologiques...). Le recours à la consommation médicale relève plus pour le malade de la nécessité que du désir.

Le passage de la demande à la consommation est largement tributaire des moyens. Pour que les besoins de soins ressentis et demandés soient suivis d'une consommation médicale, il faut que les moyens médicaux soient suffisants. Il ne faut cependant pas négliger les besoins ressentis et exprimés, entraînant une consultation médicale mais dont les prescriptions médicales ne sont pas suivies.

4.1- Les facteurs de variation de la consommation de médicaments : Ces facteurs peuvent être résumés comme suit⁴⁰ :

- Les facteurs médicaux et les progrès des connaissances médicales ;
- Les progrès des techniques de la médecine ;
- Les facteurs épidémiologiques : depuis quelques décennies, il existe une évolution de la morbidité qui est de plus en plus dominée par les maladies de civilisation au dépend, notamment, des maladies infectieuses. La prise en charge de ces affections, tant diagnostique que thérapeutique, s'avère de plus en plus onéreuse ;
- Les facteurs socioéconomiques : -L'âge: les besoins et les dépenses médicaux sont maximaux aux 2 extrêmes, ils sont importants chez le nourrisson, décroissent rapidement pour atteindre un minimum autour de 10 ans puis augmentent régulièrement avec l'âge. - Le sexe : Les besoins et les dépenses médicaux semblent plus importants chez les femmes depuis 15 ans jusqu'à la ménopause, notamment à cause de la maternité et la contraception. Passé cet âge, les femmes sont moins souvent hospitalisées que les hommes jusqu'à 70 ans où les

³⁹ Bertrand.D. : Consommation médicale et économie de la santé » in : Revue du praticien, n°53, Paris, 2003.

⁴⁰ Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part des médicaments dans les dépenses d'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaia, mémoire de magister en Sciences Economiques, option économie de la santé, université de Béjaia, 2009.

différences s'atténuent. - La catégorie socioprofessionnelle : niveau de vie, niveau d'instruction, situation géographique, extension du champs de la médecine avec la médicalisation de toute une série de problèmes sociaux qui lui échappent auparavant (inadaptation scolaire, délinquance, toxicomanie, alcoolisme....), couverture sociale.

4.2- L'évolution de la consommation de médicaments en Algérie

La consommation algérienne de médicaments se résume en 12 classes thérapeutiques⁴¹ qui détiennent le marché avec une prépondérance des trois premières classes à savoir : Anti-infectieux, Nutrition et Diabétologie, Cardiologie avec plus de 50% en 2015 (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Consommation médicamenteuse par classe thérapeutique (en %).

Classes thérapeutiques	2004	2006	2013	2015
Anti-infectieux,	15,5	17	19	20
Nutrition, diabétologie,	8	22	18	18,5
Cardiologie	4,1	8,5	14	15

Source : Données du MSPRH.

La consommation de médicaments a connu une ampleur considérable ces dernières années, avec une croissance continue de la consommation jusqu'à 1995 due à l'importation massive du médicament (avec un taux d'évolution de 78% entre 1992 et 1995), cette importation résultant des appels d'offre durant la période 1992-1995. Mais entre 1996 et 1998, une baisse de la consommation a été enregistrée en raison de la baisse du pouvoir d'achat et le phénomène de l'inflation qu'a vécue l'Algérie. Depuis 1999, cette consommation ne cesse d'augmenter. Elle est passée de 687 millions de dollars en 1999 à 3,34 milliards de dollars en 2015 dont 1,41 milliard de dollars pour la production locale. Elle a été multipliée par 5 durant cette période (cf tableau 9).

Cette augmentation importante de la consommation est la résultante de plusieurs facteurs, à savoir :

- La multiplication des infrastructures sanitaires, et la gratuité des soins ;
- L'extension du réseau de distribution de médicaments ;

⁴¹ (Anti-infectieux), (Gastro-entérologie), (Antalgiques), (Anti-inflammatoire), (pneumologique, Métabolisme), (nutrition, diabétologie), (Endocrinologie hormones), (psychiatrie), (Cardiologie), (Rhinologie), (Dermatologie), (Ophtalmologie),

- Le développement de la couverture sociale de la population (plus de ¾ de la population couverte par la sécurité sociale) ;
- La croissance démographique élevée et l'élévation du niveau de vie ;
- Le phénomène d'automédication.
- La mauvaise hygiène et des habitudes alimentaires bouleversées, d'où l'importance de l'éducation diététique et de la prévention (travaux de L. Fellah sur la prévention)

Cette surconsommation médicamenteuse algérienne peut être aussi expliquée par le gaspillage : les médicaments achetés et, encore plus, ceux qui sont prescrits ne sont pas toujours consommés (exemple: le gaspillage de 70 millions d'euros suite à l'importation abusive de Tamiflu, vaccin antigrippal, par certains opérateurs ayant bénéficié de lignes de crédits financiers du ministère des Finances⁴²). Trois raisons peuvent expliquer ce phénomène :

- Les individus achètent souvent plus de médicaments que ce dont ils ont besoin et ils les gardent chez eux.
- Les quantités de produits par emballage dans les différents types de présentation mis sur le marché par l'industrie pharmaceutique sont souvent supérieures à la dose thérapeutique normalement prescrite par le médecin.
- Selon les statistiques publiées dans la revue Ménagement et population en Algérie (n°8, 1^{er} trimestre, 2009) 35% des malades abandonnent en cours de traitement les médicaments qui leur sont prescrits. Selon la même source, la surconsommation en médicaments est non seulement un gaspillage mais un danger pour la santé (le cas de la consommation excessive d'aspirine par les Algériens, la plupart des cas d'hémorragies digestives sont dus à une intoxication imputable à l'aspirine).

Au Maroc, pour une population de même importance, les quantités de médicaments consommées sont 3,3 fois moindres que celles consommées en Algérie, en raison de trois facteurs principaux :⁴³

- En 2015, seulement 35% des Marocains sont assurés et ont accès régulièrement aux services de santé⁴⁴ (après l'adoption de régime de l'AMO en 2006, et du RAMED en 2007), contre plus 80% de couverture en Algérie.
- En 2015, le nombre de prescripteurs marocains est 2 fois inférieur à celui de l'Algérie (selon les données de la Banque Mondiale, en 2015, en dénombre 23 031 au Maroc, 53 029 en Algérie).
- La couverture sanitaire au Maroc est plus faible qu'en Algérie.

⁴² healthnet : Le médicament en Algérie, 2006. In : <http://list.healthnet.org/mailman/listinfo/e-med> . Consulté le 14/08/2010.

⁴³ Direction du Médicament et de la Pharmacie : La protection Juridique du consommateur du médicament au Maroc, D.M.P., 2009.

⁴⁴ <http://www.leseco.ma/maroc/42172-protection-sociale-un-taux-de-couverture-encore-faible.html>

Malheureusement, les pays qui sont tous consommateurs de médicaments à des degrés divers n'en sont pas tous producteurs. Ceux dont le déficit de production est partiel ou total se trouvent astreint à des importations plus ou moins massives, plus ou moins onéreuses.

Tableau 9 : Evolution de la consommation nationale de médicaments entre 1992 et 2016

(En milliards de dollars)

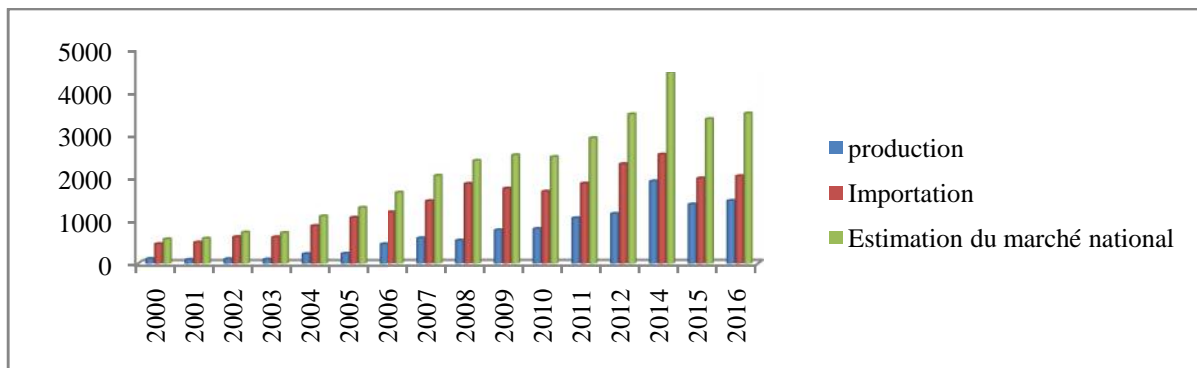
Année	1992	1994	1995	1996	1998	1999	2000	2004	2005	2006	2009	2012	2015	2016
Consommation pharmaceutique	0,374	0,57	0,666	0,438	0,38	0,68	0,441	1,13	1,41	1,78	1,64	3,45	3,34	3,45
Taux d'évolution (%)	-	54	15	-34	-13	80	-35	157	25	25	-8,12	110	- 3,18	3,29
Population (en millions d'habitants)	26,27	28,5	28,06	28,56	29,5	30,2	30,70	32,3	32,8	33,2	35,26	37,9	39,9	40,4
C°/habitant (en dollars)	14	20	23	15	13	23	14	35	43	53	47	91	83,7	85,4

Source : Mahfoud (2009) , données de la Banque Mondiale, IPMED(2013).

➤ La couverture de la consommation de médicaments en Algérie

Malgré la diversification du secteur de la production du médicament en Algérie et les mesures prises par les pouvoirs publics pour encourager et promouvoir le générique, la production pharmaceutique reste limitée et insuffisante face à la demande qui ne cesse de prendre de l'ampleur. Le recours à l'importation de médicaments permet de remédier au dysfonctionnement sur le marché.

Figure 3 : Evolution de la part de la production du médicament en Algérie sur le marché entre 2000 et 2016 (en millions de dollars)

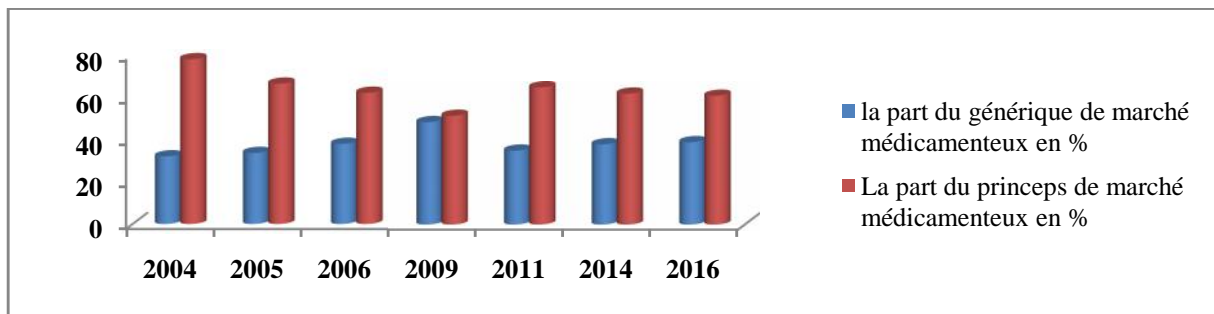


Source : réalisé par nos soins à partir des données d'IPMED(2013) et www.commerce.gov.dz.

La figure 3 permet d'appréhender l'importance actuelle, en termes financiers, du marché national du médicament, par addition de la production nationale et des importations de produits finis. L'examen de ces données permet d'observer les effets suivants :

- La taille du marché national du médicament connaît une croissance significative, particulièrement marquée au cours de la dernière décennie : sa valeur est passée de plus de 568 millions de dollars en 2000 à 3,47 milliards de dollars en 2016. Cette valeur a été multipliée par 6 en espace de 16 ans.
- La production locale a enregistré une croissance limitée, comparée à l'importation, durant la période considérée (passant de 111,44 millions de dollars, soit 20% du marché, à plus de 1,45 milliards en 2016, soit 42% du marché national). L'importation croît à un rythme plus rapide et profite plus nettement de l'élargissement de la taille du marché, elle atteint en 2016, 2,02 milliards de dollars soit, en termes physiques, 23 614,2 tonnes⁴⁵.
- La part de la production locale enregistre plus de 14% du marché national en 2003 (soit plus de 100 millions de dollars), 28% en 2006 (soit 455 millions de dollars) et 42% en 2016 (1 450 millions de dollars). Ainsi, Sidal est la principale entreprise de production de médicaments. Ce groupe détenait en 2011 plus de 7 % de l'offre sur le marché, avec une production de 180 médicaments sous 20 classes thérapeutiques et l'ambition d'atteindre 30% en 2015⁴⁶.

Figure 4 : Evolution de la part du générique dans le marché médicamenteux algérien (en %) entre 2004 et 2016.



Source : réalisé par nos soins à partir de : IPEMED(2013), www.commerce.gov.dz.

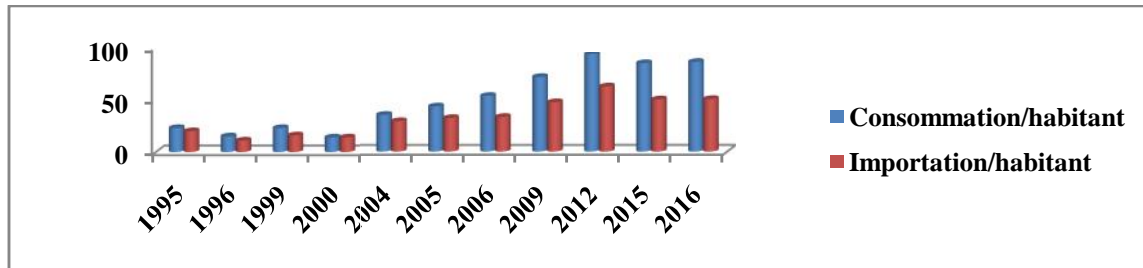
L'encouragement de la consommation du médicament générique est l'un des moyens utilisés dans de nombreux pays pour réduire la facture pharmaceutique, en stimulant une consommation à bas prix unitaire. En Algérie, de nombreuses mesures d'encouragement à la production et à la commercialisation de génériques ont été prises. Ainsi, comme l'indique la figure 4, le médicament générique ne cesse de prendre de l'ampleur sur le marché

⁴⁵ UNOP. La facture d'importation des médicaments explose, UNOP, 2016. In : www.unop-dz.org.

⁴⁶ Ministère de l'Industrie, de la Petite et Entreprise et de la Promotion de l'investissement : Revue du Secteur Public marchand industriel, n°1, 1^{er} trimestre, 2013.

médicamenteux, d'une année à une autre. Il occupe 39% du marché en 2016, contre 21% seulement en 2004.

Figure 5 : Le niveau de couverture de la consommation pharmaceutique par les importations.



Source : réalisé par nos soins à partir des données du tableau 9 et de la figure 3.

La figure 5 indique que la consommation de médicaments en Algérie est couverte en grande partie par les importations. En réalité, le recours à l'importation est indispensable puisque la production nationale est limitée et insuffisante pour répondre aux besoins sans cesse croissants des consommateurs algériens. Pour autant, la part des importations dans le marché pharmaceutique a connu un recul ces dernières années, passant de 80% en 2000 à 67% en 2012 et à 58% en 2016 (cf. Figure 3).

En matière d'approvisionnement de médicaments, la France reste le principal partenaire, avec plus de 60% du marché en 2012⁴⁷.

Le système national de la santé consacre annuellement une part importante des ressources mobilisées, à l'achat de médicaments et biens médicaux en tant que bien de consommation finale par le patient.

En moyenne, les médicaments représentent chaque année 25% (1/4) des dépenses nationales de santé DNS⁴⁸. Cette forte évolution de la dépense médicamenteuse tire son origine essentiellement de la forte dépendance de l'étranger en matière de médicaments et même en matières premières nécessaires à la production locale. Quand à l'élévation du niveau de la consommation, elle est engendrée par l'accroissement des effectifs médicaux (prescripteurs) et l'extension des structures de distribution de soins et de médicaments.

Les dépenses de la sécurité sociale croissent rapidement d'une année à une autre. Elles sont passées de plus de 64 milliards de DA en 1999 à plus de 309 milliards de DA en 2016 (elles ont été multipliées par 4,82 en espace de 17 ans). Quant à la part du médicament, elle est passée de près de 17 milliards de DA en 1999 à 170 milliards de DA en 2016.

⁴⁷ Mahfoud N. et Brahamia B. Evaluation de la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses d'assurance maladie en Algérie. Séminaire national sur l'évaluation économique en santé .2012

⁴⁸ Mahfoud N : Essai d'analyse de la part des dépenses de médicament dans les dépenses d'assurances maladie en Algérie et le phénomène de déremboursement : Cas de la wilaya de Béjaia, mémoire de magistère en Economie de la santé et Développement Durable, Université de Béjaia, 2009.

Les dépenses de remboursement des médicaments n'ont pas cessé de prendre de l'ampleur dans les dépenses totales de la sécurité sociale en Algérie. En 2004, plus de 55% de ses dépenses sont consacrées au remboursement des médicaments. Mais ce taux a baissé en 2006 et 2007, soit respectivement 37% et 45% pour dépasser les 55 % à nouveau en 2016 (cf. tableau A).

Ce ralentissement est dû essentiellement à la mesure de remboursement sur la base du tarif de référence, envisagée depuis 2006, ainsi que l'ampleur de phénomène de déremboursement de médicaments. Ces mesures ont été prises par le MTESS pour réduire la facture de médicaments qui revient chère d'une année à une autre.

Tableau A : Evolution de la part du médicament dans les dépenses de la sécurité sociale en Algérie (en milliards de DA)

Années	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2011	2013	2014	2015	2016
Dépenses totales de la SS	64,46	68,17	50,8	59,22	69,61	80,01	135	141	186	280	300	315	309
Dont les médicaments	16,95	21,18	24,12	27	35,31	44,13	50,51	64	110	152,6	166,4	176,6	170
% part rapport aux dépenses totales de S.S.	26,3	31,06	47,48	45,6	50,72	55,15	37,41	45,53	59,11	54,5	55,4	56	55

Source : N. Mahfoud (2009), B. Brahamia (2014) et données du MSPRH.

➤ Les dépenses du tiers payant en Algérie

Le nombre d'officines conventionnées avec la CNAS ne cesse d'évoluer. Il était de 2 773 officines en 2002 et a plus que triplé en l'espace de 13 ans, passant à 10 502 officines en 2015 et à 10 800 officines en 2016. Quant au nombre d'ordonnances servies par ces officines, il s'élève à 9,5 millions en 2004 avec un coût moyen par ordonnance de 2 003 DA pour passer à 48 millions ordonnances en 2012 et à 60 millions en 2016. Cette procédure du tiers payant a coûté à la CNAS en 2007 plus de 46 milliards de dinars et près de 97 milliards de DA en 2011 (Mahfoud N., Brahamia B. 2014 et données du MTESS)

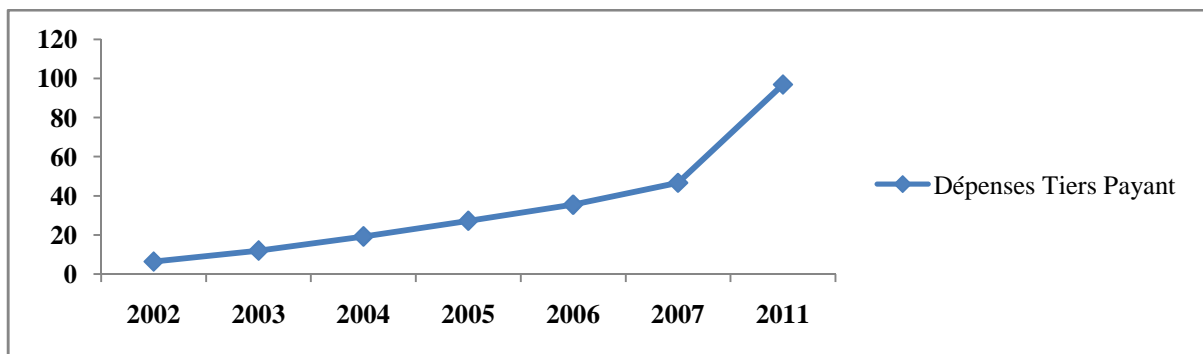
Les dépenses de tiers payant ne constituaient en 2002 que 25% de l'ensemble des dépenses des produits médicamenteux de la CNAS, mais ce taux dépasse les 70% de ces dépenses en 2007 et atteint 88% en 2011. Ces évolutions sont dues essentiellement à la prévalence des maladies chroniques prises en charge par la sécurité sociale, notamment ces dernières années (Cf. tableau B).

Tableau B: Evolution des dépenses du tiers payants en Algérie entre 2002 et 2016 (en milliards de DA)

Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2011	2015	2016
Dépenses Tiers Payant	6,39	11,98	19,22	27,18	35,44	46,61	96,8	-	-
Taux d'évolution (%)	-	87,50	60	41	30	31	107	-	-
Nombre d'officines conventionnées	2773	3774	4872	6968	-	-	8600	10502	10800
Nombre Ordonnances réglées (millions)	4,95	7,13	9,59	11,72	13,59	16,07	39,02	58	60
Coût / ordonnance	1 290	1 678	2 003	2 318	2 606	2 901	-	-	-
Dépenses de tiers payants par rapport aux dépenses totales médicamenteuses	25%	35%	45%	53%	69%	72%	88%	-	-

Source : Mahfoud N. , Brahamia B. 2014,Op. cit. et données du MTESS.

Figure A: Evolution des dépenses de tiers payants en Algérie entre 2002 et 2011 en milliards de DA.



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau 16.

III- EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN A TRAVERS LES INDICATEURS DE SANTE : ETUDE COMPARATIVE AVEC LES PAYS DU MAGHREB

Les systèmes de santé des trois pays ont été hérités de l'ancienne puissance coloniale et se sont développées afin de répondre au mieux aux besoins des populations, même si les efforts d'investissement ont été différents en fonction des moyens et des orientations politiques de chaque pays.

Aujourd'hui, les pays du Maghreb font face à des attentes fortes de leurs populations qui demandent l'accès aux soins de qualité au moindre coût, ainsi qu'une plus grande participation des usagers et des professionnels à la gouvernance des systèmes de santé. Les gouvernements doivent y répondre tout en maîtrisant les dépenses de santé qui se sont

considérablement intensifiées du fait, notamment, de l'accroissement des nouvelles pathologies émergentes.

Le Maroc, la Tunisie et l'Algérie présentent des structures politiques, des modes de légitimation du pouvoir et des choix de développement différents. L'organisation sanitaire de ces trois pays, malgré un profil épidémiologique assez semblable, est relativement différente, tant au plan du financement des soins médicaux que des modalités de leur production et de leur distribution.

L'objectif de cette section est de situer le système de santé algérien dans les pays du Maghreb à travers l'étude des différents indicateurs de la santé.

1-L'espérance de vie

La diminution de la mortalité infantile et celle de la mortalité générale (cf. tableaux 13 et 14) affecte directement le niveau de l'espérance de vie à la naissance, qui passe de 67 ans en 1990 à 75 ans en 2014, soit un gain de 8 ans en l'espace de 24 ans.

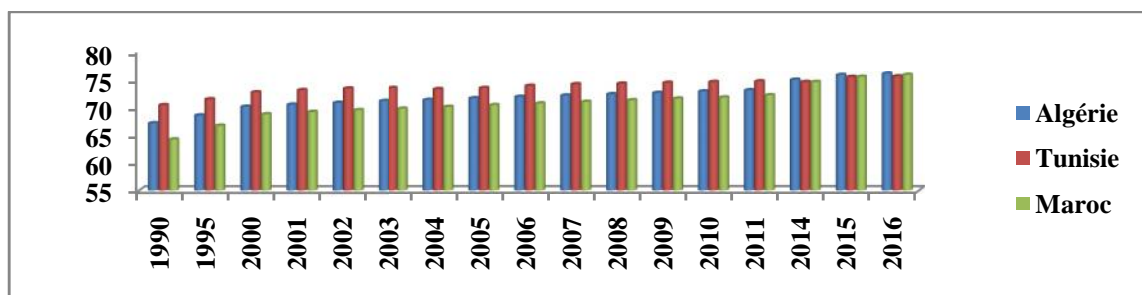
L'espérance de vie en Algérie est passée de plus de 67 ans en 1990 à 76,11 ans en 2016, soit un accroissement de plus de 13 % en l'espace de 26 ans. Cette amélioration est le résultat de plusieurs facteurs à savoir : l'amélioration des revenus, le changement de mode de vie, le progrès médical, l'éradication de plusieurs maladies, l'amélioration de la prise en charge et de généralisation de la couverture médicale notamment (cf. tableau 10)

Tableau 10 : Evolution de l'espérance de vie dans les pays du Maghreb entre 1990 et 2016.

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015	2016
Algérie	67,06	68,47	70,02	70,4	70,73	71,06	71,36	71,65	71,91	72,15	72,39	72,62	72,9	73,1	75	75,86	76,11
Tunisie	70,31	71,35	72,6	73	73,3	73,5	73,3	73,5	73,9	74,2	74,3	74,45	74,6	74,7	74,6	75,5	75,6
Maroc	64,15	66,61	68,68	69,1	69,42	69,77	70,1	70,42	70,72	71,01	71,31	71,59	71,8	72,2	74,6	75,52	75,88

Source : réalisé par nous -même à partir des données de la Banque Mondiale.

Figure 6 : Comparaison de l'espérance de vie entre les pays du Maghreb.



Source : réalisé par nous-même à partir du tableau 10.

L'espérance de vie des femmes algériennes s'est beaucoup améliorée, passant de plus de 68 ans en 1990 à plus de 77 en 2016, soit un gain de 9 ans en l'espace de 26 ans. Les Tunisiennes vivent autant que les Algériennes mais plus longtemps que les Marocaines. En 1990 elles présentaient une espérance de vie de 72 ans (3,76 ans de plus qu'en Algérie et 5,98 ans de plus qu'au Maroc). En 2016, les Tunisiennes et les Algériennes vivent 1 an de plus que les Marocaines.

De même, l'espérance de vie des hommes algériens a augmenté depuis 1990. Elle est passée de 65,86 ans à plus de 74 ans en 2016 (cf. tableau 11).

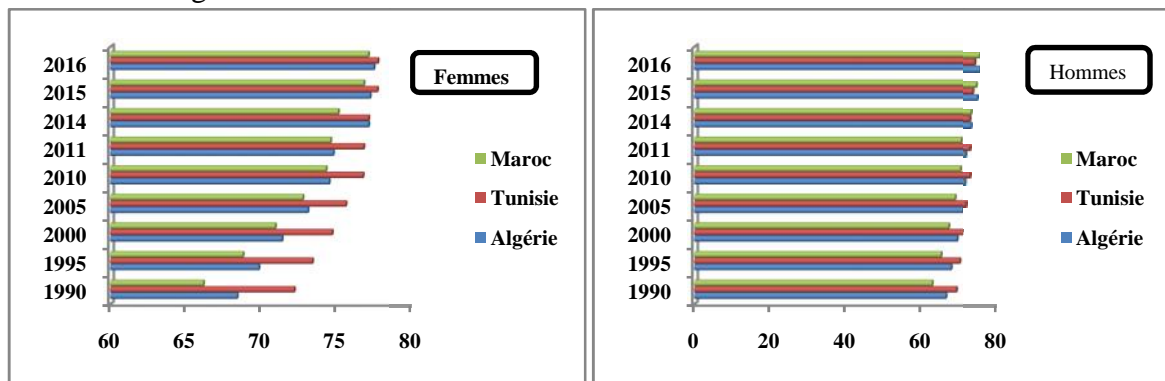
La figure 7 permet d'effectuer la comparaison de l'espérance de vie des deux sexes, classant ainsi la Tunisie comme étant le pays qui représente l'espérance de vie la plus importante.

Tableau 11 : Présentation de l'espérance de vie dans les trois pays du Maghreb

	Femmes			Hommes		
	Algérie	Tunisie	Maroc	Algérie	Tunisie	Maroc
1990	68,34	72,1	66,12	65,86	68,6	62,27
1995	69,77	73,3	68,72	67,22	69,5	64,61
2000	71,3	74,6	70,85	68,81	70,6	66,6
2005	73	75,5	72,67	70,35	71,6	68,28
2010	74,4	76,63	74,2	71,4	72,6	69,66
2011	74,67	76,68	74,5	71,6	72,7	69,93
2014	77	77	75	73	72,7	73
2015	77,1	77,57	76,69	74,67	73,52	74,41
2016	77,35	77,61	76,98	74,92	73,67	74,83

Source : Tableau réalisé par nous-même à partir des données de la Banque Mondiale.

Figure 7 : Comparaison de l'espérance de vie des femmes et des hommes dans les pays du Maghreb



Source : réalisé par nous-même à partir du tableau 11.

2- le taux de natalité brut pour 1000 naissances

La Tunisie a connu depuis 1990 le taux de natalité le moins élevé par rapport à l'Algérie et le Maroc, avec un taux de près de 19 ‰ en 2016, contre plus de 24‰ en Algérie et plus 20‰ au Maroc.

Le taux de natalité en Algérie a connu une baisse continue depuis 1990, passant de près de 32‰ en 1990 à plus de 24‰ en 2016, soit un recul de 8 points au bout de 26 ans (cf. tableau 12). En 2015, 1 040 000 naissances vivantes ont été enregistrées, soit une moyenne de 2 800 naissances vivantes par jour. Comparativement à l'année 2014, le volume des naissances vivantes a connu un accroissement relatif de 2,6%.

Selon les statistiques de l'ONS, la répartition de ces naissances par sexe, exprimée par le rapport de masculinité est de 104 garçons pour 100 filles.

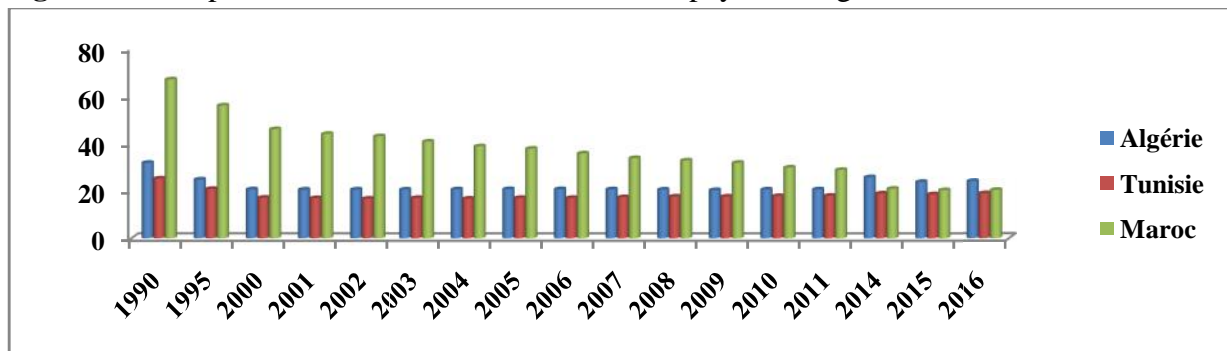
La baisse du taux de natalité en Algérie durant les 20 dernières années, s'explique par deux causes principales : les progrès accomplis par la contraception, et la situation sociale des habitants, qui n'a cessé de se détériorer, leur imposant ainsi une limitation forcée et volontaire des naissances. Aussi un certain changement dans le train de vie des couples, qui s'est modernisé et qui tend à susciter une prise de conscience des plus nécessaires face aux inconvénients multiples que rencontrent des familles nombreuses dans une société en pleine mutation.

Tableau 12 : Evolution du taux de natalité dans les pays du Maghreb entre 1990 et 2016.

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015	2016
Algérie	31,8	24,77	20,61	20,51	20,54	20,64	20,74	20,82	20,82	20,76	20,63	20,43	20,68	20,72	25,9	23,9	24,11
Tunisie	25,2	20,8	17,1	16,9	16,7	17,1	16,8	17,1	17,1	17,4	17,7	17,7	17,9	18,05	19	18,65	18,98
Maroc	67	56	46	44	43	41	39	38	36	34	33	32	30	29	21	20,4	20,37

Source : réalisé par nous-même à parti des données de la Banque Mondiale.

Figure 8 : Comparaison des taux de natalité dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016



Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 12.

3-le taux de mortalité

L'Algérie a accompli des progrès remarquables en matière de taux de mortalité brut par rapport à la Tunisie et au Maroc. Un recul du taux de mortalité a été constaté depuis 1990, passant de 6,44 par 1000 habitants à 4,78 par 1000 habitants en 2016 (soit une baisse de près

de 2 % pour 1000 habitants en l'espace de 26 ans) (cf. tableau 13), ce qui correspond à un nombre annuel de décès de 183 000 en 2015 (statistiques de l'ONS).

Ce qui n'est pas le cas de la mortalité maternelle dont le taux n'a pas connu de progrès significatif et se trouve plus élevé que dans les pays ayant un niveau de revenu comparable. Il a atteint 96,7 pour 10 000 naissances vivantes en 2010, alors que la mortalité infantile était de 30 pour 1 000 naissances.

De même, le Maroc a connu une baisse du taux brut de mortalité qui est passé de 7,85 pour 1000 habitants en 1990 à 5,1 pour 1000 habitants en 2016, soit une amélioration très importante. Quant à ce taux en Tunisie, il a connu une hausse de 1990 à 2003, pour baisser les années d'après et atteindre 6,41 pour 1000 habitants en 2016.

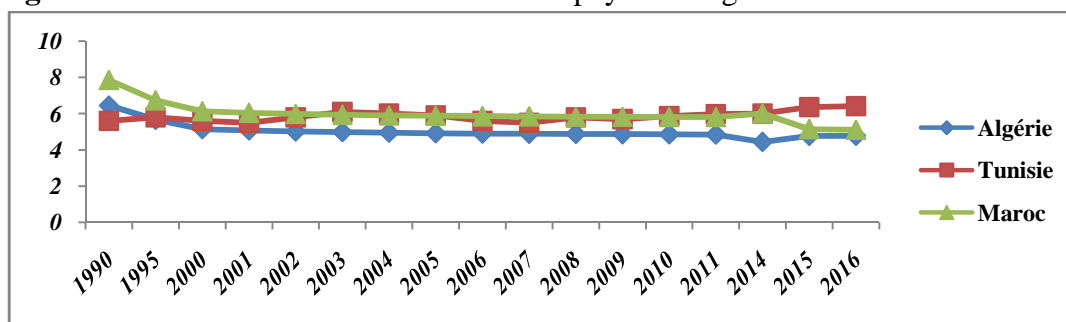
Selon les études effectuées par l'INSP et le MSPRH⁴⁹, les causes principales de décès en Algérie sont : les tumeurs, les maladies endocriniennes, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil respiratoire et les affections de la période périnatale.

Tableau 13 : Evolution du taux de mortalité brut pour 1000 habitants entre 1990 et 2016.

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015	2016
Algérie	6,44	5,66	5,15	5,08	5,02	4,98	4,95	4,92	4,9	4,89	4,88	4,87	4,86	4,85	4,44	4,77	4,78
Tunisie	5,6	5,8	5,6	5,5	5,8	6,1	6	5,9	5,6	5,5	5,8	5,7	5,87	5,97	6	6,36	6,41
Maroc	7,85	6,73	6,12	6,04	5,98	5,93	5,89	5,87	5,85	5,84	5,82	5,82	5,81	5,8	6	5,14	5,10

Source : réalisé par nos soins à partir des données publiées par la B M.

Figure 9 : Le taux de mortalité brut dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016



Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 13.

4- Le taux de mortalité infantile

La mortalité infantile concerne les décès des enfants avant de fêter leur premier anniversaire. Ce taux, qui n'est pas influencé par la structure par âge, constitue le meilleur indicateur de l'état sanitaire d'une population. Il a été estimé en 2016 à 21 pour 1000 habitants en Algérie contre 11 pour 1000 habitants en Tunisie et 23 pour 1000 habitants au Maroc.

⁴⁹ MSPRH, INSP : Causes médicales de décès- Algérie pour 2013, Algérie, Mai 2015.

En Algérie, le taux de mortalité infantile n'a pas cessé de baisser depuis 1990 à nos jours, passant de 55% pour 1000 habitants en 1990 à 21% pour 1000 habitants en 2016, soit une baisse de 34 points en l'espace de 26 ans (cf. tableau 14) .Selon l'ONS, cette baisse s'explique ainsi :

- L'Algérie accorde une attention particulière au secteur de la santé pour l'amélioration des conditions sanitaires de la population en général et la protection de la femme et de l'enfant en particulier ;
- Des infrastructures sanitaires et notamment des centres de protection maternelle et infantile ont été installés à travers l'ensemble du territoire national pour les consultations médicales et l'orientation des cas de grossesses difficiles vers les centres de soins spécialisés, la protection sanitaire après l'accouchement de la femme et de l'enfant, la vaccination et le suivi médical de l'enfant jusqu'à l'âge de 6 ans ;
- Les caractéristiques démographiques de la mère, notamment l'âge du mariage et le niveau d'instruction constituent des facteurs déterminants du niveau de la mortalité infantile et juvénile.

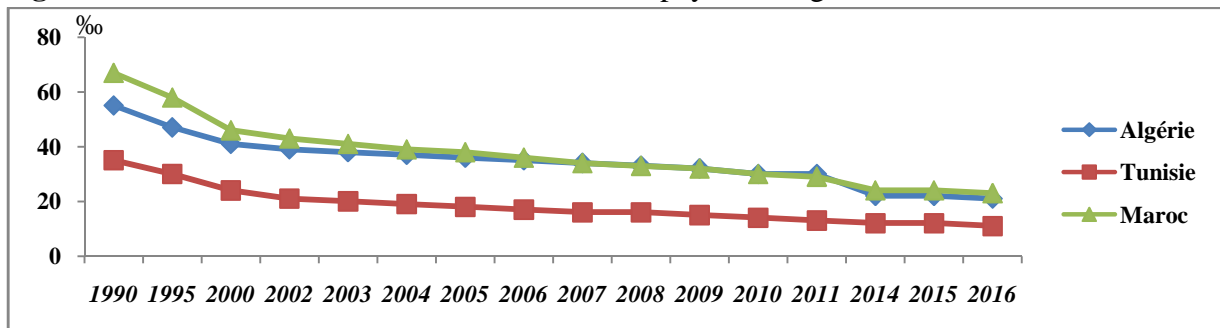
D'après le tableau 14, l'Algérie a réalisé en 2011 ce que la Tunisie a réalisé en 1995 (30% pour 1000 naissances), un taux que le Maroc a réalisé en 2010.

Tableau 14 : Evolution du taux de mortalité des enfants entre 1990 et 2016 (‰)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015	2016
Algérie	55	47	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	30	30	22	22	21
Tunisie	35	30	24	23	21	20	19	18	17	16	16	15	14	13	12	12	11
Maroc	67	58	46	44	43	41	39	38	36	34	33	32	30	29	24	24	23

Source : réalisé par nous-même à partir du rapport de l'OMS (2012) et des données de la Banque Mondiale.

Figure 10 : Le taux de mortalité infantile dans les pays du Maghreb entre 1990 et 2016



Source : réalisé par nous-même à partir du tableau 14.

5- Le taux de couverture hospitalière

Avec un ratio de 2,1 lits pour 1 000 habitants en 2002, l'Algérie présente certes un ratio plus faible que les pays de niveau de revenu comparable, mais plus performant que celui des pays voisins (ratio de 1,7 en Tunisie et 0,8 au Maroc). Ce n'est qu'à partir de 2004 que la Tunisie enregistre un ratio supérieur à l'Algérie (1,7 lits) et au Maroc (0,9), faisant passer le nombre de lits à 1,8 pour 1000 habitants, tendance qui se confirmera jusqu'en 2016 (2,36 lits) (cf. tableau 15).

L'Algérie assure aussi une couverture hospitalière importante, son ratio est passé de 2,5 lits pour 1000 habitants en 1990 à 1,08 en 2016, baisse due à l'augmentation du nombre d'infrastructures sanitaires.

Tableau 15: nombre de lits pour 1000 habitants

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Algérie	2,5	2,5	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	1,7	1,66	1,61	1,35	1,88	1,24	1,18	1,12	1,07	1,08
Tunisie	1,92	2,86	1,76	2	1,7	1,7	1,7	1,8	1,9	2	2,29	2,46	2,1	2,21	2,26	2,31	2,36
Maroc	1,29	1,11	1,11	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9	0,87	1,1	1,2	1,26	1,08	1,1	0,9	1,05	1,06

Source : réalisé par nous-même à partir des données de la B.M.

En 2016, il y avait 91 117 praticiens exerçant dans le secteur de la santé en Algérie. Ce nombre est en augmentation constante depuis le début des années 90 où l'on en comptait que 24 849. Au cours de cette période, la population algérienne a progressé exactement au même rythme, ce qui fait que le nombre de médecins pour 1 000 habitants est demeuré pratiquement inchangé (cf. tableau 16).

Tableau 16 : Nombre de médecins pour 1000 habitant

	1990	1995	2000	2002	2006	2008	2010	2011	2014	2015	2016
Algérie	0,94	0,97	1,03	1,12	1,17	1,38	1,56	1,84	1,76	1,83	1,86
Tunisie	0,53	0,66	0,91	1,24	1,4	1,19	1,37	1,41	1,65	1,69	1,77
Maroc	0,17	0,36	0,48	0,51	0,54	0,58	0,64	0,66	0,62	0,67	0,68

Source : réalisé par nous-même à partir des données publiées par la BM.

Après la présentation des principaux indicateurs de santé, nous pouvons constater que l'Algérie a réalisé de bons résultats en termes de santé, notamment avec le recul de la mortalité et l'allongement de l'espérance de vie grâce à une bonne couverture sanitaire qui a permis de répondre au mieux à la demande de la population.

Le gouvernement a toujours veillé à la protection et à la prévention en santé en impliquant de plus en plus les autres secteurs d'activité qui se sont fortement structurés et renforcés avec notamment⁵⁰:

- Les services de contrôle sanitaire aux frontières dans le cadre de la lutte contre les maladies à propagation internationale ;

⁵⁰ MSPRH, INSP : Causes médicales de décès- Algérie pour 2013, Algérie, Mai 2015

- Les programmes spécifiques de prévention qui, en plus des programmes généraux mis en place au lendemain de l'indépendance, visent plus particulièrement l'adolescent, la personne âgée et la personne en difficulté ;
- La protection et la promotion de la santé qui se sont nettement renforcées au niveau scolaire, universitaire, de la formation professionnelle, du travail et du milieu pénitentiaire ;
- Les programmes de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie et de manière générale le programme de lutte contre les facteurs de risque des MNT qui ont été, au fil des années, fortement renforcés.

Plusieurs mesures ont été prises afin de préserver au mieux la santé de la population, à savoir : - L'élaboration et la mise en œuvre du Plan National Diabète.- la mise en place en 2015 d'un Plan National de lutte intégré, contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.- La proposition d'un plan d'action en 2003 puis l'élaboration et la mise en œuvre en 2015 du Plan National Cancer 2015- 2019. - La réalisation d'établissements spécifiques : CAC (centre anti cancéreux), Chirurgie cardiaque....,et le renforcement, avec l'apport d'acteurs privés, des centres d'hémodialyse. - La mise à disposition d'équipements diagnostiques et thérapeutiques de haute technologie (Scanners, IRM, ...salles de cathétérisme, accélérateurs linéaires....).- La mise à disposition permanente du médicament. - Le renforcement de l'appareil de formation tant médical, paramédical que de gestionnaires⁵¹.

Aujourd'hui, la situation actuelle se caractérise entre autres par⁵²:

- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;
- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins ;
- Le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
- Sur le plan épidémiologique :- une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses, une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;
- Le passage à l'économie de marché qui a eu des conséquences sur le système de santé dans sa globalité.

Ainsi, le système de santé actuel est l'objet de difficultés liées à :

- ✓ La répartition, l'utilisation et la gestion des ressources ;
- ✓ La non-amélioration des prestations de services ;
- ✓ La difficulté de prise en charge des besoins de la population sans cesse croissants ;
- ✓ La non-rentabilité.

⁵¹ MSPRH : Plan stratégique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2015 -2019, MSPRH. In :

https://extranet.who.int/ncdccs/Data/DZA_B3_plan%20strat%C3%A9gique_MNT2015-2019.pdf

⁵² Mebtoul A. : Le système de soins en Algérie : 1962-2012, de l'étatisation à son éclatement In : <http://www.djazairress.com/fr/lqo/5173014>

Aussi, devant ce constat, notre pays s'est assigné depuis 1995 à fixer à la politique de santé publique les objectifs suivants :

- Garantir le droit constitutionnel des citoyens à la protection de leur santé, c'est-à-dire le bénéfice des soins de santé de base et des programmes nationaux de santé ;
- Assurer un accès de plus en plus égalitaire aux prestations de soins, développer la responsabilisation des acteurs, la participation des usagers.

Conclusion

Les efforts consentis en matière de santé par les pouvoirs publics depuis l'indépendance, dont la mise en œuvre de la gratuité des soins, ont contribué à améliorer la prise en charge des malades, à assurer l'élargissement de la couverture sanitaire à tout le territoire national et à l'éradication de la plupart des maladies transmissibles.

Le système de santé algérien a connu ces dernières décennies un développement important notamment en matière des ressources humaines et financières ainsi que l'accès aux médicaments, dans l'objectif de répondre aux besoins de la population en matière de soins, ce qui se résume comme suit :

- Le budget consacré à la santé en Algérie a connu un accroissement important ces dernières années (de 16 milliards de DA en 1990 à plus de 379 milliards de DA en 2016) ;
- La formation médicale et paramédicale a, pour sa part, permis un saut quantitatif dans l'offre de soins grâce à l'élargissement et au renforcement des différents paliers de formation. Le nombre de médecins est passé de 22 716 en 1990 à 76 984 en 2016 ;
- Depuis que l'Algérie a renoncé au secteur sanitaire, le système est doté d'un nombre important d'infrastructures sanitaires (soit en 2016 : 15 CHU, 78 EHS, 205 EPH, 9 EH, 1 EHU et 271 EPSP) offrant ainsi une couverture hospitalière de 1,08 lit/1000 habitants ;
- Dans l'objectif de répondre à une consommation de médicaments de plus en plus importante (3,29 milliards de dollars en 2016 contre 0,44 milliard de dollars en 2000), un recours accru à l'importation a été enregistré au détriment d'une production locale qui peine à se développer.

Les ressources déployées par l'Etat algérien ont permis d'améliorer l'état de santé de la population. Les indicateurs suivants révèlent cette amélioration :

- Amélioration de l'espérance de vie qui est passée de plus de 67 ans en 1990 à plus de 76 ans en 2016, soit un gain de 9 ans en l'espace de 16 ans ;
- Le taux de mortalité brut a baissé à 4,78 pour 1000 habitants en 2016 contre plus de 6 pour 1000 en 1990 ;
- Le taux de mortalité infantile, qui était de 55 pour 1000 naissances en 1990, a été ramené à 21 pour 1000 en 2016, plaçant ainsi l'Algérie parmi les meilleurs pays à revenu semblable.

CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN DANS SA TRANSITION

INTRODUCTION

Au cours de la décennie quatre-vingt-dix, le système de santé algérien a connu des mutations importantes créant un dysfonctionnement majeur dans son organisation et son financement.

L'objectif de ce chapitre est de décrire les caractéristiques du système de santé algérien pendant la crise et à l'ère de la transition de l'Algérie vers l'économie de marché, et ceci à travers deux sections principales : la première sera consacrée à l'étude des conséquences de la transition économique sur l'organisation, le financement et la gestion du système de santé algérien ; et dans la deuxième section nous aborderons le principe de la privatisation et de libéralisation des soins en Algérie.

I- TRANSITION ECONOMIQUE ET IMPACT SUR LE SYSTEME DE SANTE

Face aux mutations socio-économiques qu'a connues l'Algérie dans les années quatre-vingt-dix, l'organisation, la gestion et le financement du système de santé ont été revues sans pour autant remettre en cause les principes d'équité et de solidarité qui fondent le système national de santé. C'est dans ce sens que nous nous interrogeons sur les mesures prises pour adapter le système aux nouveaux défis en matière de santé.

Nous présenterons à travers cette section les caractéristiques du système de santé algérien suite à sa transition vers l'économie de marché, en restituant ses étapes de développement.

1-Caractéristiques du système de santé algérien en période de crise économique

Comme nous l'avons détaillé dans le 1^{er} chapitre, le système de santé algérien a été marqué par plusieurs phases. Dans cette partie, nous nous intéressons à deux périodes principales : la phase 1984-1989, divisée en deux périodes, d'abord celle jusqu'à 1986, caractérisée par la recherche des aspects qualitatifs et l'investissement dans les soins lourds. La seconde période, à partir de 1986, caractérise le début de la crise économique et financière en Algérie, avant de connaître une phase de relance de l'investissement public avec une modification du schéma de la distribution des soins.

Des progrès ont été réalisés en Algérie jusqu'aux années 1990. La croissance du nombre des structures sanitaires publiques et l'accroissement du personnel médical et paramédical sont considérables, ce qui a eu pour conséquence une amélioration de l'offre publique de soins⁵³.

Cependant, la décennie 1990-2000 a été marquée par un ralentissement des efforts dû principalement aux difficultés budgétaires. Les conditions de vie de larges couches de population ont été fortement détériorées à cause de l'inflation et du chômage.⁵⁴ En 1995, un cinquième (1/5) de la population est tombé malade (soit un taux de morbidité de 19,6%⁵⁵). Parallèlement, la couverture vaccinale continuait à progresser.⁵⁶ Quand au taux de mortalité, il a affiché des taux élevés (soit 6,02 en moyenne entre 1990 et 1995, cf. tableau 13).

La situation sanitaire de cette période était très critique, caractérisée par la persistance des infections contagieuses (maladie de la pauvreté), conjuguée à l'apparition des maladies de civilisation.

Le secteur de la santé révèle alors une situation difficile. Nous faisons ainsi le constat suivant⁵⁷ :

- Une évolution importante des coûts de soins avec un rendement faible ;
- Un désengagement de l'Etat du financement des besoins de ces structures ;
- La mauvaise gestion des infrastructures ;
- La politique d'austérité imposée par le PAS qui a réduit les dépenses budgétaires se répercutant ainsi sur le budget d'entretien, de prévention, d'alimentation et de formation du personnel ;
- Un déficit budgétaire important enregistré auprès de la caisse nationale des assurances sociales qui finance la santé à hauteur de 40% et 10 % réservé au fonctionnement des structures ;
- Plusieurs problèmes ont été soulevés en termes d'approvisionnement et d'organisation du marché des médicaments le plus souvent chers ou rares.

⁵³ Sauf que N. Kaid Tlilane, dans son Bilan de recherche, a signalé une insuffisance des structure sanitaires (Polytechniques et centres de santé), et une offre publique de soins inégale.

⁵⁴ Le constat fait par F.Z. Oufriha est le suivant : Détérioration du niveau de vie, malnutrition, problèmes d'assainissement, d'eau potable,.....etc.

⁵⁵ Kaid Tlilane N. : Crise économique et état de santé des enfants algériens, Revue santé conjuguée n°29, 3^{ème} trimestre, 2004.

⁵⁶ N. Kaid Tlilane a expliqué clairement dans ses travaux la prévention généralisée de la maladie par l'éducation a un meilleur impact sur la santé qu'une bonne nutrition et un revenu élevé et les résultats ne peuvent être que supérieurs qu'a celui de la médicalisation.

⁵⁷ Oufriha F.Z. : La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats ?, cahiers du CREAD, n°35-36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre, 1993.

1.1-La crise économique et le ralentissement du financement du système de santé algérien

Le système de santé algérien a connu pendant la période 1986-1995 des difficultés majeures notamment dans son financement. Cette phase correspond à une chute brutale des prix du pétrole qui a créé une situation de crise profonde, imposant à l'Etat l'adoption d'une politique d'austérité rigoureuse.

La croissance des dépenses de santé était de l'ordre de 20% par an. De 1980 à 1984, la part des dépenses de santé du PIB est passée de 3,5% à 5% du PIB pour la même période. Elles atteindront 6% en 1988 (le même taux atteint par les pays développés)⁵⁸.

L'impact de la crise économique sur le système de santé s'est fait sentir. La politique de gratuité des soins, du financement et d'organisation des secteurs sanitaires, allait être remise en cause du moment qu'elle faisait croître la demande de soins et par conséquent des dépenses de santé. En 1986, la gratuité des soins a été revue partiellement, un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire redeviendront payants en partie, d'où l'instauration du ticket modérateur dans les structures publiques⁵⁹.

Selon Oufriha (1990), dans les années 80, quelques mesures de maîtrise agissant sur l'offre de soins ont été prises dont :

- Le nombre de médecins formés et la réduction de leur salaire ;
- La diminution des produits pharmaceutiques distribués dans les structures médicales publiques.

Le début de la décennie 90 sera marqué par la priorité accordée à la construction d'hôpitaux, et donc au système curatif au dépend des infrastructures légères (polycliniques, centres de santé) et de la médecine ambulatoire et préventive.

La décennie 90 connaîtra l'introduction d'un nouveau mode de financement du système de soins en Algérie qui reviendra :

- au budget de l'Etat, moyennant une subvention automatique et préétablie, fixée quel que soit le volume des soins ;
- à la sécurité sociale par une participation globale et forfaitaire dont le recouvrement incombe au Trésor (elle est dite budgétisée). Son montant est préétabli compte tenu:
 - des prévisions des dépenses du secteur public de soins.
 - de la participation budgétaire.

⁵⁸Oufriha F.-Z. : Le système de santé dans le monde, Revue du Cread, 3ème et 4ème trimestres 1991.

⁵⁹Oufriha F. Z. : Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, revue Cread, n° 27/28, 3^{ième} trimestre 1991.

La sécurité sociale finance en 1989 plus de 60% du total du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. Quant à la part de l'Etat, elle passe de 29% en 1980 à près de 20 % en 1989 (cf.tableau 1), contre 74,5% en 1974 selon le rapport du MSP. Ainsi, la gratuité des soins est de plus en plus financée par la sécurité sociale et elle est devenue la source principale du financement de la dépense nationale de santé.

Tableau 1: La structure des dépenses de soins selon les sources de financement (1980-1989)

	1980	1985	1989
Etat (budget)	29,3%	16,4%	19,94%
Sécurité sociale	39,5%	57%	60,24%
Ménages	26%	24,5%	18,72%
Autres collectivités locales	5,2%	2,1%	1,1%

Source : Oufriha F.Z : Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, revue CREAD, n° 27/28, 3^{ème} trimestre 1991.

Selon les résultats de l'enquête nationale de santé (1990), les principaux indicateurs sanitaires ont connu une régression: le taux de consultations est passé de 1,4/habitant/an en 1984 à 0,7/habitant/an. L'indice lits ayant diminué de 2,9 (en 1984) à 2,15 (en 1990) pour 1000 habitants et un fort taux de morbidité et de mortalité⁶⁰.

Quant aux indicateurs liés aux activités des secteurs sanitaires, ils étaient de l'ordre de : 0,75 consultation effective / habitant / an et 0,036 hospitalisation / habitant / an ; alors que les niveaux de prestations minimums préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé, étaient de l'ordre de 02 consultations / habitant / an⁶¹.

Le constat fait par A. Brahimi (1991) sur la situation sanitaire en Algérie est l'accès difficile aux soins, le mauvais état des équipements souvent en panne, la pénurie des médicaments, la mauvaise qualité du service et des soins, la répartition géographique inégale des hôpitaux, des unités sanitaires et du personnel médical, la mauvaise organisation du système de santé et la gestion déficiente de l'appareil sanitaire dont la productivité est très faible⁶².

Selon le même auteur, malgré tous les moyens importants mobilisés dans le secteur sanitaire depuis le premier plan quinquennal, les résultats en matière de prise en

⁶⁰ INPS : Enquête nationale de santé par sondage, INPS, 1990.

⁶¹ Idem

⁶² Brahimi A. : L'Economie algérienne, éd. OPU, Alger, 1991.

charge des problèmes sanitaires et de lutte contre la morbidité sont restés en deçà des objectifs tracés.

Ce bref aperçu sur le système de soins et la situation sanitaire en Algérie montre bien que les indicateurs de couvertures sanitaires étaient bien en dessous des normes médicales requises et cela bien avant que les mesures du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) soient mises en application.

1.2- Crise d'endettement et libéralisation du système de santé

En 1988, les premiers contacts de l'Algérie avec la Banque mondiale ont été entrepris. Pour négocier un financement destiné à un ajustement structurel devant toucher l'ensemble des secteurs économiques.

1.2.1- Le Programme d'Ajustement Structurel (PAS) et la problématique des dépenses de santé

Les dépenses de santé augmentent beaucoup plus rapidement que les revenus. L'Etat doit donc intervenir dans le secteur de la santé pour payer les soins des plus défavorisés incapables de couvrir leurs frais⁶³.

Les difficultés rencontrées dans le système de santé algérien nécessitent de nouvelles sources et modalités de financement des services de santé. Pour les pays sous-développés poursuivant les programmes d'ajustement structurel et les mesures de stabilisation économiques, les modalités et les conditions d'intervention de l'Etat dans le secteur de la santé suscitent un grand intérêt et font l'objet de controverses : des difficultés de régulation des dépenses de santé ou leur réduction, la spécificité et la sensibilité du domaine d'application des politiques du PAS.

Oufriha (2000) distingue quatre stratégies d'intervention de l'Etat dans le domaine sanitaire à savoir :

- L'Etat doit financer un niveau donné de soins de santé publique essentiels, particulièrement pour les pauvres et s'assurer que la prestation des dits soins est générale et efficace.
- L'Etat doit cesser progressivement de subventionner l'assurance maladie.
- L'Etat doit promouvoir des types d'assurance maladie qui permettent non seulement de couvrir une grande partie de la population, mais qui comportent également des mécanismes propres à limiter les coûts des services de santé.
- L'Etat doit encourager la diversité et concurrence particulièrement dans le domaine des médicaments, des fournitures et du matériel, afin d'améliorer la qualité et de réduire les coûts.

⁶³ Oufriha F.Z. : PAS, Maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur de soins, revue efficacité, versus équité dans les politiques sociales, édition Harmattan, Paris, 2000.

1.2.2- Le PAS et passage à l'économie du marché

A- Les implications du PAS sur la situation sanitaire en Algérie

A la suite de plusieurs initiatives de politiques économiques contenues dans le PAS, visant à comprimer les dépenses, les dépenses budgétaires - tant les dépenses courantes que les dépenses d'équipement - ont connu une forte régression de 1993 à 1997. Parmi ces initiatives figuraient une politique rigoureuse des revenus, la libération des prix, la politique salariale rigoureuse, le gel de l'embauche dans la fonction publique, et la réduction des subventions à la production agricole. L'ensemble de ces initiatives est pris dans un contexte marqué par la dégradation des conditions de vie et de l'environnement général⁶⁴. Elles ont eu pour conséquences directes l'accentuation de la paupérisation des couches sociales dont l'état de santé ne peut être dissocié. La dégradation du pouvoir d'achat, le ralentissement des programmes de réalisation des logements et l'habitat précaire sont autant de facteurs qui ont favorisé le retour en force de certaines maladies contagieuses telles que la tuberculose, la fièvre typhoïde, le paludisme et la méningite ainsi que l'accroissement des taux de morbidité et de mortalité infantile⁶⁵.

En dépit de ces mesures de réductions des dépenses en matière de santé et l'application de mesures restrictives quant aux procédures de remboursement des dépenses de santé, le dispositif de sécurité sociale n'allait pas pour autant échapper aux réformes. En effet, suite au déficit enregistré en 1997, le dispositif de la sécurité sociale sera remanié. Ainsi, et pour que les déficits ne continuent plus à grever le budget de l'Etat, les cotisations sociales connaîtront une augmentation à partir de 1998⁶⁶.

Les mesures prises dans le cadre du PAS, visant à libéraliser l'économie (déréglementation du commerce et des prix, restructuration et privatisation des entreprises publiques, brusque chute des salaires réels notamment), ont ébranlé la structure de la protection sociale. Ainsi, pour atténuer les coûts sociaux du PAS et rester toujours dans la logique de ce dernier, le dispositif de protection sociale qui était avant 1994 financé par des subventions généralisées, allait faire l'objet d'une refonte : le remplacement de l'ancien système de transferts de revenus, par un programme de travaux publics auto-ciblés et l'instauration d'un régime d'assurance chômage⁶⁷.

⁶⁴ Talahite F. : Réformes et transformations économiques en Algérie, mémoire d'habilitation aux recherches en Sciences économiques, université de Paris13, 2010.

⁶⁵ Idem

⁶⁶ Ce taux était de 29% en 1985, 31,5 % en 1994, 32,5% au Janvier 1997 et 33,5 % au décembre 1998. In : séminaire sur le financement de la sécurité sociale, présentation du financement des prestations des assurances du travail et des assurances professionnelles en Algérie. http://www.coopami.org/fr/countries/countries/algeria/social_protection/pdf/social_protection04.pdf

⁶⁷ Zemouri M. : La portée du succès du post-ajustement dans le cas de l'Algérie, revue des Sciences Economiques et de Gestion, n° 2, Université de Batna, 2003.

Conformément aux mesures de libération économique et aux politiques budgétaires du PAS, le fonctionnement, le financement et l'organisation du système de soins en Algérie ont fait l'objet de réformes.

Dans ce cadre, une série de mesures en faveur de l'émergence d'un secteur sanitaire privé ont été prises ; il s'agit notamment de ⁶⁸:

- la suppression du zoning et du service civil ;
- l'autorisation d'ouverture de cliniques privées ;
- l'éclatement du monopole de la pharmacie Centrale Algérienne (PCA).

Entamé depuis la crise économique des années 80, le retrait relatif de l'Etat du financement du système de soins s'est renforcé avec la mise en application du programme d'ajustement structurel. D'après le rapport du MSP, les budgets de fonctionnement des secteurs sanitaires ont peu évolué et la part de la contribution de l'Etat ne cesse de diminuer : elle était évaluée à 38% du budget global de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Le tableau ci-dessous représente la consommation budgétaire globale par nature de dépenses de 1995 à 1997. Nous remarquons que :

-Le budget est consacré dans sa quasi totalité (plus des 2/3) à la rémunération du personnel. Cette part des dépenses représentait 72% en 1995, passe à 65% en 1996 puis à 66% en 1997. Cette régression peut s'expliquer par l'émergence du secteur privé, et la volonté de l'Etat de le développer.

-Les médicaments occupent la deuxième place en terme de niveau des dépenses de fonctionnement. Leur part est passée de 12% en 1995 à 16% en 1997. Selon N. Kaid Tlilane (2003)⁶⁹, ces dépenses sont, toutefois, insuffisantes pour répondre aux besoins en médicaments dans le secteur public, d'autant plus que les pénuries sont fréquentes.

- Quant aux dépenses en matériel médical, leur part est de 2% en 1995 et 1996 puis atteint 2,5 % en 1997. Durant les trois décennies suivant l'indépendance, l'Etat algérien a investi en équipement médical, puis les difficultés économiques des années 90 n'ont permis ni de l'entretenir, encore moins de le remplacer, ce qui explique selon Kaid Tlilane, leur état de vétusté précoce et leur taux de panne était estimé à 20% en 1998.

-La part des dépenses de fonctionnement publiques pour le titre prévention est seulement de 1% en 1995 et elle a été légèrement revalorisée en 1996 soit 3% du budget global.

⁶⁸ Guiellermou Y. : Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne, revue Sciences sociales et santé, vol 21 n°2, 2^{ème} trimestre, 2003.

⁶⁹ Kaid Tlilane N. : Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie, revue Sciences Humaines, n° 23, 2^{ème} trimestre, 2003.

-La part de l'alimentation est de l'ordre de 3% pour les trois années, taux que nous jugeons un peu faible mais qui peut être expliqué par le fait que les malades sont nourris généralement par leurs familles.

Tableau 2 : La consommation budgétaire globale par nature de dépenses de 1995 à 1997 (en %)

Chapitres	1995	1996	1997
Dépenses de personnel	72	65	66
Prévention	01	03	2.5
Médicament	12	15	16
Recherche médicale	0.1	00	0.5
Œuvres sociales	01	01	01
Alimentation	03	03	03
Dépenses en matériel médical	02	02	2.5
Formation	3	3	3
Autres dépenses	5,9	8	5,5

Source : MSP : Statistiques Sanitaires Annuelles, Ed. 1996, 1997 et 1998.

Les effectifs médicaux enregistrent un accroissement important par rapport à l'année 1993. On enregistre plus de 2289 praticiens soit un taux d'accroissement de l'ordre de 6,2%.

En ce qui concerne l'effectif des praticiens du secteur privé, il s'élève à 13 134 praticiens soit une augmentation de 13,6% en deux ans. Le secteur privé médical occupe une place de plus en plus importante dans le système de soins algérien : son taux de croissance de 1995 à 1997 est de 6,5% (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des effectifs des praticiens publics et privés (1995-1997).

	Secteur privé			Secteur public		
	1995	1996	1997	1995	1996	1997
Spécialistes	2528	2746	3095	5674	5450	5627
Généralistes	4950	4946	5100	11014	10961	11141
Chirurgiens Dentistes	2773	2561	2764	5283	5276	5202
pharmaciens	3183	3419	3604	508	447	418

Source : MSP : Statistiques Sanitaires Annuelles, Ed. 1996, 1997 et 1998.

B- Les principaux résultats macro-économiques du PAS et leurs impacts sur le système de santé

Ces résultats se résument comme suit⁷⁰ :

- L'inflation, après avoir atteint 39% en 1994, est tombée à 36% en 1997.
- Les réserves de change sont passées de 1,5 M\$ en 1993 à 2,1 M\$ en 1995 puis à 8 M\$ en fin 1997 soit huit mois d'importations. Le ratio du service de la dette extérieure a été ramené de 83% en 1993, à 30% en 1997.
- Le PIB, après avoir régressé de 2% en 1993 n'a régressé que de 1% en 1994 pour afficher des taux de croissance de près de 4% en 1995 et 1996 et supérieur à 4,2% en 1997.
- Un système de prix fondé sur le marché a été établi, le contrôle des prix et les subventions généralisés ayant été abolis.
- Le désengagement de l'État des activités productives et commerciales est allé de pair avec l'établissement d'un système bancaire davantage axé sur le marché, qui a imposé des contraintes budgétaires à ses clients, y compris les entreprises publiques.

La crise économique dans laquelle le pays s'était engagé et la politique d'ajustement structurel suivie ont eu plusieurs effets sur la santé à savoir⁷¹ :

- La compression des dépenses de soins et la réduction des importations de médicaments et d'appareillages médicaux d'une part, et la réduction de la prise en charge des soins à l'étranger, d'autre part.
- La poursuite du PAS et les mesures de stabilisation économique pour limiter les déficits publics, et donc la réduction des dépenses de l'Etat. Cette politique se traduit par la limitation du secteur public et de la gratuité des soins rendue responsable de la hausse des coûts et l'extension de la privatisation de l'exercice de la médecine.

Selon la même auteure, les mesures prises à cet effet n'ont pas répondu à l'objectif fixé mais, au contraire, ont abouti à une augmentation des charges financées sur ressources collectives, sans que l'efficacité n'ait suivi. En effet, depuis 1995 et sous les recommandations de la Banque Mondiale qui préconise la réduction des coûts, la gratuité totale des soins a laissé place au paiement des consultations et actes médicaux dont les tarifs officiels sont largement en deçà des honoraires réellement perçus par les médecins et une contribution forfaitaire aux frais d'hospitalisation de 100 DA par jour, non remboursables, a été exigée.

⁷⁰ Groupe de la Banque Africaine de Développement : Algérie : revue de l'expérience de la banque en appui à l'ajustement structurel, GBAD, 2003.

⁷¹ Kaid Tlilane N. (2003) Op. cit.

2- Caractéristiques du système de santé avec l'amélioration de situation financière

Cette phase se divise en deux : une première période qui couvre la fin de la décennie noire en Algérie avec l'amélioration des principaux agrégats économiques et financiers grâce à la hausse relative des prix du pétrole et l'application du programme de financement du remboursement de la dette publique. La deuxième période que l'on peut qualifier d'aisance financière, s'étale de 2003 jusqu'à 2014. Elle est marquée par la hausse importante des prix du pétrole qui dépassent le seuil des 100 dollars ; ce qui a permis d'améliorer sensiblement les dépenses publiques d'une part et les réserves de changes qui favorisent les opérations d'investissements dans le pays.

2.1- Résultat de la première période de la crise

Le ministère de la santé, à travers son rapport (Mai 2001) exprimait son inquiétude concernant les conséquences de la crise qui menaçaient sérieusement le principe fondamental du système de soins que sont la solidarité, l'équité et l'accessibilité.

En effet, avec l'amélioration de la situation sécuritaire et financière, les mesures de rattrapage ont surtout concerné les personnels, dont les traitements avaient été quasi gelés pendant de longues dates. Le budget de la santé a été porté à 82 milliards de dinars algériens en 2003 (986 millions d'euros), après avoir longtemps stagné aux alentours de 53 milliards. Ainsi, les salaires des médecins du secteur public ont été revalorisés de 50 % à 100 % selon les cas. Le budget des seuls hôpitaux, qui représentait 3,6 % du Produit Intérieur Brut (PIB) en 1987, est tombé en 2000 à 1,3 % du PIB⁷². Les usagers payent lourdement les frais des restrictions. Ce sont eux qui prennent en charge désormais une part importante des dépenses. Ceux qui disposent de revenus suffisants se dirigent vers le privé en plein essor, mais comme les consultations et les soins en clinique sont généralement remboursés sur une base très faible, voire pas remboursés du tout, ils ne peuvent bénéficier à l'ensemble de la population. Les transferts pour soins à l'étranger, pris en charge par l'assurance maladie, qui concernaient les patients inopérables en Algérie et qui constituaient une forme de gouffre financier pour l'État et la sécurité sociale, ont été sévèrement limités. Ils sont tombés de 7 000 en 1987 à environ 1 200 en 2000, un chiffre en augmentation par rapport au plus bas historique, enregistré en 1996 (762)⁷³. C'est à la fois une bonne et une mauvaise chose : les économies dégagées ont permis à la médecine algérienne de soigner des affections qui nécessitaient auparavant une hospitalisation en France, mais des malades méritant tout de même d'être transférés n'ont pas pu l'être, faute de moyens.

⁷² Groupe de la banque africaine de développement : Algérie : revue de l'expérience de la banque en appui à l'ajustement structurel, GBAD, 2003.

⁷³ Kaid Tlilane N. : L'impact de la crise économique sur la situation sanitaire des enfants : Cas de la wilaya de Béjaia, Projet de recherche, université de Béjaia, 2000.

L'aspect financier de la réforme est déterminant : le secteur de la santé publique, négligé pendant la « décennie noire » traversée par le pays dans les années quatre-vingt-dix, nécessitait des moyens financiers considérables.

Malgré ce début de rattrapage financier, la réhabilitation du système de santé ne sera pas une mince affaire, parce qu'il s'agit au fait d'un cumul de plusieurs années de gestion et de financements.

Depuis l'instauration de la médecine gratuite en 1973, la population du pays a triplé et la demande de soins a explosé avec plus d'un million de consultations spécialisées, des interventions chirurgicales de tous genres, des actions de préventions....financés par l'Etat. Le système, malgré des imperfections évidentes, a relevé de grands défis dans les domaines de la santé de base et de la prévention. Selon N. Kaid Tlilane (2005), les résultats ont été incontestables : les programmes nationaux de santé (vaccination, lutte contre la tuberculose, les maladies infantiles et infectieuses, l'éradication du paludisme) ont fait reculer drastiquement la mortalité. Le maillage de l'immense territoire de l'Algérie a permis d'offrir une couverture géographique homogène. Les citoyens, où qu'ils se trouvaient, ont pu accéder à des salles de soins ou à des centres de santé capables de traiter leurs affections ou de les orienter vers les polycliniques, les hôpitaux, les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) ou les centres hospitalo-universitaires (CHU). Seulement, tout s'est fait dans le désordre. En effet, l'affiliation à la Sécurité sociale est « facultative ».

Les pauvres, les chômeurs et ceux qui travaillent dans l'informel ne cotisent pas. Ceux qui ne sont pas assurés sociaux sont considérés comme des démunis, le coût de leur traitement est pris en charge par le budget de l'État au titre de la solidarité nationale. La gratuité a accredité l'idée que la médecine ne coûte rien (alors que nous n'avons aucune idée de ce que coûte un malade, une intervention, du nombre et de la nature des actes pratiqués, du moment que le système d'information sanitaire est défaillant).

Face à une 'sur utilisation' du matériel, la maintenance devient rigoureusement impossible. Or c'est précisément l'un des points faibles du système de santé algérien. Une partie des équipements est vétuste, la crise ayant empêché un renouvellement significatif des appareils lourds et le taux de pannes faute de pièces de rechange, est de l'ordre de 30 % environ⁷⁴.

Le mode de financement est très inflationniste. L'hôpital fait ses prévisions, sollicite un budget, se voit octroyer un montant par la tutelle et les chiffres varient d'une année à l'autre en fonction de la situation financière de l'État.

La médecine algérienne a souffert de ces insuffisances. Les praticiens sont technologiquement dépassés, faute d'appareillages modernes. La lassitude gagne, d'autant que les salaires du public n'ont rien d'attractif : 20 000 DA en début de

⁷⁴ Kaid Tlilane N.: Crise économique et état de santé des enfants algériens, revue santé conjugulée, n° 29, 3ème trimestre, 2004.

carrière pour un généraliste, 30 000 DA pour un spécialiste⁷⁵. Des sommes qui ne permettent pas toujours de retenir des jeunes souvent tentés par le privé ou par l'étranger. La faiblesse des rémunérations, conjuguée au climat morose a provoqué un exode massif de médecins.

Le taux d'occupation médiocre des hôpitaux de l'intérieur, inférieur à 50 %, contre 65 % dans les CHU et les EHS, avec des pointes à 75 % en chirurgie, s'explique largement par le manque d'encadrement médical⁷⁶. L'État et la Sécurité sociale n'ont plus les moyens de payer pour tout le monde. L'équation financière est redoutable.

2.2- Résultat de la deuxième période de la crise

L'aisance financière du pays a encore une fois été très favorable pour le financement public de la santé. En effet, l'Algérie a commencé à se distinguer par la vigueur de son exécution des programmes de stabilisation et d'ajustement structurel mis en œuvre depuis 1994 avec le concours du FMI et de la Banque Mondiale. La stabilisation a été réalisée avec succès dans un contexte de volatilité des cours du pétrole accompagnée de quelques progrès au plan des réformes structurelles, lesquelles ont jeté les bases d'une plus forte croissance.

Depuis 1999, l'Algérie bénéficie d'un boum pétrolier continu qui génère un montant sans précédent de recettes pour l'État et une impressionnante accumulation d'actifs étrangers nets. Après la période de solide croissance de 1999-2004, où le PIB s'est accru de 4,1 % en moyenne par an, l'Algérie a connu une autre année faste en 2005, avec un taux de croissance du PIB estimé à 5,3 %⁷⁷. Pendant la période 1999-2004, la croissance était certes impulsée par le secteur des hydrocarbures, mais elle était également soutenue sur le plan de la performance en matière de résultats par les secteurs non liés aux hydrocarbures et non agricoles. En 2005, le secteur des hydrocarbures contribuait largement à la croissance, en enregistrant une hausse de 6 % alors que le secteur agricole affichait un ralentissement du taux de croissance de 2 %⁷⁸.

De la même source, la croissance dans les secteurs de la construction et des services est restée forte avec des taux de 7 % et 6 % respectivement.

L'Algérie a accompli des progrès au regard de l'amélioration de ses indicateurs sociaux. Selon les estimations de la pauvreté, basées sur les résultats de l'enquête sur le budget des ménages (ONS 2000), le taux de pauvreté a baissé de 14,1 % (4 millions de personnes) en 1995 à 12,1 % (3,7 millions de personnes) en 2000, en raison de l'augmentation des dépenses publiques, notamment les transferts sociaux, et d'un certain redressement du secteur industriel non pétrolier, qui ont entraîné une

⁷⁵ Oufriha F.Z. : Crise PAS et santé des enfants en Algérie, Cread, Alger. In : Oufriha F. Z. ; De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd.cread, Algérie, 2006.

⁷⁶ Destexhe A. : Crise économique et financement de la santé. In : <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/028053.pdf>.

⁷⁷ Mebtoul A. : Le système de soins en Algérie : 1962-2012, de l'étatisation à son éclatement In : <http://www.djazairess.com/fr/lqo/5173014>.

⁷⁸ Ideem

augmentation de revenus. L'incidence de la pauvreté est plus prononcée en milieu rural qu'en zone urbaine. L'espérance de vie a augmenté, passant de 56 ans au début des années 70, à 71 ans en 2004, tandis que le nombre de décès d'enfants de moins d'un an a baissé de 120 à 35 (par millier de naissances vivantes). Les améliorations survenues dans le secteur éducatif ont fait reculer le taux d'analphabétisme de 36 % à 20 % chez les hommes et de 59 % à 40 % chez les femmes entre 1990 et 2004.

La nouvelle aisance financière du Trésor, suite à l'amélioration des rentrées fiscales pétrolières, permet de maintenir à plus long terme une action publique mieux orientée. Les dépenses affectées, aux soins préventifs ont connu une augmentation importante, tandis que le chapitre des dépenses pharmaceutiques, brusquement insuffisantes suite aux dévaluations, reçoit alors des dotations très fortes en augmentation et peut faire face aux nécessités de fonctionnements des services et des programmes publics.

II- LA LIBERALISATION DU SECTEUR PRIVE DES SOINS EN ALGERIE

Nous présenterons dans cette section l'état des lieux du système privé de soins en Algérie, tout en nous intéressant aux causes de son expansion. Nous définirons aussi les nouveaux défis auxquels notre système de santé doit faire face.

1- L'impact de la politique de gratuité des soins sur le système de santé algérien

La société algérienne s'est transformée, son mode de consommation a changé, et sa demande en matière de santé s'est accrue. Les défis sont nouveaux. En témoignent les cancers qui sont en constante augmentation, le diabète et les maladies cardiovasculaires qui prennent des proportions alarmantes. Des affections qui coûtent très cher et que la médecine gratuite peine à prendre en charge ; des exigences nouvelles que le secteur de la santé n'arrive pas à satisfaire convenablement. C'est pourquoi, il est nécessaire de libérer de toute forme d'idéologie la politique sanitaire et de repenser, à la lumière des impératifs économiques actuels, le système de soins de l'Algérie.

La refondation du système de santé se présente aujourd'hui comme un besoin insistant. Elle est devenue une priorité, une urgence, parce que la gratuité des soins apparaît en décalage avec les transformations incessantes de la réalité sociale algérienne, et est de plus en plus incapable de satisfaire une consommation médicale qui s'est grandement accrue en parallèle avec l'amélioration de la qualité de la vie et de l'accès à l'information.

L'environnement économique national a changé et, depuis le milieu des années quatre-vingt, le coût de la vie a beaucoup augmenté. Seul le coût de la prestation médicale est resté figé sur la même tarification. Le montant de la consultation du médecin, celui des examens biologiques et radiologiques ou encore celui de la prestation hospitalière (repas et hôtellerie) sont remboursés sur des barèmes qui datent de plusieurs décennies. Dans le secteur public, les salaires des médecins et ceux des autres personnels sont restés les plus bas. De ce fait, la santé

est le seul secteur à subir à la fois, les effets de l'inflation et à ne pas bénéficier des avantages de l'économie de marché.

Les pouvoirs publics doivent abandonner l'idée que préserver la santé du citoyen n'est pas rentable et se décider à aligner le coût de la prestation médicale sur le coût de la vie. Une telle décision nécessitera évidemment un accroissement des dépenses de santé et grèvera assurément le budget de la caisse de sécurité sociale. Mais voilà une occasion qui tombe à point nommé pour redéfinir la place de cet organisme (la sécurité sociale) dans le système de santé et de le restaurer dans sa mission originelle.

Pendant ce temps, la population n'a pas accès à des soins de qualité. Il faudra imaginer un système de santé nouveau, en harmonie avec les exigences de l'économie de marché ; un système qui prend en charge les besoins des malades les plus défavorisés et les non assurés, des citoyens qui doivent continuer à bénéficier de la solidarité des Algériens.

Le système de santé ne cesse de faire parler de lui dans notre pays. Une étude réalisée par le laboratoire du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS) de l'université d'Oran, soutenue par l'OMS Afrique, sur les prestations de soins de santé essentiels en Algérie (2011), a fait ressortir l'insatisfaction de la population confrontée à un mode de fonctionnement des services de soins de santé essentiels.

Tous les systèmes de santé dans le monde ont traversé des crises plus ou moins graves qui ont nécessité des réformes et, à chaque fois les principes de l'Etat providence sont maintenus, dans les pays à base assurancielle : « Réforme Française, Néerlandaise, Allemande » » comme dans les pays à système national de santé : « Réforme Britannique ». Même les Américains ont suivi, avec l'adoption de la dernière loi sur la réforme de la santé. En Algérie la protection de la santé des citoyens est un droit constitutionnel et depuis 1974 la médecine est gratuite.

En 1980 un choix politique clair quant au devenir de la santé en Algérie a été pris : « *Mettre un terme aux disparités régionales, rapprocher les soins de la population, nécessité de développer les soins de base et donner la priorité à la prévention* ». De cette volonté politique est née une loi d'avant-garde progressiste, futuriste et moderne : La Loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et promotion de la santé.

Le système de santé algérien bloqué maintenant depuis plusieurs années et ce n'est ni la faute de la Médecine gratuite ni de la loi 85-05. Les différents projets de relance de la santé engagés sont restés sans effet sur l'amélioration et le développement de la santé. La carte sanitaire nationale, les plans locaux de santé (PLAS), le Tableau de bord de la santé, les assises nationales de la santé ... tous ces documents intéressants n'ont jamais servi. D'autres fausses solutions contraires à la loi 85.05 ont été préconisées : le bénéfice du temps complémentaire, de l'activité lucrative pour certaines catégories de praticiens médicaux, et la remise en cause de la gratuité des soins par des arrêtés interministériels.

La réforme hospitalière dont la mise en application est annoncée chaque année depuis 1998, consiste en une série de mesures, à caractère organisationnel, managérial et financier, à même de répondre aux besoins en soins de la population. Il aurait été plus judicieux d'engager une révision du système national de santé dans sa globalité.

L'arrêté interministériel « Ministère des Finances – Ministère de la Santé et de la Population » fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements de santé, met fin au soutien de l'Etat à une catégorie d'Algériens : « les non assurés et solvables ». Le secteur de la santé en Algérie va devenir la principale source de pauvreté et de mécontentement de la population. La rigidité de ce texte prépare une clientèle potentielle pour les cliniques privées ouvertes à la négociation pour des paiements échelonnés et l'application de prix en fonction de la situation sociale des patients.

Avant l'application de la médecine gratuite en 1974, la solvabilité du malade était évaluée en fonction des critères de richesse et du coût des frais médicaux par des services intersectoriels, le plus souvent relevant des communes.

Il est question aussi de contractualisation des services de santé avec la CNAS, dont chaque secteur concerné lui donne le sens qu'il veut. La CNAS a lancé plusieurs chantiers de reconstruction du patrimoine perdu avec la médecine gratuite (centres de diagnostic, cliniques médicochirurgicales spécialisées dans la prise en charge des pathologies lourdes et coûteuses). Cette nostalgie du passé est, bien entendu, contraire aux principes de la contractualisation.

2- Extension du secteur privé des soins en Algérie : résultat de l'ouverture sur le marché.

Nous expliquerons dans cette partie le processus de l'émergence et de renforcement du secteur privé des soins en Algérie durant la décennie quatre-vingt-dix. En réalité, l'expansion de ce secteur trouve son origine dans le dysfonctionnement du secteur public de soins.

Le secteur privé s'est développé un peu anarchiquement. Il ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. Il comporte néanmoins plus de 145 cliniques et 4500 lits en 2000, contre 452 cliniques et 5720 lits en 2016 (cf. tableau 3). Souvent, le personnel de santé et celui du secteur public se confondent en l'absence de toute séparation claire entre les deux secteurs.

La dernière décennie en Algérie a été marquée par une hausse et une diversification des services de soins offerts par le secteur privé. Selon le rapport de Mebtoul (2012)⁷⁹, plus de 51% de spécialistes ont intégré le secteur privé, une centaine de cliniques privées et plus de deux cents projets.

⁷⁹ Mebtoul A. : 50 ans de bilan de l'économie algérienne 1963/2012. In : https://www.reflexiondz.net/50-ans-de-bilan-de-l-economie-algerienne-1963-2012-1ere-partie_a15804.html

La naissance du secteur privé de soins en Algérie est l'une des conséquences de la transition économique en Algérie. Nous assistons depuis déjà quelques années à une recomposition du système de soins algérien entre médecins du secteur public et ceux du secteur privé. Cette recomposition se traduit notamment par l'émergence de nouveaux investisseurs privés sur la scène socio-sanitaire et la constitution d'autres rapports professionnels dans l'espace de soins privé.

Le premier élément fait référence aux médecins spécialistes formés dans les hôpitaux, qui avaient acquis une expérience professionnelle appréciable, et qui, précisément, vont constituer l'élite médicale du secteur privé des soins. Exerçant antérieurement dans un système professionnel fragile (hôpital) en rupture avec leur système de référence de la médecine, centré sur la valorisation de l'objet technique⁸⁰, cette élite médicale a privilégié une stratégie individuelle de reclassement orientée principalement vers le secteur privé des soins qui va explicitement s'inscrire dans un processus de réussite sociale et professionnelle. Cela a été rendu possible grâce à une survalorisation sociale du spécialiste et à la dé crédibilisation de l'hôpital.

Le médecin spécialiste légitimé par l'État, durant les années soixante-dix, va progressivement rompre avec la logique de soupçon à l'égard du secteur privé, « intéressé uniquement par l'argent », qui était fortement prégnante durant cette période dominée par l'idéologie « socialiste ». Aujourd'hui, le secteur privé occupe une place importante aux yeux de la population algérienne sous le prétexte que ce secteur est composé principalement par des professionnels de la santé spécialisés et plus expérimentés formés dans les hôpitaux publics qui, eux, regroupent une main d'œuvre jeune et peu qualifiée.

➤ **Les causes du recours vers les soins dans le secteur privé**

Le recours au secteur privé s'explique par plusieurs facteurs dont sa dotation en moyens techniques les plus récents (scanner, IRM, etc.) souvent en panne ou inexistantes dans les structures hospitalières publiques. A titre d'indication, le secteur privé disposait en 2000 de 47 scanners. Les treize CHU n'en totalisaient que cinq⁸¹.

L'extension du secteur privé des soins s'opère de façon dominante par la médiation de la technologie médicale. Elle va donc représenter sa base technique et sociale, qui lui permet, dans un contexte socio-sanitaire valorisant la spécialisation des soins, d'attirer facilement un nombre important de patients de catégories sociales diversifiées. Ce marché difforme des soins peut être illustré par la reproduction du « monopole », mais cette fois-ci au profit du secteur privé des soins. Il se traduit notamment par un rite de passage (du public au privé) qui efface toute logique de concurrence, particulièrement quand la clinique ou le cabinet privé est seul à détenir l'équipement technique ou à avoir pu intégrer le spécialiste détenteur d'une réputation socialement reconnue.

⁸⁰ Mebtoul M. : Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie, l'Harmattan, Paris, 2004.

⁸¹ MSPRH : projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, MSPRH, 2003.

Autrement dit, le marché difforme des soins se renforce à partir d'un terrain propice et favorable qui lui permet aisément de se « nourrir » des dysfonctionnements de l'hôpital. Cette dynamique d'extension du secteur privé des soins, semble aujourd'hui inséparable d'une forme sociale d'autodépréciation de l'activité quotidienne assurée à l'hôpital.

Un troisième élément, plus macrosociologique, va nécessairement favoriser le développement du secteur privé des soins. Il s'agit de l'adhésion de l'État aux réformes imposées par les organismes internationaux (FMI et Banque Mondiale, OMC), à partir de 1994, contraint de mettre en œuvre le plan de réajustement structurel. A la santé « publique » longtemps privilégiée, même dans sa forme rhétorique, par les pouvoirs publics, se substitue aujourd'hui un autre discours social centré sur la réforme hospitalière. Ce glissement des objectifs et de la démarche de l'État traduit, bien, au-delà d'une formule sur la nécessaire rationalisation des activités de soins de l'hôpital, un impératif majeur au cœur des prescriptions des organismes internationaux, qui est celui du recouvrement des coûts par les patients, même si des nuances et une prudence « politique » semblent s'imposer, ciblant les catégories sociales aisées concernées par ces mesures⁸².

Kaid Tlilane N., dans son rapport en 2002, indique que les pouvoirs publics sont au cœur de la construction du statut ambigu de la privatisation des soins, avec notamment l'émergence et l'extension des cliniques privées. Ils ont notamment normalisé l'activité complémentaire des spécialistes du secteur public, dans le but d'atténuer leurs revendications salariales. En privilégiant depuis au moins trois décennies, un mode de régulation bureaucratique et centralisé du système de soins, ils ont été en grande partie à l'origine des stratégies individuelles de reclassement élaborées par les spécialistes du secteur public, devenus des acteurs essentiels du secteur privé des soins. La montée importante de la marchandisation du domaine des soins traduit bien le passage d'une idéologie de la « gratuité des soins » à l'importance sociale de l'argent, pour tenter de se soigner. Aujourd'hui, il s'agit moins d'opter de façon relativement autonome entre deux secteurs en « concurrence », à savoir celui du public et du privé, que d'être souvent contraint face à l'urgence de la maladie, à l'errance thérapeutique des patients anonymes, à la trop longue attente dans les hôpitaux, à recourir, même s'il faut s'endetter, à la clinique privée.

De même auteure, Le renforcement du secteur privé des soins est profondément lié aux multiples imbrications entre les logiques des pouvoirs publics, de certains médecins spécialistes (chirurgiens, gynécologues, etc.) de l'hôpital et ceux du secteur privé. L'imbrication dont il est question ici prend corps dans un processus de normalisation qui se traduit par exemple par une mobilité légale et encouragée par les pouvoirs publics des spécialistes qui peuvent exercer simultanément dans les secteurs public et privé. Ce double investissement professionnel des spécialistes n'est donc pas un phénomène à la marge ou exceptionnel. Il est au cœur des stratégies de

⁸² MSPRH(2003), op.cit.

reclassement d'une majorité de professionnels de la santé. On peut être sage-femme à l'hôpital et exercer parallèlement dans une clinique privée. On peut être responsable d'un service hospitalier de chirurgie, tout en étant plus disponible pour réaliser des actes opératoires dans un espace sanitaire privé. L'accomplissement est à l'origine d'une dynamique socio-sanitaire permettant, d'une part aux pouvoirs publics de composer aujourd'hui avec un secteur privé antérieurement marginalisé, peu reconnu, et d'autre part à une majorité de spécialistes d'en être la figure emblématique. Autrement dit, le secteur privé des soins a pu aisément se « nourrir » et se renforcer par la médiation des logiques sociales à l'œuvre au sein du secteur étatique des soins et des pouvoirs publics.

Les pouvoirs publics reconnaissent cette extension rapide du secteur privé des soins. Après avoir été limité essentiellement aux activités de consultation, le secteur privé a connu un développement rapide dans les années quatre-vingt-dix, à la faveur de la promulgation de la loi 88-15 du 3 mai 1988 et du décret 88-204 du 18 octobre 1988, fixant les conditions de réalisation et de mise en fonctionnement des cliniques privées. Son champ d'intervention s'est étendu ainsi aux activités d'exploration (biologiques et radiologiques) et d'hospitalisation (chirurgie et gynécologie-obstétrique notamment). Le secteur privé regroupe actuellement 51% de l'effectif total des praticiens spécialistes, 32% de celui des généralistes et 89% de celui des pharmaciens⁸³.

Le décret 99-236 du 19 octobre 1999 permet ainsi aux spécialistes du secteur public, d'exercer durant deux demi-journées par semaine dans le secteur privé des soins.

3- Les nouveaux défis du système de santé algérien à l'ère de la transition à l'économie du marché

Il est évident que notre système de santé souffre d'un déséquilibre structurel aux dépens de la santé publique praticienne. Mais sans une réelle prise de conscience, aussi bien chez les professionnels de la santé que chez les pouvoirs publics, de la nécessité d'un renforcement institutionnel, d'abord par une revalorisation statutaire des personnels à la hauteur des missions qui sont les leurs, ensuite par l'affranchissement de la mise sous tutelle imposée, afin de permettre enfin la création de pôles d'excellence en santé publique praticienne, avec la mise en place de leurs normes propres de performance individuelles et organisationnelles, et enfin l'établissement de saines relations de collaboration interdisciplinaire CHU-santé publique praticienne, le système de santé est condamné à vivre encore longtemps sous le spectre de la contre-performance.

Nous avons présenté certaines caractéristiques du système de santé algérien. Il manifeste que de grands changements sont survenus dans la santé de la population mais il est tout aussi certain qu'il est confronté à des défis majeurs impliquant:

⁸³ Zehnati A : Fin de la gratuité des soins,2015. In :Forumdesdémocrates.over-blog.com

- la mise en place d'une organisation qui permette aux intervenants d'agir ensemble pour atteindre des objectifs clairement définis en rapport avec l'amélioration de la santé de la population ;
- l'élaboration d'un système d'information qui soit une véritable aide à la décision ;
- l'encadrement des différentes activités de santé par des textes réglementaires performants.

Ainsi que nous l'avons dit, le système de santé actuel est caractérisé par son éclatement, accentué par la suppression du secteur sanitaire, du fait du développement anarchique du secteur privé et de la non-coordination des deux secteurs pour la prise en charge des patients.

L'enjeu est de mettre en place une organisation dans laquelle les secteurs public, parapublic et privé, coexistent avec un objectif commun : la prise en charge de la santé de la population. Ce type d'organisation existe dans plusieurs pays. A son point de départ, se trouve une approche commune concernant un bassin de population. Une telle approche pourrait se faire à partir des wilayas sous la responsabilité des directeurs de la santé. Elle pourrait, d'une part, reposer dans chaque wilaya sur des bassins de population qui seraient l'équivalent des districts sanitaires préconisés par l'O.M.S.

Les auteurs écrivaient que « *le système d'information reste incontestablement le point faible pour pouvoir apprécier le point de départ, le volume, la qualité et l'organisation des ressources liées à l'application des programmes et à l'atteinte des objectifs dans les délais fixés* »⁸⁴. La question est ici de savoir s'il est préférable de développer un système d'information de routine auprès des secteurs sanitaires et d'être exposé aux inconvénients bien connus des notifications de maladies transmissibles par exemple, ou alors, de se baser sur une approche plus rigoureuse. Quels sont les services qui, en plus de leurs activités quotidiennes, sont capables de collecter, traiter et analyser l'information utile ? Dans l'état actuel, les services d'épidémiologie et de médecine préventive pourraient répondre à une telle demande, sous certaines réserves. Des zones d'observation judicieusement choisies et des enquêtes spécifiques constitueraient des pôles et des moyens de formation et d'évaluation utiles. Près de vingt ans plus tard, les mêmes questions se posent et il est indispensable de sortir de l'ornière dans laquelle se trouve le système d'information. L'existence d'un réseau informatique tel qu'il est actuellement devrait permettre de progresser dans ce domaine.

⁸⁴ Dans les cahiers de recherche de CREDOC, la question du système d'information a été abordée comme un facteur indispensable dans l'évaluation des politiques sociales. Galdmar V. et Alii, Performance, efficacité, efficience : les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ?, CREDOC, n°299, Décembre 2012.

Conclusion

La transition économique en Algérie et le passage à l'économie de marché ont eu des répercussions négatives sur le système de santé. C'est la transformation, ces dernières années, du contexte global de financement de la santé sous la pression de certains facteurs, qui rendent très difficile une quelconque régulation, que ce soit par l'Etat ou par le marché.

Les éléments qui persistent et pèsent toujours sur les économies des pays sont d'abord l'accroissement prodigieux des besoins de santé qui grimpent d'une manière impressionnante, la multiplication des risques sociaux liés à l'urbanisation de la population avec tout ce que cela engendre comme risques démographiques, écologiques et socio culturels. Ce contexte favorise grandement la modification du schéma pathologique de la population, qui s'oriente dans la plupart des systèmes de santé vers une demande de soins lourds.

Les changements économiques ont, pour leur part, une grande responsabilité dans le fonctionnement actuel des systèmes qui par, les effets de la crise mondiale, élargissent la population à risque avec la montée du chômage et de la précarité.

Cependant, la généralisation du principe de la libéralisation des économies tend à soumettre la santé aux règles du marché, ce qui augmente les chances de l'individualisme et détruit les rapports de solidarités entre les populations, pourtant élargis durant les années de grande prospérité économique.

Le secteur privé a profité clairement de défaillance du secteur public pour connaître une expansion importante mais jugée anarchique durant ces dernières décennies, qui profite beaucoup plus aux personnes les plus aisées du moment que ces prestations ne sont pas prises en charge par les organismes de la sécurité sociale

La cohésion sociale est donc menacée, les facteurs de mise sous tutelle des biens sanitaires sont de plus en plus justifiables et prouvent que la santé ne peut être régie par les mécanismes de l'offre et de la demande pour la simple raison que le profit ne peut avoir un rôle de régulateur dans ce type de marché.

CHAPITRE III : ETUDE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays en développement rencontrent de sérieuses difficultés notamment dans le financement des prestations de soins. Ces problèmes sont le résultat de plusieurs facteurs, tant démographiques, épidémiologiques, environnementaux, que sociaux.

Le secteur de la santé constitue le domaine social de base de tout pays, notamment pour l'Algérie. C'est pourquoi l'Etat en fait l'une de ses priorités absolues. Le financement de ce secteur est essentiellement public, mais cette option rencontre certaines limites. Les disparités en termes d'accès et la qualité des prestations sont deux préoccupations majeures.

L'évolution de l'état de santé de la population est illustrée par la tendance lourde de l'amélioration observée pour les principaux indicateurs, notamment ces dernières années. Cependant, le système de santé algérien fait face à de nombreux défis, dont ceux relatifs à la transition épidémiologique, à l'évolution démographique, aux disparités dans l'accès aux soins et à la performance des structures. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattue sans pour autant remettre en cause les principes d'équité et de solidarité qui fondent le système national de santé.

La croissance des dépenses est une caractéristique commune à tous les systèmes de santé, mais elle apparaît particulièrement accentuée en Algérie. L'amélioration de l'état de santé est souvent mise au crédit de cet accroissement des dépenses, bien que d'autres facteurs jouent un rôle important. Le poids de la charge financière que représentent ces dépenses invite aujourd'hui à mener des évaluations de la qualité médicale des systèmes de soins, mais celles-ci restent encore peu développées, limitées dans plusieurs pays.

L'objectif de ce chapitre est de mettre en lumière les contraintes du système de santé algérien et les causes principales de l'augmentation des dépenses de santé en Algérie.

I-LES FAIBLESSES DU SYSTEMES DE SANTE ALGERIEN

Le système de santé algérien, organisé autour du secteur public et privé est confronté aujourd'hui à plusieurs problèmes qui rendent d'une part le malade algérien insatisfait des prestations de soins offertes et d'autre part l'offre et l'accès aux soins difficiles. Une offre qui est très étendue mais appelée à s'adapter aux nouveaux défis sanitaires.

L'objectif de cette section est d'étudier les difficultés du système de santé algérien induites par une série de mutations d'ordre économique, démographique et épidémiologique.

1-Difficultés rencontrées dans le secteur public de soins : Le secteur public de soins, qui assure notamment l'essentiel des hospitalisations, souffre de carences nombreuses liées à un manque de moyens (financiers, humains et matériels) et à une attention insuffisante aux attentes réelles des malades. Ces dysfonctionnement consistent principalement en :

1.1-L'organisation du système de santé et la hiérarchisation des soins : le système de santé dans son ensemble manque d'une organisation cohérente de prise en charge des malades, ce qui entraîne l'absence de continuité des soins, particulièrement angoissante pour les malades chroniques ou ceux atteints de pathologies sévères. Par ailleurs il n'existe pas de procédures suffisantes de contrôle de la qualité des prestations.

La gestion des services de santé est caractérisée par une centralisation excessive et rigide. L'absence d'une autonomie dans la gestion, l'administration et l'organisation des services de santé ont aggravé les surcoûts dans les budgets. Le forfait hôpitaux et l'absence de comptabilité ont transformé les responsables de santé en dépensiers. Il n'y a pas de maîtrise des dépenses et encore moins une évaluation de leur impact sur le fonctionnement des services et l'amélioration des prestations.

Ainsi, une absence d'implication dans le fonctionnement et l'évaluation des services de santé, de la sécurité sociale, des collectivités locales et des usagers, est constatée. Quant au système d'information et d'évaluation, il est jugé défaillant.

1.2- Manque de moyens financiers : le secteur public de soins est confronté à un manque de moyens extrêmement pénalisant. S'agissant des moyens financiers, nous constatons que les dépenses budgétaires des établissements publics de soins, qui représentaient en 1990, près de 2% du Produit Intérieur Brut (PIB), n'en représentent plus que 1,3% en 2000, 1,15 % en 2006, 1,57 % en 2010 et 1,42 en 2015⁸⁵.

Le budget de la santé sert en grande partie à la rémunération des personnels. Cette part a tendance à diminuer entre 2000 et 2010, passant de près de 62 % en 2000 à près de 55 % en 2010. Mais depuis 2012, ce budget connaît un accroissement pour atteindre 60% et 61% en 2012 et 2016 respectivement (cf. tableau 1). D'après la loi de

⁸⁵ Le budget de fonctionnement alloué au secteur de la santé augmente d'année en année au regard des objectifs d'amélioration du service sanitaire. Le budget s'élève à 381 972 062 000 dinars en 2015, alors qu'il était de 365 946 753 000 dinars en 2014 et de 306 925 642 000 dinars en 2013.

finances 2012, ce budget, en forte croissance, a été essentiellement affecté au paiement des rappels des salaires qui ont connu une augmentation en 2008.

Toutefois la loi du 19 août 1998 qui permet aux médecins d'exercer une activité complémentaire perturbe le fonctionnement des hôpitaux publics par le fait qu'une partie des concernés ne respecte pas la limite d'une journée par semaine imposée et que leur double appartenance les incite à orienter les patients en mesure de payer vers le secteur privé.

La consommation médicamenteuse présente un volume financier important. Rapportées aux dépenses totales de santé, elle passe de près de 15 % en 2000 à plus de 22 % en 2016 (cf. tableau 1).

17 milliards de dinars ont été injectés dans le domaine pharmaceutique pour en finir avec la dépendance à l'égard des producteurs étrangers, l'objectif étant de satisfaire, à l'horizon 2014, 70% des besoins nationaux en médicaments au moyen d'une production algérienne⁸⁶. Malgré ces efforts, cet objectif n'a jamais été réalisé à ce jour

Par ailleurs, le budget de prévention atteint près de 2% des dépenses en 2000 et 3% en 2016, ce qui est dérisoire, et le pourcentage de la recherche, qui ne dépasse pas 0,03%, reste insignifiant (cf. tableau 1).

Cette baisse sévère des moyens de fonctionnement a été subie plus qu'assumée par les établissements de santé, ce qui s'est traduit par la pénurie récurrente des moyens médicaux de soins (médicaments, petit matériel et consommables), la dégradation des conditions d'hébergement des malades hospitalisés, le mauvais entretien des locaux et des équipements, et également par le départ de personnels indispensables au bon fonctionnement des structures.

⁸⁶ Mahfoud N. , Brahamia B: The problems of funding the health system in Algeria International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences. 2014.

Tableau 1: Evolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses entre 2000 et 2016.

(en%)

Catégorie de dépenses	2000	2002	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2016
Personnel	61,98	65,2	61,6	60,59	55,26	52,07	52,99	54,85	60,1	60,01
Dépenses de formation	2,79	2,12	2,49	2,34	2,23	3	3,76	3,04	3,2	2,9
Alimentation	2,89	1,55	1,89	2,29	2,39	2,64	3,07	2,8	2,5	2,58
Médicament	14,97	17,4	17,6	18,4	20,69	20,69	20,94	21,53	21,06	22,32
Dépenses d'action spécifiques de prévention	1,98	2,29	2,38	2,37	2,29	2,54	3,76	2,49	2,8	3,01
Matériel médical	3,99	4,1	4,86	3,69	6,55	5,13	4,71	4,34	5	4,5
Entretien infrastructures	1,9	1,92	2,66	2,91	3,55	3,86	4	3,87	4,5	4
Autres	7,86	4,41	5,38	5,85	5,82	7,96	5,88	6,54	0,2	0,14
Œuvres sociales	1,6	0,99	1,08	1,53	1,19	1,89	0,86	0,52	0,61	0,51
Recherche médicale	0,04	0,02	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,03	0,03

Source : réalisé par nous-même à partir des données collectées auprès du MSPRH.

L'évolution des dotations budgétaires par poste de dépense ne fait que confirmer la principale caractéristique du système de soins algérien, qui est de favoriser l'aspect curatif au détriment de l'aspect préventif.

La santé doit être considérée non pas comme une simple satisfaction d'un besoin mais comme un facteur prioritaire de développement global et durable. Ce qui implique de fixer des obligations pour tous les acteurs : en premier l'Etat qui reste le principal garant de la protection de la santé, les bailleurs de fonds (place de la sécurité sociale dans le financement de la santé), les collectivités et enfin les ménages qui ont leurs responsabilité propre par rapport à la santé.

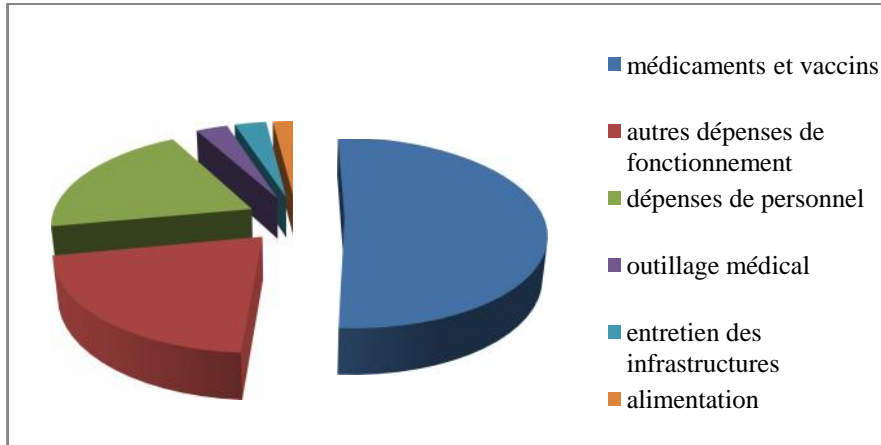
1.3-Endettement des établissements de santé : L'endettement du secteur de la santé en 2000 s'élève globalement à 14 milliards DA dont 11,7 milliards de DA à l'indicatif des établissements de santé. L'endettement des CHU représente 29,5%, les EHS 7% et les secteurs sanitaires 63,5%. La dette globale représente 18% des budgets alloués aux établissements en 2001 contre 21% en 2000⁸⁷.

L'hôpital algérien souffre toujours de difficulté de financement, même s'il n'a jamais disposé d'autant de moyens. Entre 2010 et 2014, l'Algérie a dépensé plus de 1500 milliards de dinars pour la santé (cf. tableau 2). Selon les données du MSPRH, en 2014 les établissements affichent une dette de plus de 25 Milliards DA mais qui a été effacée par le ministre.

⁸⁷. Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part du médicament dans les dépenses d'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaïa, mémoire de magister en sciences économiques, université de Béjaïa, 2009.

La répartition de la dette des établissements se décompose en dépenses de médicaments à hauteur de 51% ; en dépenses de fonctionnement (eau, gaz, électricité....) et de personnel (à 20%), et en outillages, alimentation et entretien des infrastructures (6%) (cf. figure 1).

Figure 1 : La répartition des dettes des établissements de santé en 2014.



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

L'endettement constitue une contrainte majeure pour le bon fonctionnement des établissements de santé. La qualité des soins s'en trouve réduite. Parmi ses conséquences, nous citons notamment :

- Les difficultés d'approvisionnement en médicaments et consommables ;
- Une baisse dans la qualité des produits achetés par les établissements et, partant, des prestations offertes ;
- Une motivation des personnels en baisse, de même que la crédibilité du secteur public.

Les budgets des établissements n'ont pas connu d'augmentation significative depuis une décennie alors que la demande de soins n'a cessé d'augmenter du fait de la transition épidémiologique et de la croissance démographique. Les besoins de santé sont en hausse ; ils sont de plus marqués par une augmentation des maladies chroniques et dégénératives (cancers, maladies du système circulatoire, maladies rénales...) qui exigent une prise en charge à la fois longue et onéreuse.

Les budgets octroyés ne couvrent pas ces nouveaux besoins. D'ailleurs, le titre 'alimentation' ne couvre que 31% des besoins estimés et les parts alloués à l'entretien des infrastructures sont très faibles : ils se situent à 4% en 2016 du budget des établissements (cf. tableau 1), alors qu'il se situait traditionnellement entre 8 et 12% du budget global. Les autres dépenses relatives au paiement des frais de téléphone, gaz

et eau ainsi qu'aux frais de literie et lingerie ne sont couverts qu'à concurrence de 70% des besoins⁸⁸.

Ces données montrent les difficultés auxquelles se heurtent les établissements de santé pour assurer une bonne prise en charge des malades, ce qui influe indéniablement sur la qualité des services offerts. L'insuffisance budgétaire pour ces dépenses a contribué également à alourdir la dette des établissements.

En dépit des moyens importants alloués, le rendement reste faible et la qualité est encore défaillante.

1.4- Nombre insuffisant de spécialistes

L'encadrement en spécialistes dans le secteur public de soins est insuffisant et concentré dans les CHU. De très nombreux services des hôpitaux se trouvent, de ce fait, placés sous la responsabilité de généralistes non préparés à cette tâche. Par ailleurs, la plupart de ces structures se trouvent dépourvues de pharmaciens. Aujourd'hui, les établissements de santé de proximité offrent des consultations dans plusieurs spécialités mais les listes d'attente restent longues.

Les spécialistes sont concentrés en majorité dans les établissements des quatre grandes villes et sont débordés par l'afflux des patients venant de tout le territoire national. De plus, les pénuries fréquentes et de différentes natures font que les prestations sont fournies de façon aléatoire. Il en résulte une demande exprimée vers le secteur privé, ce qui génère une lourde dépense pour les particuliers.

Les salaires attractifs proposés dans le secteur de soins privé ont encouragé la fuite des spécialistes formés dans le secteur public. De plus, la concentration des médecins, et notamment des spécialistes, s'opère systématiquement au nord du pays. Ce phénomène s'explique par des conditions climatiques défavorables dans le Sud algérien.

1.5-Equipement médical

Les équipements techniques des structures publiques de soins sont peu nombreux et souvent en panne⁸⁹, ce qui contraint le malade, même hospitalisé à s'adresser à des structures privées pour des examens radiologiques et de laboratoire. Cette situation explique en partie le choix des patients de s'adresser directement aux structures des CHU, mieux pourvues en spécialistes, ou du moins vraiment équipées.

⁸⁸ Kara Terki A. : La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Tlemcen, 2010.

⁸⁹ Kaid Tlilane N. : Crise économique et état de santé des enfants algériens, Revue santé conjugée, n°29, 3^{ème} trimestre, 2004.

1.6- Offre des prestations de soins et relation entre médecin et malade

La demande de soins en Algérie est de plus en plus forte, avec la hausse du taux de morbidité mettant progressivement au premier plan des maladies coûteuses nécessitant une prise en charge à long terme, un haut niveau de technicité et des moyens techniques efficaces.

Quand à la prise en charge du malade, elle est jugée déficiente, notamment avec le cumul des erreurs médicales.

La relation entre offreurs et demandeurs de soins se traduit par une attention insuffisante du personnel des établissements publics qui se montre souvent peu attentif aux attentes des malades et de leur famille. Cet aspect relationnel envers les malades pose des problèmes importants dans les structures publiques.

1.7-Les ruptures en médicaments et consommables

Les années 90 ont été marquées par de nombreuses ruptures en médicaments et consommables divers, ce qui a entravé la bonne marche des services de santé et réduit l'impact des programmes nationaux. Par contre, la décennie 2000-2010, est caractérisée par une amélioration sensible de l'approvisionnement, Toutefois, des ruptures sont toujours enregistrées pour certains médicaments et produits pharmaceutiques. A titre d'illustration, celles relevées dans les structures de santé, durant la dernière décennie, concernent les classes pharmacologiques suivantes : produits anesthésiques et analgésiques, cancérologie, cardiologie endocrinologie, gastro-entérologie, infectiologie, métabolisme nutritionnel, neurologie⁹⁰.

Il est à souligner par ailleurs que le budget octroyé aux établissements de santé pour le médicament couvre en moyenne 80% des besoins⁹¹, ce qui explique en partie les pénuries et ruptures de stocks.

1.8-L'insuffisance de la maintenance

Durant les trois décennies qui ont suivi l'indépendance, l'Algérie a investi en équipement médicaux. L'absence de compétences et de techniciens qualifiés pour prendre en charge les travaux d'entretien et de maintenance onéreux est à déplorer. Sur 73 500 équipements médicaux, 10 200 sont en panne⁹². C'est un problème qui perdure depuis des années et qui paralyse les hôpitaux et pénalise le citoyen.

La part des dépenses des postes matériel médical et entretien est passée de 2,94% et 1,9% respectivement en 2000, à 4,58 % et 4,1% en 2016 (cf. tableau 1). Un taux que

⁹⁰ Pouvourville haire G. : L'accès au remboursement et médicament, ESSEC, 20^{ème} journées pharmaceutiques nationales, Algérie, 20 avril 2011.

⁹¹ Kara Terki A. : La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Tlemcen, 2010.

⁹² Oufriha F.Z.: Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, 2002.

nous jugeons faible face à une demande importante car un bon diagnostic dépend généralement d'équipements médicaux.

2- Difficultés rencontrées dans le secteur privé de soins

Le secteur privé reste pour sa part largement concentré dans les grandes agglomérations et ses tarifs ont décuplé par rapport aux tarifs réglementaires.

Le secteur privé, essentiellement concentré dans le domaine des soins ambulatoires, y compris dans certaines cliniques, n'a pas les mêmes contraintes que le secteur public. Il est réputé être bien équipé et draine de plus en plus de spécialistes : hors CHU, la majorité (plus 60 %) des spécialistes exercent en privé⁹³. De plus, la possibilité donnée aux spécialistes du secteur public d'exercer un temps complémentaire en privé renforce cette domination.

Le problème posé par le privé est celui de l'accessibilité géographique, et surtout financière :

- En matière de répartition géographique, la complémentarité entre secteur public et privé, appelée par les pouvoirs publics, n'est pas réalisée ; les praticiens privés, les spécialistes en particulier, se concentrent dans les grosses agglomérations.
- Les prestations délivrées dans le secteur privé sont en grande majorité à la charge du malade, en dépit de la couverture en assurance maladie de plus de 80% de la population. Cette situation est liée au gel des tarifs réglementaires des actes médicaux qui servent de base aux remboursements.

En plus des problèmes qui affectent différemment le secteur public et le secteur privé, l'ensemble du système de santé souffre de dysfonctionnements communs aux deux secteurs à savoir :

- L'inexistence de schémas d'organisation de l'offre de soins et de services. En particulier, le système de soins ne s'est pas adapté aux nouveaux besoins de santé de la population. Or les changements démographiques importants de ces dix dernières années et les nouveaux modes de vie ont modifié ces besoins.
- En matière de maternité par exemple, l'augmentation de l'âge des primipares, et le nombre réduit d'enfants par femme, exigent des accouchements sécurisés que ne peuvent pas offrir les maternités dites rurales (très largement désertées d'ailleurs).

⁹³ Zehnati A : Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, Thèse de doctorat en Sciences Economiques, université de Béjaia-université Dijon, 2014.

- L'augmentation de la longévité des Algériens s'accompagne nécessairement d'une augmentation des maladies chroniques, dont le suivi est actuellement mal assuré. L'incidence élevée des cancers exige une organisation de leur prise en charge plus systématique qu'elle ne l'est aujourd'hui.
- Enfin la population a de plus en plus d'exigences en matière de qualité des soins. A cet égard l'encadrement réglementaire est insuffisant et le contrôle de la qualité des soins reste à promouvoir.

En résumé, le mécontentement des malades algériens à l'égard des prestations de soins se manifeste à plusieurs niveaux : les équipements sont en panne (radiologie, couveuses...) et les malades sont renvoyés ; les médicaments essentiels manquent dans les structures de santé et sont trop chers en officine; les malades doivent acheter les consommables avant une intervention chirurgicale ou un acte médical (seringues jetables...). Les hôpitaux sont surchargés et notamment les maternités : les malades doivent attendre longtemps avant d'être admis dans un hôpital, quelquefois au péril de leur vie.

II- ANALYSE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

L'objectif principal de cette section est d'analyser les causes de dysfonctionnement du système de santé algérien, qui se répercutent négativement sur l'état de santé de la population et sur la qualité des prestations de soins.

Bien que l'état de santé de la population algérienne se soit progressivement amélioré, il ne peut être rapproché des seuls progrès réalisés par le système de santé. Les facteurs qui y contribuent sont en fait très nombreux et divers :

- Le développement général du pays qui a un impact positif sur la situation sanitaire, avec les progrès réalisés dans l'éducation, l'emploi, le niveau de vie, les conditions d'habitat.
- Les facteurs endogènes au secteur de la santé tels que : l'extension de la couverture sanitaire de la population, l'élargissement de l'offre de soins par l'augmentation du personnel médical et des infrastructures sanitaires, la gratuité des soins qui a favorisé un accès élevé aux soins, le progrès dans la surveillance épidémiologique (contrôle des maladies transmissibles), adaptation des programmes de formation des personnels de la santé, mise en place des laboratoires de contrôle des produits pharmaceutiques ...

Par ailleurs, l'action sur l'état de santé ne peut relever uniquement du système curatif mais doit intégrer la prévention, qu'elle soit primaire (amélioration des conditions de vie, éducation, vaccination...) ou secondaire (dépistage). En Algérie, les actions de prévention restent en fait limitées.

Aujourd'hui, le système de santé subit les retombés de ces facteurs qui ont accéléré le taux démographique et transformé la situation épidémiologique du pays.

1- Evolution des dépenses de santé

Depuis plus de trente ans, les dépenses de santé s'accroissent à un rythme rapide. Ces évolutions concernent l'ensemble des pays développés et sous développés, quel que soit le système de soins et d'assurance maladie mis en place. La dérive des dépenses a entraîné depuis longtemps la mise en place d'une politiques visant à mieux maîtriser leur évolution. Le niveau désormais atteint par ces dépenses, le poids qu'elles font peser sur l'économie, les crises financières récurrentes du régime d'assurance maladie dans un contexte peu favorable d'évolution des recettes, ont placé la santé au cœur des débats politiques depuis plus d'une quinzaine d'années.

En Algérie, la croissance des dépenses concerne toutes les catégories de soins, mais non avec la même intensité. L'hôpital constitue généralement le secteur de dépenses le plus massif avec une part plus importante

De nombreux travaux en économie de la santé⁹⁴ ont montré que la mise en œuvre de politiques incitatives, allant éventuellement jusqu'à des mécanismes concurrentiels, permet de limiter certains comportements stratégiques des producteurs et des consommateurs de soins, et d'augmenter l'efficacité du système de soins sans perdre en équité. Des systèmes de santé ont été conduits dans cette voie de réformes, et ce dans différents pays.

1.1-Les dépenses de santé en % du PIB

En Algérie, les dépenses de santé en % du PIB ont connu une augmentation continue pendant plus de 20 ans, passant de près de 4% en 1995 à plus de 8% en 2016 (le montant a doublé). La Tunisie a consacré plus d'efforts pour la santé, soit en moyenne plus de 6% et vient ainsi au premier rang devant le Maroc et l'Algérie (cf. tableau 2).

⁹⁴ Georges WEIL à travers ses travaux effectués en 2011 à l'université de Grenoble a démontré le rôle de l'Etat dans la régulation des dépenses de santé qui reste un sujet très complexe. Elles portent d'abord sur l'offre de soins (volume de l'offre, les tarifs ou fixation centralisée des prix, tarifs à la pathologie pour les établissements de santé – amélioration de la performance), l'organisation d'une concurrence, la régulation de la médecine ambulatoire. l'intervention peut porter aussi sur la demande à travers la limite de la consommation, Investissement dans la prévention et le contrôle de l'assurance maladie.

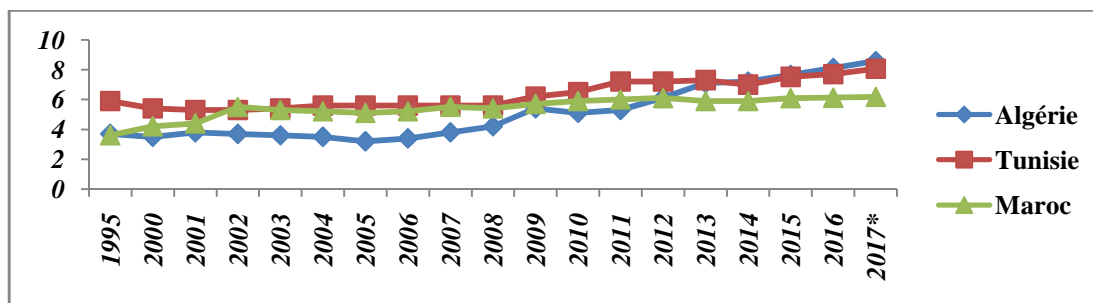
Tableau 2 : Evolution des dépenses de santé dans les pays de Maghreb en % du PIB entre 1995 et 2017.

Année	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Algérie	3,7	3,5	3,8	3,7	3,6	3,5	3,2	3,4	3,8	4,2	5,4	5,1	5,3
Tunisie	5,9	5,4	5,3	5,3	5,4	5,6	5,6	5,6	5,6	5,6	6,2	6,5	7,2
Maroc	3,6	4,2	4,4	5,5	5,3	5,2	5,1	5,2	5,5	5,4	5,7	5,9	6

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Algérie	6,1	7,1	7,2	7,65	8,11	8,57
Tunisie	7,2	7,3	7	7,52	7,7	8,06
Maroc	6,1	5,9	5,9	6,08	6,12	6,17

Source : réalisé par nos soins à partir des données de la banque mondiale.
 (* : prévisions de la BM).

Figure 2 : Evolution de la part des dépenses de santé dans les pays de Maghreb en % du PIB entre 1995 et 2017.

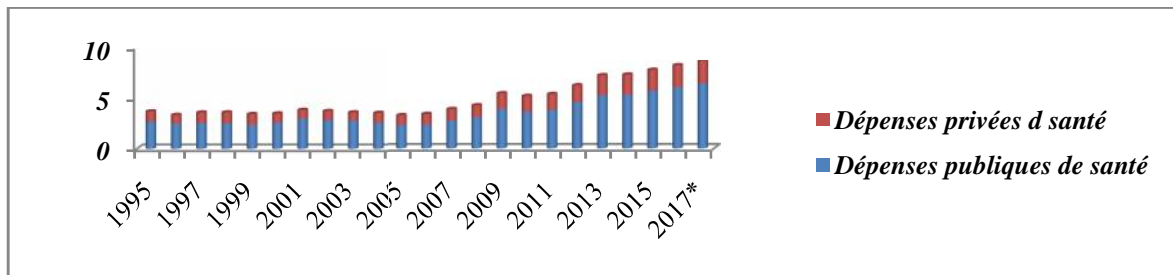


Source : réalisé par nous-même à partir du tableau 2.

1.2-Evolution des dépenses de santé publiques et privées en Algérie

Les dépenses publiques de santé ont connu une augmentation considérable depuis 2005, passant de près de 3 % du PIB à près de 6% en 2016 (contre seulement 4,4% en Tunisie et 2% au Maroc en 2016). Quant aux dépenses privées, elles n'ont pas cessé de baisser depuis 1995, pour prendre ensuite de l'ampleur dans les dépenses de santé et atteindre 2,14 % du PIB en 2016 (cf. figure 3).

Figure 3 : Evolution des parts respectives des dépenses publiques et privées de la santé en Algérie de 1995 à 2017.



Source : réalisé par nous-même à partir des données de la Banque Mondiale.

1.3- Comparaison des dépenses de santé par habitant dans les pays de Maghreb

Les systèmes de santé dans leur développement et leur évolution sont intimement liés aux caractéristiques du pays et à son contexte historique, économique et socioculturel. Ainsi, les systèmes de santé des pays du Maghreb sont marqués par leur contexte historique et ils sont le reflet des valeurs socioculturelles qui les distinguent.

Quelle que soit la nature du système de santé, l'Etat est présent aux différents échelons de sa régulation. Cela tient au fait que la santé n'est pas un bien ordinaire, et que l'Etat est le garant de l'équité et de la justice sociale quant à la contribution au financement et à l'accès aux soins. Dans ce sens, assurer l'égalité de l'accès aux soins de tous les citoyens est l'une de ses missions principales.

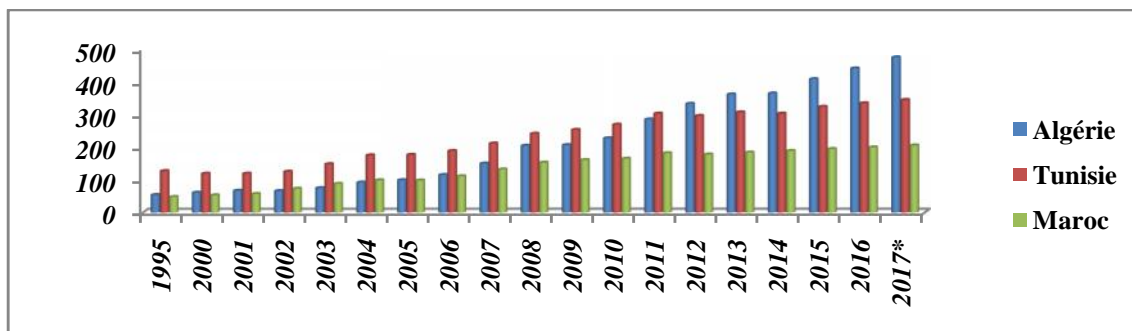
Les dépenses de santé par habitant algérien représentent 54 dollars en 1995. Ce montant a presque doublé en 10 ans pour atteindre les 100 dollars. 11 ans plus tard, en 2016, les dépenses ont été multipliées par 4,4. Mais pendant les années 90 et au début des années 2000, ces dépenses ne constituent que la moitié des dépenses de santé par Tunisien qui ont atteint plus 337 dollars en 2016. Quand au Maroc, ces dépenses n'ont pas dépassé 50 dollars en 1995 et ont été multipliées par plus de 4 en l'espace de 21 ans (soit de 201 dollars en 2016) (cf. tableau 3).

Tableau 3: Comparaison des dépenses de santé par habitant dans les pays du Maghreb (en dollars) entre 1995 et 2017

	Algérie		Tunisie		Maroc	
	Valeur Nominale	Valeur réelle	Valeur Nominale	Valeur réelle	Valeur Nominale	Valeur réelle
1995	54	1,86	127	19,72	48	7,83
2000	61	30,5	119	40,2	53	28,04
2001	67	15,95	119	60,1	57	91,93
2002	66	47,14	125	45,95	73	26,16
2003	75	28,84	148	54,61	88	75,86
2004	92	25,98	175	48,2	99	66,44
2005	100	61,34	178	88,55	99	101,02
2006	116	45,84	190	42,31	112	34,14
2007	151	43,01	213	62,47	133	65,19
2008	206	46,18	243	49,39	154	41,62
2009	208	36,49	255	72,44	162	163,6
2010	229	58,71	271	61,45	166	169,38
2011	287	63,77	305	88,4	183	198,9
2012	335	37,68	298	58,08	179	140,94
2013	364	112	309	53,36	185	98,4
2014	367	126,11	305	61,86	190	441,86
2015	411	80,58	326	67,21	196	126,45
2016	444	69,48	337	90,83	201	123,3
2017*	478	—	347	—	207	—

Source : réalisé par nous-même à partir des données de la Banque Mondiale.

Figure 4 : Evolution des dépenses de santé par habitant dans les pays de Maghreb entre 1995 et 2017.



Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 3.

En règle générale, et d'après le rapport de l'OMS (2010), entre 20 et 40% des dépenses en santé sont gaspillées, ce qui prive un grand nombre de personnes des soins dont elles ont absolument besoin. Le sur-paiement constitue une forme de gaspillage, Par exemple, les prix des médicaments sont à certains endroits jusqu'à 67 fois supérieurs aux prix moyens internationaux, ce qui limite les ressources financières

destinées à d'autres services de santé. D'après les travaux de Georges Weil, une meilleure utilisation des médicaments permettrait aux pays d'économiser jusqu'à 5% de leurs dépenses en santé.

2-La dimension démographique : Le facteur démographique est l'une des causes principales de l'augmentation de dépenses de santé. La situation démographique en Algérie a connu un changement important caractérisé par une hausse importante de la population et une structure très différente.

2.1- Evolution de la population algérienne

La question démographique en Algérie est devenue préoccupante depuis ces deux dernières décennies. Les derniers recensements de l'ONS révèlent un accroissement naturel annuel moyen de 2,11%.

Depuis les années 80, l'Algérie a mis en place un programme national de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances, accompagné par l'intégration de la contraception dans les structures sanitaires. Il a été suivi en 1983 d'un programme de maîtrise de la croissance économique qui se basait sur trois axes principaux à savoir⁹⁵ :

- Le développement des infrastructures de base et l'organisation matérielle devant servir de support aux prestations d'espacement des naissances ;
- Le développement des activités d'information, de sensibilisation et d'éducation en direction de la population, notamment rurale en vue d'entraîner leur adhésion à l'objectif de maîtriser la fécondité ;
- La promotion d'activités d'études et de recherches sur les déterminants de la croissance démographique et leur relation avec le développement économique et social pour une meilleure intégration de la population au plan national de développement.

En réalité, ces programmes ont donné des résultats satisfaisants, mais reste que la maîtrise réelle de ce phénomène devrait se faire par le progrès économique et l'amélioration des conditions de vie de la population algérienne. D'ailleurs, le taux d'accroissement de la population a atteint le taux le plus bas à la fin des années 90, avec un taux de 7,5% en 2000.

En 2016, la population algérienne a atteint 40,4 millions d'habitants. L'année 2015 a été marquée par une augmentation conséquente du volume des naissances vivantes, qui a dépassé pour la seconde année consécutive le seuil d'un million de naissances.

⁹⁵ Ambassade de France en Algérie : Mission Economique, La santé en Algérie - MINEFI- DREE/TRESOR - 8 octobre 2002..

Son volume est passé de 25 millions d'habitants en 1990 à plus de 40,4 millions en 2016, soit un accroissement de 61,47% en l'espace de 26 ans (cf. figure 5). Ces constats sont autant de défis et enjeux en matière de population, leur prise en charge nécessitant une politique qui devrait être fondée sur l'élargissement de l'accès aux prestations de santé. C'est pourquoi, le gouvernement doit prendre un certain nombre de mesures à savoir :

- L'amélioration de la qualité des services en termes d'accueil, de capacité des personnels, de disponibilité des produits.
- Le renforcement du programme visant la maternité sans risque en développant la surveillance pré et post natale et en améliorant les conditions d'accouchement.
- Le développement des activités d'information, de communication et de sensibilisation des populations concernées.

Pour certains économistes tels que B. Demon (2009)⁹⁶ et Huber (2006), ce phénomène n'est qu'un effet du sous-développement et non plus une cause de dysfonctionnement.

Tableau 4 : Evolution de la population algérienne entre 1990 et 2017.

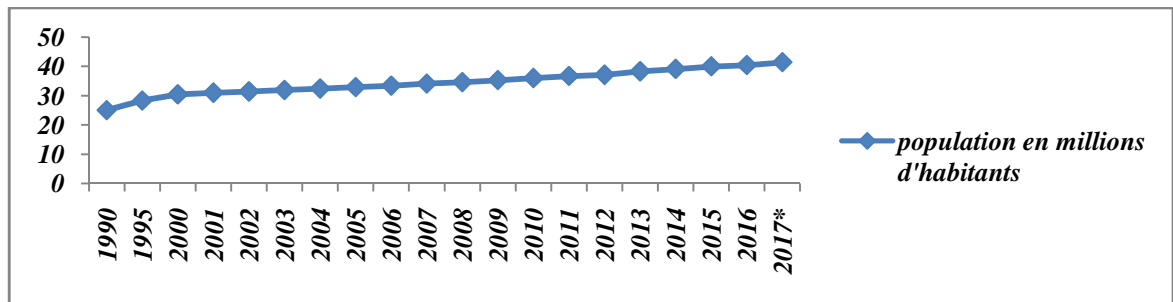
Année	Population en millions d'habitants	Taux d'accroissance en %
1990	25,02	–
1995	28,29	13,06
2000	30,41	7,5
2001	30,98	1,87
2002	31,4	1,35
2003	31,91	1,62
2004	32,4	1,56
2005	32,88	1,48
2006	33,39	1,55
2007	34,09	2,09
2008	34,59	1,46
2009	35,26	1,93
2010	35,97	2,01
2011	36,7	2,05
2012	37,1	1,06
2013	38,29	3,2
2014	39,11	2,14
2015	39,96	2,17
2016	40,4	1,10
2017*	41,38	2,42

Source : réalisé par nous-même à partir des données de l'ONS.

* : prévisions

⁹⁶ Brigitte Dormont, dans son travail a abordé la question de la transition démographique et comment la dynamique de cette dernière influe sur les dépenses de santé. Elle a démontré qu'avec une bonne gestion, la transition démographique n'aura qu'une faible part sur la progression des dépenses de santé.

Figure 5: La tendance d'évolution de la population algérienne de 1990 à 2017



Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 5.

2.2-Les caractéristiques de la transition démographique : la transition démographique a connu plusieurs périodes. L'augmentation de la population algérienne représente à la fois des avantages et des inconvénients :

2.2.1-Les avantages de la transition démographique : Selon le rapport du MSPRH (2003) et les données présentées précédemment, la transition démographique peut se caractériser de la manière suivante⁹⁷ :

- La transition démographique est largement entamée : le taux d'accroissement naturel a été réduit de plus de 50% entre 1986 et 2015.
- La période 1995-2015 est marquée par un infléchissement important de la croissance démographique, préfigurant ainsi l'atteinte d'une situation d'équilibre pour les années à venir.
- La décreue démographique observée au cours des années 90 s'inscrit dans un contexte de mutations familiales marqué notamment par l'évolution des modèles de nuptialité et de fécondité.
- Le taux de mortalité générale a connu également une chute au cours des deux dernières décennies, induisant un allongement de l'espérance de vie à la naissance.
- La configuration de la pyramide des âges évolue vers une structure plus équilibrée, marquée par un rétrécissement conséquent de la base en liaison avec la réduction des effectifs des classes jeunes, et par un élargissement progressif des classes d'âges plus avancés.

⁹⁷ MSPRH : Population et développement en Algérie, MSPRH, 2003

- L'évolution démographique a été marquée par des changements majeurs de la nuptialité : l'âge moyen au premier mariage a connu une augmentation importante tant chez les hommes que chez les femmes. Le recul de la nuptialité fait que la part des grossesses précoces, soit chez les femmes de moins de vingt ans, est minime dans la structure de la fécondité.
- La fécondité générale a connu une baisse conséquente, passant de 7 à 2,8 enfants par femme entre 1980 et 2015. Dans le même temps, la pratique de la contraception est consolidée avec un taux de prévalence qui a doublé.
- Les oppositions à la contraception, d'ordre religieux, culturel ou social ne constituent plus un frein à la planification familiale.

2.2.2-Les contraintes de la transition démographique

- Malgré une baisse conséquente, le rythme d'accroissement démographique est toujours qualifié de rapide et induit un doublement de la population.
- En raison de l'inertie des faits démographiques, liée au potentiel de reproduction contenu dans la structure par âge, la variable « population » va rester encore contraignante au cours des années à venir, et peser tout particulièrement sur certains domaines de la demande sociale (emploi, logement....).
- Résultant de la transition démographique accélérée, le vieillissement progressif et inéluctable de la population nécessite la mise en œuvre des politiques et stratégies appropriées, notamment pour la satisfaction des besoins sociaux et sanitaires.
- La mortalité maternelle et néonatale pèse de tout son poids sur la mortalité générale, ce qui appelle au renforcement des programmes de santé en direction des franges de population encore vulnérables.
- La notion de famille de taille réduite devra être mieux intégrée dans les attitudes et pratiques en matière de procréation et au niveau des politiques familiales et sociales.
- L'augmentation importante des catégories d'âge adulte, notamment des femmes en âge de procréer, nécessite une mobilisation accrue des moyens dans le cadre de la santé de la reproduction et, par là-même, un renforcement qualitatif des services en la matière.
- La persistance des écarts au niveau régional résulte de l'effet conjugué de facteurs démographiques, sociaux et culturels et témoigne de certaines

inégalités en matière d'accès aux services et au développement. L'action est à soutenir en direction des wilayas qui n'ont pas encore amorcé leur transition démographique, en particulier les wilayas du Sud du pays.

2.3- Les causes de l'accroissement démographique en Algérie : L'accroissement démographique en Algérie s'explique par plusieurs facteurs à savoir : le recul de l'âge de mariage, la diffusion de la contraception moderne et l'amélioration du niveau d'instruction des filles, la participation de la femme à l'activité économique et l'urbanisation rapide. Tous ces éléments ont agité sur la fécondité et ont participé à rendre irréversible la transition démographique. Les difficultés d'accès à l'emploi et au logement ont aussi un impact négatif sur le croît démographique.

2.3.1- Le recul de l'âge de mariage : le début de la décennie 2000 a vu un regain de la nuptialité dont le taux brut est passé de 5,8 mariages pour 1000 habitants en 2000 à 9,88 en 2015 (données de l'ONS), ce qui a fait augmenter le taux de natalité (le mariage tardif entraîne un phénomène de rattrapage en matière d'enfants). Quant au taux de mortalité infantile, il continuait à baisser à cause d'une meilleure couverture en structure d'espace des naissances et une amélioration de la qualité des prestations en matière de prise en charge des accouchements et de suivi des grossesses.

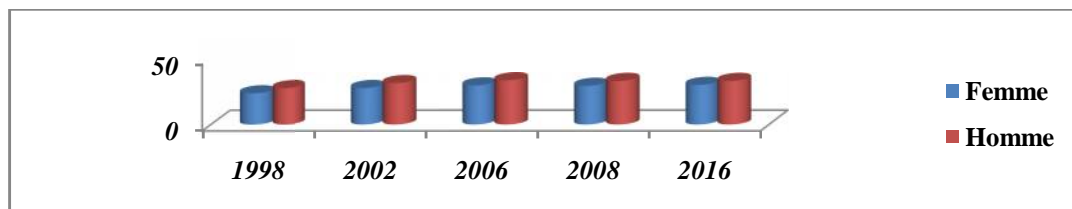
L'âge de mariage des femmes algérienne est passé de près de 24 ans en 1998 à plus de 30 ans en 2016, et de près de 28 ans en 1998 pour les hommes à 33 ans en 2016. (cf. tableau 5)

Tableau 6: L'âge de mariage en Algérie entre 1998 et 2016

Année	1998	2002	2006	2008	2016
Femme	23,7	27,6	29,6	29,3	30
Homme	27,7	31,3	33,5	33	33

Source : réalisé par nous-même à parti des données de l'ONS.

Figure 6 : Evolution de l'âge de mariage en Algérie entre 1998 et 2016.



Source : réalisé par nous-même à partir de tableau 6.

2.3.2- Augmentation des revenus et amélioration du niveau de vie

Plusieurs études macroéconomiques classent le bien « santé » dans la catégorie des biens supérieurs⁹⁸. La croissance économique se traduirait par une consommation relative de santé plus forte ; a contrario, le ralentissement de la croissance économique expliquerait le ralentissement constaté de la dérive des dépenses de santé. En réalité, il est difficile, aussi bien théoriquement qu'empiriquement, de faire la part de ce qui relève effectivement de la croissance économique et de ce qui relève de l'amélioration de la couverture sociale concomitante à cette croissance dans la plupart des pays développés, de l'impact de l'offre, des choix politiques et institutionnels en faveur du bien santé, ou encore des interactions avec le progrès technologique.

La masse salariale en Algérie a connu une amélioration importante ces dernières années, ce qui a amélioré le pouvoir d'achat et le niveau de vie des individus, et facilité leur accès aux soins. Au total, la masse salariale (tous secteurs confondus) a été multipliée par plus de 4 en l'espace de 12 ans passant de plus de 1 278 milliards DA en 2004 à plus de 5237 milliards DA en 2016 (cf. Tableau 7).

De même pour les salariés indépendants qui ont vu leur revenu augmenter d'une année à une autre, passant de 1526 milliards DA en 2004 à 5661 milliards DA en 2016 (cf. tableau 8).

L'évolution du salaire net mensuel était de 13,7% en 2013 contre 8,2% en 2012, 9,1% en 2011 et 7,4% en 2010. La revalorisation qu'a connue le salaire national minimum garanti (SNMG) en janvier 2012 en passant de 15.000 DA à 18.000 DA, ainsi que les augmentations salariales intervenues en 2010 et 2011, ont contribué à la hausse du salaire moyen de toutes les catégories. Selon l'enquête de l'ONS, le salaire moyen net mensuel en Algérie (hors secteurs agriculture et administration) a évolué de 4,8% durant l'année 2014 pour s'établir à 37.826 dinars (contre 36 104 DA en 2013), alors qu'en 2012, il était de 31 755 dinars⁹⁹. Ce montant a atteint en 2016, 39 200 DA (soit 54 700 DA dans le secteur public et 32 100 dans le privé) (données de l'ONS).

Le développement humain en Algérie a été une préoccupation constante des pouvoirs publics. Le développement social recherché devait configurer les structures économiques en cohérence et en harmonie avec les besoins sociaux fondamentaux de

⁹⁸ L'étude de Hisson M. publié en 2004 sous « La santé, un bien supérieur », dans la chronique internationale d'IRES, n° 91, 4^{ème} trimestre.

⁹⁹ Les résultats de l'enquête annuelle sur les salaires auprès des entreprises, réalisée par l'ONS en mai 2014 auprès de 832 entreprises dont 564 publiques et 268 privées nationales, représentant toutes les activités hormis l'agriculture et l'administration.

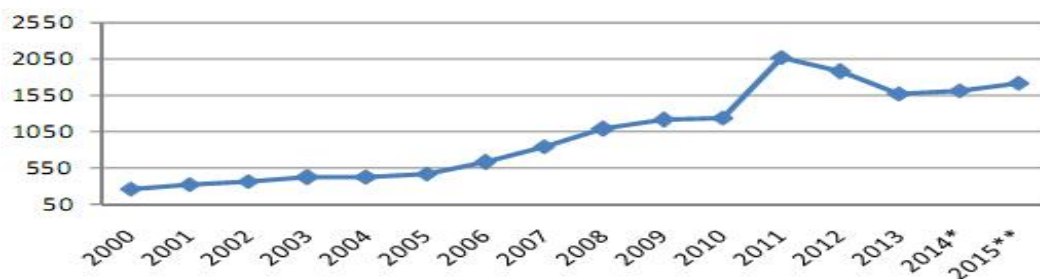
-Il est à relever que le secteur le plus rémunérateur est celui des activités d'industries extractives avec un niveau moyen de salaire qui s'élève à 98 055 DA, suivi par le secteur financier avec 57 797 DA. Par contre, les salaires dans le secteur de la construction demeurent les plus faibles dans la structure salariale avec un montant mensuel moyen de 28 722 DA en 2014 contre 28 021 DA en 2013.

-Par qualification, les écarts des salaires sont assez élevés. Par exemple : le salaire des agents d'exécution dans les industries extractives (production et services d'hydrocarbures) est de 68 689 DA, soit presque trois fois le salaire dans le secteur santé qui est de 23 360 DA.

la population. Le retour de la croissance économique en 2000, associé à une politique de transferts sociaux massifs, ont permis à la population de tirer profit pour accéder au logement, à l'éducation, à la santé, à l'énergie et aux produits alimentaires de première nécessité.

Les indicateurs sociaux sont globalement bien orientés. Le PIB par habitant est passé de 1 801 dollars en 2000 à 5 021 dollars en 2008 et à 3 843 dollars en 2016 (données de la Banque Mondiale). Les dépenses globales en matière de transferts sociaux sont passées de 436,8 milliards de dinars en 2004 à plus de 1711 milliard en 2015 (soit 9,1% du PIB) (cf. figure 7).

Figure 7 : Évolution des transferts sociaux (en milliards de DA)



Source : CNES (2015).

Les taux élevés d'investissement réalisés dans le secteur économique public, ont permis la création de 1 290 500 emplois.¹⁰⁰ y compris l'important Programme Complémentaire de Soutien à la Croissance (PCSC) pour la période 2005-2009, portant sur un montant de 4 200 milliards de DA de dépenses publiques de développement (équivalant à 55 milliards de dollars US dont 1900 milliards de DA concourent directement à l'amélioration des conditions de vie des populations).

Malgré les progrès réalisés, et la réduction du taux de pauvreté au niveau national, de 14,1 % en 1995 à 5,6 % (1 876 000 de personnes pauvres) en 2006, et à 5% en 2008¹⁰¹, l'Algérie reste cependant confrontée au défi du manque de logements. Au début de la décennie 2000, l'habitat précaire représentait près de 10% du parc national de logements. La construction de plus de 2 millions d'habitations, couplée à la destruction de 150 000 logis dans les bidonvilles, a ramené ce taux à 5%. L'État a réalisé 350 000 logements entre 1980 et 1989, et en a créé 820 000 entre 2000 et 2009. Mais l'offre reste en deçà de la demande. Dans le cadre du programme quinquennal (2010- 2014), le secteur de la santé a bénéficié d'un soutien financier de 619 milliards DA. Une enveloppe d'environ 204 milliards d'euros est prévue pour financer la construction de 2,5 millions de nouveaux logements. Depuis fin 2010, 190 000

¹⁰⁰ Le gouvernement algérien, 2eme Rapport Nationale sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Septembre 2010,

¹⁰¹ BAFD : Perspectives économiques en Afrique, BAFD, 2008

logements ont été livrés, 510 000 autres sont en cours de construction, et 400 000 nouveaux projets sont à l'étude.¹⁰²

Selon le rapport du CNES (2015)¹⁰³, 65 825 logements ont été réceptionnés au cours des quatre premiers mois de 2015 dont 16 000 logements sociaux. Par ailleurs, 91 880 unités ont été lancées dont 38 850 unités sous la formule location-vente (AADL), 19 509 logements sociaux et 1 631 logements promotionnels aidés (LPA), 1 750 logements promotionnels publics (LPP) et 30 140 logements ruraux. Pour le financement de ces projets, le secteur a réservé un montant de plus de 136 milliards de DA. Globalement, le bilan du secteur au 30 juin 2015 donne un nombre de logements réceptionnés estimé à plus de 134 000 unités, devant atteindre 350 000 unités, toutes formules confondues, avant la fin de l'année en cours.

En ce qui concerne les commodités dont les logements sont pourvues, à savoir l'accès à l'eau, 83% de la population utilisent des sources d'eau de boisson améliorées et 95% utilisent un assainissement amélioré¹⁰⁴.

Au niveau de l'universalisation de l'enseignement primaire et de l'expansion de l'accès aux autres niveaux de l'éducation, l'Algérie a enregistré d'importants succès. Le taux net de scolarisation obligatoire des 6-15 ans a atteint les 95,11% en 2009. Le taux d'analphabétisme des 15 ans et plus a baissé de 33%. Le développement du système est assuré presque entièrement par l'Etat qui lui a toujours consacré 16 à 20% de son budget total¹⁰⁵. Un fait incontournable s'impose au secteur de l'éducation ; il doit évoluer proportionnellement à la croissance démographique.

Tableau 7: Evolution de la masse salariale en milliards de DA

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
secteur économique	606,4	651	697,2	820,5	921,6	1016,6	1 164,1	1 282	1 411,5	1 588	1676	1799	1881
Agriculture	74,4	78	90,9	89,5	95,3	111,9	118,7	129,4	132,4	168,8	186	205,4	267
Administration	598	634	684	810	1101,2	1241,7	1 618,1	2 432,9	2 708,9	2 585	2810	2923,8	3089
Total	1278,5	1363	1 472	1720	2 118	2 370,2	2 900,9	3 844,3	4 252,8	4 343	4672	4928,3	5237

Source : réalisé par nous- même à partir des données de l'ONS.

¹⁰² Talahit F. : Réforme et transition économique en Algérie, rapport d'habilitation en Sciences Economiques, Université de Paris 13, 2010.

¹⁰³ Cnes : Rapport de Conjoncture Economique et Sociale, Cnes, 2015.

¹⁰⁴ Le Gouvernement Algérien: Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Juillet 2005. Algérie

¹⁰⁵ Maire B. : L'essor des maladies chroniques liées à l'alimentation dans les pays du sud : Le cas du Maghreb. Journée scientifique « de l'assiette au champs », Montpellier, 22 octobre, 2009

Tableau 8: Evolution des revenus des indépendants en milliards de DA

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
secteur économique	993,9	1 133	1 262	1 501	1 725	1 940	2 161	2 334	2 593	3 043	3303	3497	3717
Agriculture	502,3	497	544	608	609	809	888	1 044	1 280	1 447	1573	1715	1860
Affaires immobilière	30,6	34	37	39	45	47	43	48	54	57	77	81	83
Total	1526,8	1 666	1 845	2 149	2 380	2 797	3 142	3 426	3 927	4 547	4953	5293	5661

Source : réalisé par nous-même à partir des données de l'ONS

2.3.3-Baisse de taux de chômage (augmentation de la population occupée)

Le taux de chômage en Algérie a connu une baisse considérable ces dernières années, passant de près de 30% en 2000 à près de 10,5% en 2016. En Avril 2017, ce taux a atteint 12,3 % (en 2016, 29,7% de chômeurs dans la tranche des 16-24 ans) (cf. tableau 9).

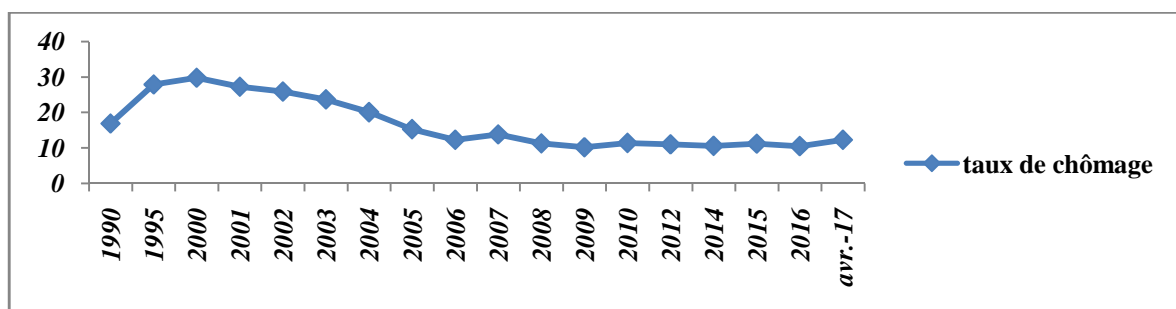
L'augmentation de la population active a été accompagnée par une amélioration du pouvoir d'achat des individus, suite à une croissance économique significative, ce qui a permis des conditions de vie meilleures. Ainsi, ceci constitue l'une des causes principales de l'augmentation de la population algérienne et des dépenses de santé.

Tableau 9 : Evolution des taux de chômage en Algérie entre 1990 et 2017

Année	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2014	2015	2016	Avril 2017
Taux de chômage	16,9	27,9	29,8	27,3	25,9	23,7	20,1	15,3	12,3	13,8	11,3	10,2	11,4	11	10,6	11,2	10,5	12,3

Source : réalisé par nous-même à partir des données de l'ONS.

Figure 8: Tendence d'évolution du chômage en Algérie ente 1990 et 2017



Source : réalisé par nous-même à partir du tableau 9.

3-Le vieillissement de la population

Après une période de croissance rapide de la population, l'Algérie est entrée dans une phase de vieillissement démographique. La tranche d'âge des personnes âgées marque depuis 1998 la pyramide des âges après une modification importante de sa structure suite à la baisse de taux de fécondité.

Le vieillissement de la population algérienne devrait suivre dans les décennies à venir un rythme rapide, voire extrêmement rapide, comparé à celui des pays développés. C'est dans ce sens que nous nous sommes intéressée à ce sujet. Notre objectif est de déterminer les défis que le gouvernement algérien devra relever dans les années à venir.

Le phénomène de vieillissement aura de lourdes conséquences sur le système de santé algérien, notamment sur la maîtrise des dépenses de santé qui ne cessent de prendre de l'ampleur.

L'évolution de la structure par âge montre que le groupe d'âge des [0-19ans] qui représentait en 1977 plus de 59 %, n'est que de 38,61 % en 2015. Le groupe d'âge des [19-59 ans] estimé en 1977 à plus de 36% est passé à plus de 55 % en 2015.

Avec l'arrivée de générations de plus en plus nombreuses à l'âge de l'adulte, la tranche d'âge des personnes âgées a tendance à s'accroître, passant de 3,55% en 1977 à près de 6% en 2015 (cf. tableau 10).

Cette nouvelle structure a engendré des modifications dans la pyramide des âges qui avait une forme régulière avec une base très large illustrant la forte proportion de jeunes adultes, d'adolescents et d'enfants. Quant au sommet il était très effilé à cause de la faible proportion des personnes âgées. Mais à partir de 1998, la forme de la pyramide a relativement changé, la base s'est rétrécie et la pyramide s'est étirée légèrement vers le haut avec des évolutions importantes de la population.

Tableau 10 : La pyramide des âges en Algérie de 1997 à 2015 (en %)

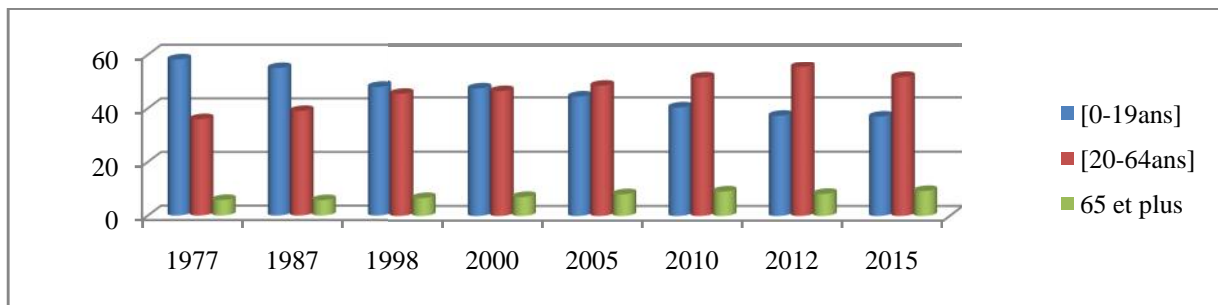
Année	1977	1987	1998	2000	2005	2010	2012	2015
[0-19 ans]	59,49	57	49,46	41,43	45,6	42,53	38,48	38,61
[20-64 ans]	36,96	39,63	46,5	46,23	49,4	53	55,95	55,52
65 ans et plus	3,55	3,37	4,04	4,34	05	5,47	5,57	5,87

Source : réalisé par nous-même à partir des données collectées auprès de l'ONS.

La population algérienne jeune aura tendance à vieillir davantage dans les années à venir. La baisse de la natalité en Algérie a réduit le nombre de jeunes Algériens mais a tout de même

gonflé, l'effectif des adultes qui se répercute sur le vieillissement de la population. Ceci se répercute négativement sur les dépenses de santé qui ne cessent d'augmenter à cause de l'amélioration de l'espérance de vie et l'augmentation de leurs coûts en soins (notamment les coûts des maladies de civilisation). C'est ainsi que nous nous sommes intéressée à cette question. Nous présenterons dans ce qui suit une projection de la tranche d'âge des personnes âgées à l'horizon 2060 et son impact sur les dépenses de santé.

Figure 9: la répartition de la population algérienne en tranche d'âge entre 1977 et 2015



Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 10.

3.1- Etude de l'impact du vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : projection à l'horizon 2060

La croissance des dépenses de santé peut être également rattachée aux déformations de la structure de la population en faveur des classes d'âge élevé ; la consommation de soins des personnes âgées étant deux à trois fois plus élevée que celle des jeunes adultes¹⁰⁶.

L'impact mécanique du vieillissement sur les dépenses doit être cependant complété par l'analyse des modes de soins pour chaque âge. En outre, les effets de génération dans le recours au système de soins doivent être pris en compte.

3.1.1-Méthodologie : Dans cette étude, nous avons opté pour un modèle macroéconomique qui s'attache à prévoir l'évolution des dépenses de santé en fonction de l'évolution de la tranche d'âge des personnes âgées. Deux projections ont été réalisées :

- **La projection de la population par tranche d'âge :** Elle nécessite des hypothèses sur l'évolution des sources de changement de la taille de la population à savoir : le taux de natalité et le taux de mortalité.

Dans cette étude, nous avons réalisé une projection de la population algérienne à l'horizon 2060 en retenant comme hypothèses :

¹⁰⁶ Huber H. : Vieillissement, dépenses de santé et inégalité de recours aux soins : Essai de micro-économétrie appliquée, thèse de doctorat en Economie, Université de Paris X, 2006

- Le nombre de natalité qui est donné par les fonctions suivantes :

$$N_i = N_{i-1} + N_{i-1} \times 2,47\% \quad \text{jusqu'à 2020.}$$

- A partir de 2020, nous avons supposé que le taux de natalité baissera de 50%, ainsi la fonction de natalité deviendra :

$$N_i = N_{i-1} + N_{i-1} \times 1,2\% \quad (\text{de 2021 jusqu'à 2060}).$$

- Quand à la mortalité, nous avons supposé un taux d'évolution des mortalités de 3,18 % jusqu'à 2030, mais à partir de 2031, ce taux serait multiplié par 2 car les personnes de la tranche d'âge des [20-54] atteindront en moyenne l'âge du décès. Sachant que cette tranche d'âge représente ces dernières années la tranche la plus importante, donc dans trente ans, on devrait faire face à plus de pertes de personnes âgées en Algérie.

Ainsi la fonction de projection est donnée comme suit :

$$P_i = P_{i-1} + N_i - M_i$$

- **La projection des dépenses de santé des personnes âgées :** Nous avons tenté dans cette partie de projeter les dépenses de santé des personnes âgées dans les décennies à venir, mais vu le manque de données concernant les dépenses de santé par tranches d'âge en Algérie, nous avons réalisé notre projection sur la supposition que les dépenses de santé/habitant sont les mêmes quel que soit l'âge.

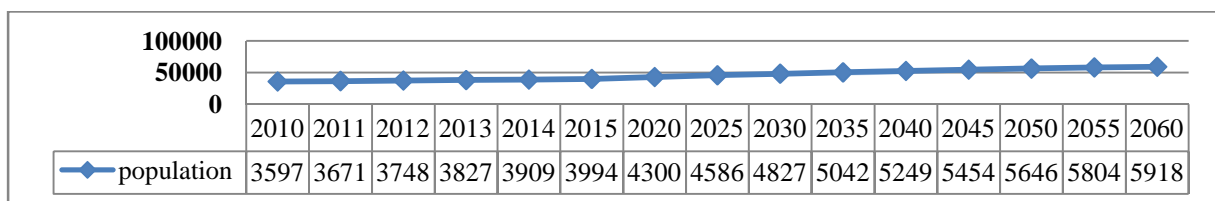
En réalité les frais de santé augmentent avec l'âge et, comme le nombre de personnes âgées s'accroît, alors, il en va de même pour les dépenses de santé.

3.1.2- Résultats et discussion

- **Projection de la population algérienne :** Plus particulièrement sous nos hypothèses de base, nous pouvons retenir ce qui suit :
 - La population algérienne atteindra, suivant cette projection, 43 millions d'habitants en 2020, 52,5 millions en 2040 et près de 60 millions en 2060.
 - Le nombre de natalité passera de plus de 999 mille en 2014 à plus de 2 145 milliers en 2060 (cf. figure 10)

Ces tendances d'évolution affecteront naturellement l'évolution de la population âgée.

Figure 10: Evolution de la population algérienne (en milliers)



Source : réalisé par nos soins.

- **Le vieillissement prévisible en Algérie :** En se basant toujours sur les mêmes hypothèses, nous avons projeté la population algérienne par tranche d'âge à l'horizon 2060 telle que nous l'avons détaillé dans le tableau 11.

Tableau 11 : Evolution de la tranche d'âge des personnes âgées à l'horizon 2060 en % de la population totale

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060
[0 - 19]	47	44	40	37	34	35,5	37	38,5	40	41,5	43	44,5	46
[20 - 64]	46	48	51	53	55	52,5	50	46,5	43	39,5	36	32,5	29
[65 et plus]	7	8	9	10	11	12	13	15	17	19	21	23	25

Source : réalisé par nos soins.

Le tableau ci –dessus confirme la tendance d'évolution de la tranche d'âge des personnes âgées qui passe de 9% en 2010 à 15% en 2035 et à un quart de la population en 2060.

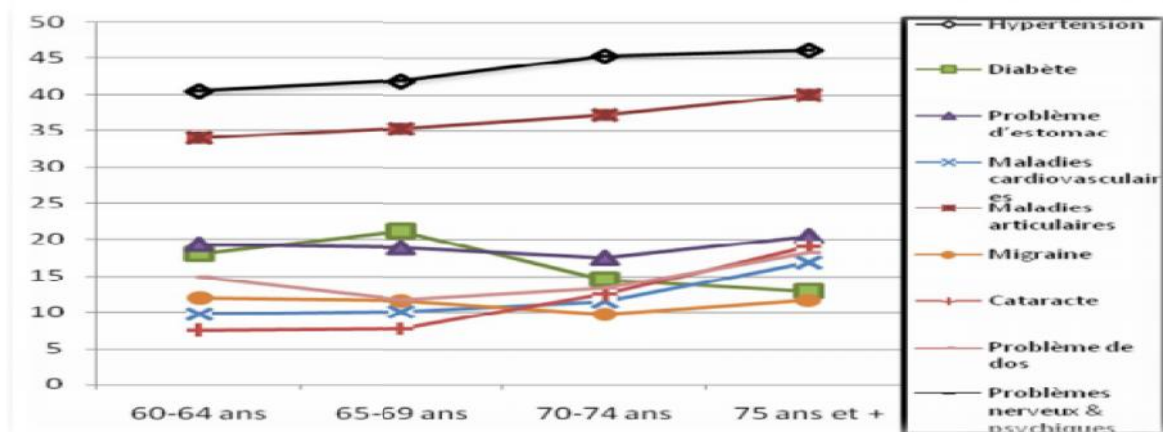
Si nous tenons en considération l'amélioration des styles de vie et de qualité de l'environnement, il est possible de prévoir des longévités encore plus supérieures, sachant que la part de l'espérance de vie dépend à 27% de la biologie, à 19% de l'environnement, à 42% du style de vie et seulement à 11% du système sanitaire (Bailly 2003) .

3.2- Etat de santé des personnes âgées

Les problèmes de santé deviennent avec l'âge, multiples et plus chroniques. En effet, selon k. Bouazziz (2013) les principaux problèmes de santé qui prévalent dans cette tranche d'âge sont par ordre d'importance : l'hypertension artérielle (43,3%), les maladies articulaires (36,5%), les maladies gastriques (19,2%), le diabète (16,9%), les problèmes de dos (14,6%), les maladies cardio-vasculaires (12,0%), la cataracte (11,5%) et la migraine (11,4%), sachant qu'une même personne peut en cumuler plusieurs (cf. figure 11). Ces maladies représentent une part importante dans les dépenses totales de santé en Algérie¹⁰⁷ .

¹⁰⁷ Bouazziz K.,(2013), La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ;Caractéristiques et déterminants, Revue des sciences de l'homme et de la société, n°7, 3^{ème} trimestre, Algérie.

Figure 11: Prévalence des problèmes de santé déclarés selon l'âge



Source : Bouazziz K.,(2013), La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ; Caractéristiques et déterminants, Revue des sciences de l'homme et de la société, n°7, 3^{ème} trimestre, Algérie.

➤ **Quelles sont les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé à l'horizon 2060 ?**

Sous les hypothèses de base expliquées précédemment, nous avons projeté à l'horizon 2060, le nombre de personnes âgées et les dépenses de santé correspondantes à cette tranche d'âge.

Le nombre de personnes âgées a connu une augmentation continue depuis 2010, passant de 323730 personnes à 903210 personnes en 2035 et à plus de 2038375 en 2060. Ceci a entraîné une forte augmentation des dépenses de santé qui passent respectivement de plus de 64 millions de dollars à plus de 287 millions de dollars et à près de 1046 millions de dollars. (cf. tableau 12).

Tableau 12: La part des dépenses de santé des personnes âgées dans les dépenses totales de santé à l'horizon 2060

Année	population de 65 ans et+	dépenses de santé /habitant en \$	dépenses de santé des personnes âgées (millions de \$)
2010	323730	198	64,098
2015	399470	217	86,684
2020	490435	239	117,213
2025	595092	263	156,509
2030	713219	289	206,120
2035	903210	318	287,220
2040	1113551	350	389,742
2045	1340659	385	516,153
2050	1578276	424	669,189
2055	1815758	466	846,143
2060	2038375	513	1045,686

Source : réalisé par nos soins

4- La situation épidémiologique

Pendant longtemps, la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. Mais depuis deux décennies, une modification des problèmes de santé a été constatée avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers....,etc). Cette modification de la situation sanitaire, connue sous l'appellation de «transition épidémiologique», se caractérise par une situation où se superposent les maladies liées à la pauvreté, au manque d'hygiène, et au développement (stress, urbanisation, mode de vie, mode d'alimentation, etc.)

4. 1- Les facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé des algériens : l'état de santé des Algériens est le résultat d'un certain nombre de facteurs à savoir : les facteurs démographiques, les facteurs économiques, les facteurs environnementaux et les données sociétales.

4.1.1- Les facteurs démographiques : Ils regroupent deux indicateurs importants qui ont contribué à la modification de la nature des besoins :

- **L'espérance de vie :** nous assistons depuis le début des années 90 à une diminution de l'accroissement démographique qui a chuté de près de la moitié, et une espérance de vie passant de 67 ans en 1990 à plus de 76 ans en 2016 (cf. Chapitre 1) : ces deux phénomènes conjugués ont eu pour résultat une modification de la pyramide des âges. Si le groupe des moins de vingt ans constitue encore une part importante de la population algérienne, pour la première fois depuis l'indépendance, il se situe en dessous de la barre des 50% de la population. Les conséquences directes en terme de santé vont se traduire par une augmentation des pathologies liées à l'âge (affections cardiovasculaires, cancers, démences...) et par l'émergence d'une pathologie gériatrique dont il faudra prévoir la prise en charge.
- L'âge moyen au mariage qui est de plus en plus tardif a eu comme résultat un recul de l'âge au premier enfant avec de plus en plus de grossesses tardives difficiles.

4.1.2- Les facteurs économiques : Les facteurs économiques ont une importance capitale dans l'état de santé de la population, car ils conditionnent souvent l'accès du citoyen aux soins. Ils vont être à l'origine d'un environnement différent qui peut avoir des répercussions sur la santé à court, moyen et long terme.

La baisse du pouvoir d'achat entraîne la baisse du budget consacré à la santé pour beaucoup de ménages. D'une manière générale, la paupérisation va favoriser l'émergence et le développement de populations marginales plus fragiles.

Selon l'ONS, la répartition des dépenses de consommation en 2009, montre que la part réservée à la santé et à l'hygiène corporelle est en bas de l'échelle (6.3%) après celles de l'éducation, des loisirs et des articles ménagers.

4.1.3- Les facteurs environnementaux : Si l'industrialisation est en soi un facteur de progrès, elle peut avoir des effets délétères sur la santé, notamment lorsque des normes ne sont pas édictées pour l'extension et le développement de cette industrie et surtout lorsque ces normes ne sont pas respectées. Les conséquences sur la santé se traduisent par une augmentation de pathologies respiratoires et néoplasiques.

Un autre volet concernant l'environnement est représenté par les effets d'une urbanisation accélérée (passée de 31,4 % en 1966 à 58,3 % en 1998) qui s'effectue souvent sans plan directeur, et est source de nombreuses nuisances. Ainsi, le nombre d'agglomérations totalisant plus de 100 000 habitants a plus que doublé depuis 1977¹⁰⁸. Parmi les répercussions enregistrées de ce changement, le CNES cite : une prolifération de quartiers insalubres et de constructions anarchiques à la base de nombreux problèmes liés au manque ou à l'insuffisance d'hygiène (réseau d'assainissement en eau potable inexistant ou insuffisant, contamination de ceux-ci, dépôt illicite des déchets ménagers...).

Les accidents, tant domestiques que liés à la circulation, représentent également un facteur de risque de morbidité et de mortalité non négligeable. L'état général des routes et la vétusté du parc automobile sont à l'origine de nombreux accidents. Près de 4 000 décès recensés et 40 000 accidentés sont enregistrés chaque année¹⁰⁹. Par ailleurs, le non respect des normes d'étiquetage des produits ménagers et le manque d'information des familles en ce qui concerne leur stockage et leur utilisation, est à l'origine de graves accidents, en particulier chez les enfants.

4.1.4- Données sociétales : Les données de société sont liées aux violences subies par le citoyen, notamment les enfants, susceptibles d'engendrer des affections liées à la détérioration de la santé mentale mais également de favoriser la survenue de pathologies liées au stress (hypertension, diabète...).

A partir de ces éléments, nous identifions les pathologies ou les problèmes de santé qui prévalent ou pourront être considérés comme des priorités de la politique sanitaire du fait qu'ils pèsent lourdement sur le système de santé en général et sur les structures d'hospitalisation en particulier. Ainsi, un renforcement des efforts dans le domaine de la prévention en matière de veille sanitaire, de vaccination, de chimio-prophylaxie, et de contrôle de l'environnement, ainsi qu'un investissement

¹⁰⁸ Cnes (2003).

¹⁰⁹ MSPRH : Causes médicales de décès en Algérie 2007-2008, MSPRH, 2008

particulier en matière de communication sociale et d'information des citoyens sont plus qu'indispensables.

Six grandes catégories d'affections occupent le 1er rang ¹¹⁰:

- Les maladies transmissibles ;
- Les affections cardiovasculaires ;
- Les autres maladies non transmissibles ;
- Les cancers ;
- Les accidents de la route ;
- Les affections touchant à la santé mentale dont les violences et les séquelles de traumatismes.

4.2- Analyse de la situation épidémiologique en Algérie

La situation épidémiologique en Algérie est caractérisée par les maladies transmissibles et l'émergence des maladies chroniques :

4.2.1- Les maladies transmissibles

- **VIH/Sida:** Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, la séroprévalence de l'infection au VIH chez l'adulte en Algérie serait de 0.1% (13 000 cas). Depuis le premier cas diagnostiqué en décembre 1985, le nombre de sujets confirmés par le laboratoire national de référence au 31 décembre 2009 est de 1028 cas de sida maladie et de 4176 séropositifs.

Le nombre de personnes suivies en 2009 dans les centres de référence de prise en charge de l'infection a été de 2343. Les 1526 patients à un stade avancé de l'infection au VIH ont toutes bénéficié (100%) du traitement anti rétroviral à titre gracieux ¹¹¹.

Afin de remédier à l'insuffisance du système de surveillance des VIH/SIDA, l'Algérie a ouvert 61 centres de dépistage anonymes et gratuits au niveau de l'ensemble des wilayas du pays. Les actions ciblent la prévention de la transmission mère-enfant au moment de l'accouchement ainsi que la prévention du risque chez les jeunes dans le cadre de la santé génésique et des programmes de santé des adolescents.

Au 31 décembre 2013, le nombre de cas est de 95 (50% femme et 50% homme) avec 654 séropositifs (cf. annexe 1). Selon les données de l'ONS, le total cumulatif de 1985 au 30 décembre 2013 est 1422 cas de SIDA et 5654 cas de séropositifs.

Le dispositif institutionnel de prise en charge a été considérablement renforcé par des plans sectoriels pour la période 2007-2011 qui s'articule autour de quatre domaines :¹¹² :

¹¹⁰ Laid Y. : Dialogue national et international sur le changement climatique, secteur clé : Santé , Algérie, PNUD, 2010.

¹¹¹ Beghriche M. : Le système de santé en Algérie : Analyse et commentaires sur l'organisation de l'offre de soins, Congrès Maghrébin de pédiatrie, Casablanca, 13, 14, 15 Octobre 2011.

- La prévention auprès des populations en situation de vulnérabilité ;
- La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- La mobilisation associative et communautaire ;
- Le renforcement de la connaissance de l'évolution épidémiologique par les enquêtes de séroprévalence et comportementale.

➤ **Paludisme** : la lutte contre le paludisme demeure une priorité pour le gouvernement algérien. Malgré les acquis satisfaisants en matière de lutte contre cette maladie grâce à l'engagement de l'Algérie dans le cadre du programme d'éradication depuis 1964, le risque de sa réintroduction dans les régions du sud du pays, par les mouvements de population, persiste. C'est ainsi qu'en 2004 un micro foyer de paludisme autochtone a été enregistré au niveau de la wilaya de Ghardaïa (1 cas introduit et 2 cas autochtones): le paludisme d'importation reste prédominant. Pour 2004, l'incidence du paludisme est de 48,32 pour 100 000 habitants.¹¹³

En 2010, 408 cas sont recensés dont 400 importés, 4 cas introduits, 2 cas provoqués, 1 cas autochtone et 1 cas non classé. En 2013, 603 cas ont été détectés dont 587 importés (cf. annexe 1)

La situation épidémiologique du paludisme en Algérie, est en relation avec l'utilisation grandissante des voies transsahariennes. Elle nécessite des actions soutenues de contrôle et de prévention dont :

- L'amélioration de la connaissance des modalités, en particulier saisonnières, de la transmission ;
- Le contrôle du foyer de transmission connu ;
- Le contrôle des mouvements de passagers aux frontières.

➤ **Tuberculose** : La tuberculose, qui a été la première maladie à bénéficier d'un programme de dépistage et de soins gratuits dès 1969, enregistre des résultats notables. Le taux d'incidence de la maladie, toutes formes confondues, est passé de 150 cas pour 100 000 habitants en 1975 à 53 cas en 1981 et à 22 cas en 1992¹¹⁴. En effet, dès l'indépendance, les pouvoirs publics ont mis en œuvre des stratégies afin de combattre ce fléau.

Le Programme national pour la période 2006–2015 a eu pour objectif de stopper l'augmentation de l'incidence de la tuberculose et de commencer à la réduire dans tous les secteurs sanitaires du pays. En 2013 La tuberculose toutes formes confondues comptait 21 973 cas dont (cf.annexe 1):

- Tuberculose pulmonaire : 9273

¹¹² MSPRH : Direction prévention, Services maladies transmissibles. In : <http://www.sante.gov.dz/index.php/2-non-categorise/22-prevention>.

¹¹³ MSPRH : Direction prévention, service Paludisme

¹¹⁴ Touaïbia R. : Maladies Chroniques Non Transmissibles : Plaidoyer pour la prévention. In : www.sahtek.net. Consulté le 24/01/2015

- Tuberculose extra Pulmonaire : 12601

Son incidence atteignait 60,7 cas pour 100 000 habitants dont 23,1 cas pour 100 000 concernant la tuberculose pulmonaire à microscopie positive, et 32,7 cas pour 100 000 pour la Tuberculose extra Pulmonaire (TEP).

De vrais progrès ont été accomplis dans la lutte contre la tuberculose depuis la relance du programme national en 2000 puisque l'incidence, notamment celle de la forme contagieuse, diminue régulièrement depuis 2005. Malgré l'amélioration globale des performances du PNT, les résultats restent encore insuffisants. Les efforts doivent être maintenus par l'amélioration de la surveillance épidémiologique par, la généralisation des nouvelles technologies d'information de communication, et la déclaration électronique des cas.

4.2.2- les maladies chroniques

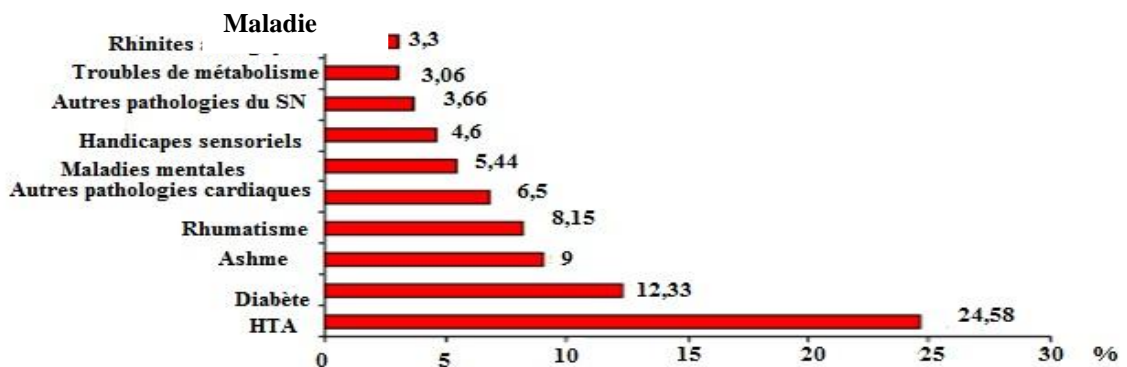
Pendant longtemps, la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. Depuis plus de deux décennies, est enregistrée une modification des problèmes de santé prévalents avec une place de plus en plus grande occupée par les maladies non transmissibles, notamment les affections chroniques.

Les résultats de la dernière enquête menée par l'INPS en 2007 indiquent que l'hypertension artérielle vient largement en tête des pathologies chroniques les plus fréquentes avec un taux de 24,58%. Suivie du diabète qui constitue un problème de santé publique dans les pays en voie de développement de par sa fréquence et ses complications socio-sanitaires et économiques représentant (12,33%), puis l'asthme (9%) et les rhumatismes (8,15%). Les autres pathologies cardiovasculaires, les maladies mentales et les handicaps sensoriels sont retrouvés dans des proportions non négligeables (6,80%, 5,44% et 4,60% respectivement). Viennent ensuite les autres pathologies du système nerveux, les troubles du métabolisme et les rhinites allergiques (Cf. figure 12).

Pour ce qui est du cancer, les formes les plus fréquentes chez l'homme sont celles du poumon et de la vessie, et chez les femmes c'est le cancer du col de l'utérus et du sein. Le taux de prévalence du cancer dans notre pays est passé de 80 cas pour 100 000 personnes dans les années 1990, à 120 cas en 2008. Il devrait atteindre 300 cas pour 100 000 personnes d'ici 2018 et enregistrer un taux comparable à ceux que l'on retrouve dans les pays développés. Un autre chiffre révélateur de l'expansion de cette pathologie est mis en avant par le ministère de la santé. En effet, en 2008, le cancer représentait 21% des causes de mortalité en Algérie et un tiers des décès causés par des maladies non-transmissibles dans la tranche d'âge 30-70 ans¹¹⁵.

¹¹⁵ Cancer en Algérie : les chiffres inquiétants d'Oxford Business Group. In : <http://www.algeriepatriotique.com/article/cancer-en-alg%C3%A9rie-les-chiffres-inqui%C3%A9tants-d%E2%80%99oxford-business-group>.

Figure 12 : La prévalence des maladies chroniques en % de la population totale en Algérie.



Source : INSP : Enquête nationale santé, transition épidémiologique et système de santé, Alger novembre 2007.

L'ensemble de ces données projetées sur 2015 avec une population de plus de 30 ans qui représentera 47,6% de la population globale, donnerait 4,77 millions d'hypertendus et 2,34 millions de diabétiques. Le cancer présenterait 30 000 nouveau cas par an.¹¹⁶

Selon l'ONS (Causes de décès en Algérie), les maladies non transmissibles représentent en 2010, 70% des causes de mortalité contre 20% il y a vingt ans.

L'identification des besoins futurs des citoyens en matière de santé et l'élaboration d'une stratégie de prise en charge optimale de ces besoins constituent un impératif auquel le secteur doit répondre afin de continuer à assurer ce principe de santé universelle entériné par la Constitution algérienne. Une telle stratégie ne peut que s'inscrire dans le cadre des réformes annoncées et engagées par l'Etat au cours de ces dernières années.

5-La gratuité des soins

L'accès gratuit aux services publics de santé peut être considéré comme l'une des causes de dysfonctionnement du système de santé algérien et l'accès facile des Algériens aux soins est une source d'augmentation des dépenses de santé des structures de santé publiques.

6-La prise en charge des malades par les organismes de la sécurité sociale

Les mécanismes d'assurance, en solvabilisant la demande, permettent le développement et la diffusion d'innovations coûteuses. De même, le remboursement des soins sur la base des coûts constatés a posteriori aurait tendance à développer une recherche médicale privilégiant exclusivement la qualité médicale, alors que les mécanismes de financement prospectif des dépenses (forfait hospitalier), en faisant peser

¹¹⁶ Boulahbel B. : L'Algérie de demain : relever les défis pour gagner l'avenir, Besoins sociaux à l'horizon 2025.

une contrainte de budget sur les producteurs, inciteraient au développement des innovations réduisant les coûts.

L'élargissement de l'accès au système de soins et des couvertures par l'assurance joue un rôle important dans l'augmentation des dépenses. La mise en place dans la plupart des pays de systèmes d'assurances pour l'ensemble de la population a permis une solvabilisation générale de la demande de soins et un accès plus équitable au système.

6.1-Evolution de nombre d'assurés sociaux : le tableau 13 retrace l'évolution du nombre d'assurés sociaux pris en charge par les organismes de la sécurité sociale. Le nombre de cotisants à la CNAS est passé de 5 243 744 en 2002 à 12 059 182 en 2016, soit un taux d'évolution de plus de 129 % en espace de 14 ans. Quant au nombre de professionnels indépendants, ils sont de moins en moins cotisants à la CASNOS, ils sont passés de 1 015 061 en 2002 à 705 771 en 2006, soit une baisse de 309 290 cotisants pour la même période. Ceci est dû à l'inconscience des ménages et à l'augmentation des charges fiscales suite à la déclaration.

Tableau 13 : Evolution du nombre d'assurés sociaux en Algérie entre 1990 et 2013.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
CNAS								
Nombre d'assurés sociaux	5 243 744	5 751 698	6 369 266	6 791 761	6 816 223	7 337 372	7 800 320	8 312 826
CASNOS								
Nombre d'affiliés actifs	1 015 061	1 029 207	1 000 977	1 010 277	676 691	744 114	785 798	845 365
Nombre de cotisants à jour	308 163	309 813	302 024	287 211	307 727	307 345	355 244	365 425
Nombre de retraités	145 468	156 070	169 284	177 891	185 791	194 730	198 992	209 796
CNR								
Nombre de retraités	1 422 645	1 512 681	1 605 527	1 688 055	1 771 596	1 858 902	1 948 138	2 075 444

Source : Tableau réalisé à partir des données de l'ONS et du MTESS.

Evolution du nombre d'assurés sociaux en Algérie (suite)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CNAS							
Nombre d'assurés sociaux	8 312 326	8 819 160	9 288 143	9 917 243	10 626 396	11 342 779	12 059 182
CASNOS							
Nombre d'affiliés actifs	895 891	1 111 196	1 250 075	1 287 463	1 381 029	1 493 629	1 582 589
Nombre de cotisants à jour	374 439	434 937	472 787	533 679	582 223	643 997	705 771
Nombre de retraités	211 359	215 517	223 121	231 466	231 466	243 241	255 016
CNR							
Nombre de retraités	2 169 892	2 189 702	2 319 531	2 482 454	2 630 362	2 773 615	2 916 868

Source : tableau réalisé à partir des données de l'ONS et du MTESS.

6.2-Le financement des hôpitaux par le forfait hospitalier

L'augmentation de la part de forfait hospitalier dans le financement des hôpitaux algériens permettra une meilleure prise en charge des malades et une fourniture de services de qualité. Mais l'absence d'une bonne méthode de gestion hospitalière a montré sur plus de deux décennies, des situations de pénurie et de gaspillage¹¹⁷.

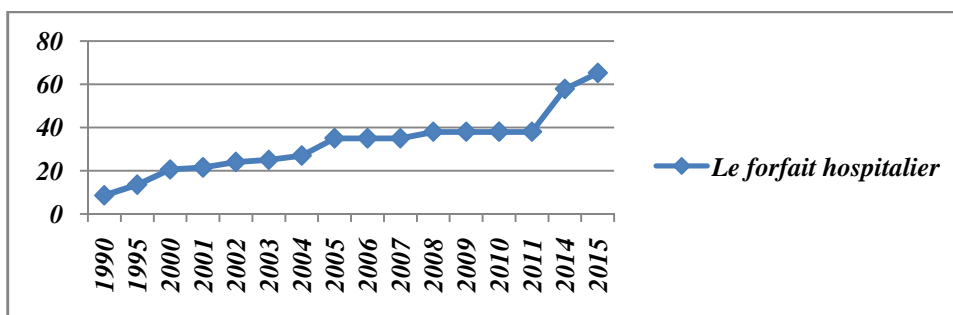
Le forfait hospitalier est passé de près de 9 milliards de DA (soit 0,45 milliard en dinars constants) en 1990 à plus de 65 milliards de DA (soit 12,58 milliards en dinars constants) en 2015, soit une évolution de plus de 658 % en 25 ans (cf. tableau 14).

Tableau 14: Evolution du forfait hospitalier en Algérie entre 1990 et 2015 (en milliards de DA)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014	2015
Le forfait hospitalier (DA Courant)	8,6	13,55	20,54	21,5	24	25	27	35	35	35	38	38	38	38	57,8	65,2
Taux d'évolution annuelle (%)	-	57,5	51,5	4,67	11,4	4,1	8	29,6	0	0	8,57	0	0	0	52,1	12,8
Le forfait Hospitalier (DA constant)	0,45	0,46	45,12	5,11	17,14	10,86	7,62	21,47	13,83	9,97	8,52	6,66	9,74	8,44	15,13	12,58

Source : réalisé par nous-même à partir des données des journaux officiels de fin d'année sur la répartition du budget de l'Etat (1990-2011), (2014-2015) :Boulahkir M. :Financement du système de santé ,Revue des Sciences Economiques, de Gestion et de Commerce, n °33, 2016.

Figure 13 : Le financement des hôpitaux par le forfait hospitalier entre 1990 et 2015 (DA courants)

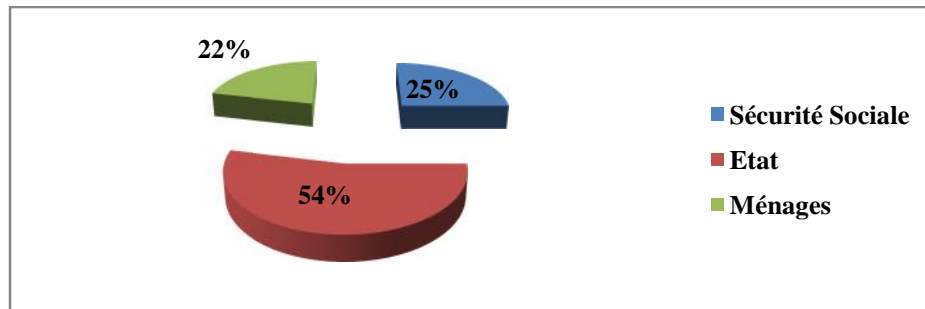


Source : réalisé par nous-même à partir des données du tableau 14 .

En 2016, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 25 %, et la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé était de 53,5%. Quant à la participation des ménages, elle était de 21,5%, un taux de contribution qui se rapproche de celui de la sécurité sociale (cf. figure 14).

¹¹⁷ Lamri L. In : <http://www.reporters.dz> consulté 20 décembre 2017.

Figure 14 : La participation de la SS dans le financement des dépenses de santé en 2016.



Source : réalisé par nous- même à partir de : Lamri L., 2e séminaire international sur les affaires juridiques et l'économie pharmaceutique, Alger, 2017.

6.3- Les transferts pour soins à l'étranger

Le nombre de patients transférés par année a diminué notablement au cours des années 90. Cependant, ce nombre semble augmenter à nouveau depuis 1999.

La chirurgie cardiaque et vasculaire, l'oncologie, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, l'uronephrologie, et l'orthopédie, soit six spécialités, totalisent 89,5% des cas transférés toutes pathologies confondues.¹¹⁸

Depuis l'année 1996, des conventions entre la CNAS et un certain nombre de services ont été passées dans le but de réduire ces transferts.

La volonté de supprimer à terme les transferts à l'étranger s'est traduite par¹¹⁹ :

- Le renforcement des plateaux techniques de nos services médicaux et chirurgicaux notamment sur les six spécialités fortement pourvoyeuses de transferts ;
- L'équipement de l'ensemble des unités ou services entrants dans la chaîne de soins et dans la prise en charge globale du malade ;
- L'élaboration d'un plan de formation sur les techniques non encore ou insuffisamment maîtrisées en Algérie en se tournant vers la coopération internationale ;
- La révision des conventions spécifiques à hauteur des besoins exprimés par les services et sur la base des chaînes de soins ;

¹¹⁸ MTESS : Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie , MTESS,2011

¹¹⁹ Ideem

- La révision des modalités libératoires des crédits CNAS pour éviter les retards d’approvisionnement en consommables, réactifs et médicaments susceptibles d’entraîner des arrêts momentanés de programme préjudiciables aux malades ;
- La réorganisation de la gestion des commandes des établissements, par la PCH et l’IPA ;
- L’introduction de mesures financières incitatives pour fixer et motiver les personnels ;
- Le conventionnement du secteur privé dans le cadre de la prise en charge nationale des TSE ;
- La relance des programmes de prévention relatifs à certaines affections pourvoyeuses de transferts à l’étranger (rhumatisme articulaire aigu...).

Tableau 15 : Evolution de nombre de transferts à l’étranger entre 1987 et 2008.

Année	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de malades	6693	6087	2666	2100	2490	3456	4602	4539	2411	762	811	834	1026	1216	1183
Année	2005*	2006*	2007*	2008*											
Nombre de malades	1282	1002	779	578											

Source : Données du MSPRH.

* : Chachoua L. : le système national de santé de 1962 à nos jours, colloque international sur les politiques de santé, 18,19 Janvier, Alger, 2014.

7-Le progrès technologique

Une partie importante de la croissance des dépenses peut être rattachée aux progrès de la médecine et à l’évolution du niveau de vie.

L’expansion des dépenses s’explique aussi par les progrès de la médecine. Les innovations technologiques multiplient les possibilités de diagnostics et de traitements tout en améliorant les résultats du système de soins. Néanmoins, elles suscitent une demande nouvelle (prise en charge de pathologies habituellement non traitées sur le plan médical) et peuvent avoir un impact expansif sur les coûts pour les pathologies déjà traitées.

Le secteur de la santé bénéficie de progrès technologiques particulièrement nombreux. Si le temps de développement des innovations technologiques est souvent de plus en plus long, la très forte demande de nouveaux traitements et les contraintes de

rentabilité des producteurs imposent, en revanche, une diffusion rapide des nouvelles techniques ou des nouveaux produits. Ce mouvement de propagation est d'autant plus vif que l'objectif d'amélioration de la santé et le souci de réduire les inégalités dans l'accès aux soins limitent la prise en compte des considérations des coûts.

L'effet du progrès technique sur les dépenses est en fait complexe et dépend des types d'innovations développées. Certaines sont radicales pour certains produits (traitements permettant de guérir une maladie, découvertes de médicaments permettant de réduire les interventions chirurgicales et, a fortiori, les mises au point de vaccins) peuvent se traduire par une réduction globale des coûts. De même, les innovations de procédés permettent des gains de productivité et peuvent avoir un effet de réduction des coûts. En revanche, les innovations « intermédiaires » qui, par exemple, limitent les symptômes de la maladie sans la guérir (cas du traitement du cancer) sont susceptibles d'entraîner des augmentations de coûts.

En réalité ces facteurs peuvent expliquer qu'une partie de l'évolution des dépenses. Il faut les compléter par une analyse de l'organisation des systèmes de soins qui représentent plusieurs lacunes qui se manifestent à plusieurs niveaux : les asymétries d'information entre les différents acteurs du système de santé, et en particulier entre le médecin et le patient, les structures monopolistiques ou oligopolistiques de l'offre de soins, la faiblesse des mécanismes d'information et de contrôle des financeurs de la dépense, contribueraient à l'augmentation des dépenses et auraient notamment pour conséquence de permettre aux producteurs de soins d'induire de manière autonome une partie de la demande de soins (on parle alors de demande induite).

Conclusion

Aujourd'hui, le système de santé algérien rencontre plusieurs difficultés dans son organisation, son financement et sa gestion.

Ces difficultés se manifestent à plusieurs niveaux : rupture en produits pharmaceutiques notamment dans les établissements publics, manque d'équipement médical et insuffisance de maintenance, endettement des établissements de santé publics, nombre insuffisant de spécialistes et leur répartition inégale sur le territoire national (concentration dans le nord du pays), l'absence de relation malade/médecin ...etc. Quant au secteur privé, il pose le problème d'accessibilité géographique et financière avec un manque de coordination avec le secteur public.

Les dépenses de santé en Algérie, constituent elles aussi une problématique majeure. Elles ne cessent de prendre de l'ampleur face à un financement qui s'annonce difficile et limité pour les années à venir.

Aujourd'hui, le système de santé algérien a besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié au mode et aux pratiques de gestion. C'est dans ce cadre que le service public de santé devrait consolider sa plateforme pour moderniser sa gestion et revoir sa vision stratégique.

CHPITRE IV : EXPERIENCES DE QUELQUES PAYS EN TERMES DE REFORME DE LA SANTE

INTRODUCTION

L'analyse du fonctionnement et des réformes des systèmes de santé à travers le monde développé montre que l'augmentation des dépenses de santé n'est pas toujours inéluctable, qu'elle est due parfois à des décisions politiques et à des choix institutionnels (comme le mode de rémunération des médecins ou bien le libre accès des patients à toutes les portes du système).

Par ailleurs, les réformes actuelles, marquées par le développement de mécanismes marchands au sein des systèmes de santé, ne sont pas seulement dictées par les conséquences des évolutions technologiques et démographiques. Elles sont aussi motivées par des préoccupations de politique économique qui visent à mettre le système de santé en conformité avec les nouvelles politiques macroéconomiques, fondées sur l'orthodoxie budgétaire, la centralité des mécanismes de marché et l'impératif de compétitivité.

Ces objectifs économiques peuvent avoir pour conséquences de remettre en cause l'un des fondements des systèmes de santé à savoir l'égalité d'accès aux soins.

Tout gouvernement qui souhaite réformer son système de santé se trouve pris entre les engagements économiques, l'attachement des populations à leur système de santé et la résistance des professionnels de la santé aux tentatives de régulation de leurs pratiques.

L'objectif de ce chapitre est de comprendre les réformes de santé apportées dans quelques pays développés. Mais, il est nécessaire de présenter dans un premier temps l'organisation de chaque système pour mieux connaître ce qui détermine les réformes de ces systèmes. Nous souhaitons, à travers ce chapitre voir adopter par notre système de santé quelques propositions de réformes qui ont fait leur preuve dans ces pays. Nous présenterons également les réformes apportées dans les pays voisins : Maroc et Tunisie en guise de comparaison avec celles menées en Algérie.

Ce chapitre comprend trois sections principales : la première sera consacrée à l'explication des raisons pour lesquelles il semble nécessaire de réformer un système de santé ; dans la deuxième section, nous présenterons les réformes menées au cours des vingt dernières années dans certains pays développés ; quant à la troisième, elle abordera les réformes apportées au Maroc et en Tunisie.

I- DEFINITION ET ELEMENTS DE REFORME D'UN SYSTEME DE SANTE

L'objectif de cette section est de présenter les caractéristiques des différentes réformes apportées aux systèmes de santé dans le monde tout en expliquant les mesures de réussite d'une réforme.

1- Définition du concept « réforme »

1.1-Définition de la réforme : Une réforme est un processus délibéré, ciblé, voulu. Les composantes et les éléments d'une réforme sont au préalable étudiés et développés pour pouvoir résoudre les grands problèmes identifiés. Une rigoureuse articulation entre les objectifs, les moyens et les mesures prévues devrait être perçue et construite par les acteurs du changement¹²⁰.

1.2-Adoption du concept en Economie de la santé : Il n'y a pas de définition unique de ce qu'est la réforme du système de santé. La littérature internationale est riche en définitions plus ou moins proches.

M. Kaddar, distingue deux sortes de réforme à savoir : **la Réforme avec un grand "R"** : qui désigne les changements de paradigme, l'intervention sur plusieurs leviers avec une claire vision, une stratégie et des leaders (plusieurs pays développés et en développement ont engagé des réformes radicales à leur systèmes de santé : Allemagne, Tunisie, Maroc...), et **une réforme avec un petit "r"** : demi-mesures, petits pas, juxtaposition/accumulation de compromis temporaires avec ou sans vision et projet stratégique¹²¹ (Espagne, Italie, Grèce, Algérie, France).

Pour qu'une réforme du secteur de la santé soit pertinente, il faut qu'elle améliore la réceptivité des prestataires de services de santé par rapport aux besoins de leurs patients¹²². Mais un certain nombre de changements structurels (tels que la décentralisation de l'autorité ou l'intégration des services de santé) peuvent être à l'origine d'un retardement ou de la non réussite d'une réforme.

Dans le domaine de la santé, la réforme peut avoir deux conceptions complémentaires. La première met en évidence les attributs d'un système de santé et lie la réforme à sa finalité. On peut l'illustrer par la définition de Berman¹²³, qui considère une réforme de santé comme « un changement soutenu et déterminant pour améliorer l'efficacité, l'équité et l'efficacité du secteur de la santé ». La deuxième conception considère plutôt la nature du changement envisagé et lie la réforme au processus par lequel

¹²⁰ KADDAR M.: Les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tirés des expériences des dix dernières années. In:

http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm.

¹²¹ Ideem.

¹²² Majnoni d'Intignano B. : Santé et économie en Europe, PUF, « Que sais-je ? », Paris, 2009.

¹²³ Berman Peter A. : Health sector reform in developing countries : Making health development sustainable. HSPH, Harvard university press, 1995.

arrive le changement. Saltman et Figueras¹²⁴ illustrent cette orientation à travers leur définition selon laquelle la réforme de santé est « un processus qui intègre un changement institutionnel et structurel profond et soutenu par le gouvernement, et visant la réalisation d'une série d'objectifs politiques explicites ».

Quelle que soit sa conception, une réforme correspond toujours à un processus de changement et mobilise nécessairement un engagement politique. Les réformes de santé s'inscrivent dans une logique de transformation des systèmes de santé. L'actualisation des objectifs ou l'augmentation des ressources, à elles seules, ne suffisent pas pour parler de réforme. Une réforme a besoin d'un changement qui touche aussi bien les institutions existantes, les structures organisationnelles que les systèmes de management. Elle se rapporte à une re-définition des priorités et des politiques et à une réorganisation des institutions de support.

Dans son article sur les réformes du secteur de la santé, Berman (1995), précise qu'une réforme suppose un changement positif, substantiel et fondamental, construit à partir d'une réalité insatisfaisante. C'est un changement dans ce qui est fait, comment il est fait et qui le fait (Reform implies change in what is done, how it is done and who does it).

Les réformes du secteur de la santé s'efforcent de remédier à des problèmes de soins de santé à l'échelon systémique, qui entravent la mise en œuvre des services prioritaires. Cinq objectifs sous-tendent les réformes (OMS 2000) :

- ✓ **Efficacité** : Les améliorations apportées au secteur de la santé doivent l'être au coût le plus faible possible.
- ✓ **Qualité** : Des services cliniques adaptés et sûrs, des équipements adéquats, des personnels qualifiés, ainsi que des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels doivent être disponibles.
- ✓ **Équité** : Les ressources en matière de santé doivent être réparties de manière équitable, pour que nul ne se voie refuser l'accès aux soins de base.
- ✓ **Écoute et respect du client** : Le système doit répondre aux attentes de la population et protéger ses droits, y compris ses droits à la dignité individuelle, à la vie privée, à l'autonomie de décision et au choix de prestataire de soins.

¹²⁴ Saltman R.B. et Figueras J. European Health care reform : Analysis of current strategies. WHO, Regional Publications, European Series, N° 7.1997.

- ✓ **Viabilité** : Le système de santé peut continuer à atteindre ces objectifs sur la base des ressources disponibles¹²⁵.

1.3- Composantes de la réforme du secteur de la santé : La réforme du système de la santé peut inclure un certain nombre de stratégies, politiques et interventions conçues pour la renforcer afin qu'elle réponde au mieux aux objectifs assignés.

Les approches nationales de la réforme du secteur de la santé peuvent varier énormément d'un pays à un autre : certains gouvernements privilégient des réformes radicales, tandis que d'autres optent pour des évolutions à petits pas. La plupart des réformes peuvent être regroupées en trois grandes catégories : réforme financière, changements organisationnels, et évolution des politiques publiques. Le renforcement de l'autonomie des consommateurs de services de santé, par leur éducation et par la mise à leur disposition d'une offre plus diversifiée, constitue un objectif commun à ces mesures.

Selon N. Kaid Tlilane (2009), pour les pays industriels, les raisons d'une réforme sont notamment : - la montée rapide des coûts, - le grand nombre de personnes non assurées, - et la peur du SIDA. Pour les pays en développement, les raisons principales sont : - l'importance de la santé pour améliorer la productivité des travailleurs, - les progrès considérables qui pourraient être réalisés pour un coût très bas. Les rapports sur le développement dans le monde soulignent : - l'importance de la santé dans la lutte contre la pauvreté, - le rôle clé de l'Etat, comme il a été déjà souligné.

2- Pourquoi et comment réformer un système de santé

La croissance économique exceptionnelle des 'trente glorieuses' offrait un contexte favorable à l'expansion des systèmes de santé. Depuis le milieu des années 1970, avec le ralentissement de la croissance économique, le contexte a changé : les demandes de soins de santé augmentent plus vite que les ressources publiques affectées aux systèmes de santé¹²⁶. Selon la configuration du système, cette évolution débouche soit sur une incapacité à répondre à la demande (cas des systèmes entraînant une multiplication des listes d'attente), soit sur une augmentation non maîtrisée des dépenses et des déficits chroniques (cas des systèmes d'assurance maladie). C'est d'abord pour faire face à ce type de problème (déficit de l'assurance maladie ou listes d'attente) que des réformes des systèmes de santé sont décidées.

¹²⁵ Vijay Rao et Lori Ashford : La réforme du secteur de la santé : comment elle affecte la santé reproductive, 2003. In, http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReform_Fr.pdf.

¹²⁶OCDE : Panorama de la santé, OCDE, Paris, 2007, 2008 et 2009.

Face aux difficultés engendrées par le décalage entre les dépenses et les recettes, trois types de stratégies sont possibles¹²⁷ : accroître encore les ressources par l'augmentation des prélèvements obligatoires, limiter les dépenses publiques par un rationnement des soins ou une baisse de la prise en charge, ou bien améliorer le fonctionnement du système de santé pour « dépenser mieux ».

Les différents modèles de régulation de l'offre de soins de santé qui existent privilégient l'une ou l'autre de ces pistes, selon que la régulation est confiée à la négociation, au marché ou à l'Etat. Les organisations internationales ont récemment cherché à définir le modèle idéal de régulation¹²⁸. L'objectif des réformes n'est pas seulement de contrôler la demande ou l'offre de soins ni peut-être d'améliorer les systèmes de santé, mais de les restructurer pour les adapter au nouveau contexte économique.

2.1- Limiter l'augmentation des dépenses publiques : Si la réforme de l'assurance maladie est devenue une nécessité, c'est d'abord parce que le contexte économique et politique qui entoure les systèmes de santé a changé. Alors que l'on a longtemps considéré l'augmentation des dépenses de santé comme un facteur de croissance économique, le ralentissement de celle-ci à partir de la fin des années 1970 a conduit à reconsidérer le rôle des dépenses sociales, et notamment des dépenses publiques de santé. Les pressions économiques et budgétaires obligent à réformer et contraignent les solutions. S'il faut contrôler les dépenses de santé, c'est qu'il ne semble plus aujourd'hui possible d'augmenter les cotisations sociales ou les prélèvements obligatoires pour répondre à une demande de santé toujours croissante¹²⁹.

2.1.1- les dépenses de santé augmentent plus vite que les recettes : Jusqu'au milieu des années 1970, l'augmentation des dépenses de santé n'est pas perçue comme un problème majeur. La croissance économique est forte et une part croissante des ressources publiques est consacrée à la santé. Le développement des systèmes de santé paraît favorable à la croissance économique. Après 1973, les difficultés économiques contribuent à réduire les recettes des systèmes de santé : diminution des recettes fiscales du fait du ralentissement économique, stagnation de la masse salariale sur laquelle sont prélevées les cotisations, baisse du nombre de cotisants avec l'augmentation du chômage¹³⁰.

Dans le même temps, les dépenses de santé continuent de croître, grâce notamment à l'amélioration de l'accès au système et au progrès médical. Dès lors, du fait des évolutions des dépenses et recettes, les systèmes de santé rencontrent d'importants déficits financiers qui apparaissent dès le début des

¹²⁷ Mackenbach John, et al.: Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries, The New England Journal of Medicine. In: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0707519?query=recent&rss=1> & consulté le 15/05/2014.

¹²⁸ Destais N. : Le système de santé. Organisation et régulation, LGDJ, Paris, 2003

¹²⁹ Hassenteufel P. et Palier B.: Comparing health insurance reforms in bismarckian countries Towards neo-bismarckian health care states?, Social Policy and Administration, vol. 41, n° 6, , 2007.

¹³⁰ Dormont B. : Les dépenses de santé, une augmentation salutaire ?, Paris, Collection du Cepremap, Éditions rue d'ulm, 2009.

années 1970. Ainsi, en France, la caisse d'assurance maladie du régime général est constamment déficitaire entre 1969 et 1979, en 1981, en 1986 et depuis 1990 (avec des pics importants entre 1993 et 1996, et en 2002)¹³¹.

Pour combler le déficit des systèmes de santé, deux solutions peuvent être envisagées : augmenter les ressources et diminuer les dépenses, c'est-à-dire diminuer le niveau de la prise en charge (cas des systèmes d'assurance maladie) ou limiter la dépense globale en rationnant la qualité de soins disponibles (cas des systèmes nationaux de santé).

Dans un premier temps, les gouvernements vont privilégier les mesures les plus faciles à prendre politiquement : l'augmentation des ressources. Tout au long des années 1970 et 1980, les prélèvements obligatoires (impôts et cotisations sociales) destinés à financer les soins de santé vont continuellement être augmentés dans tous les pays européens¹³². L'augmentation des prélèvements obligatoires est plus faisable politiquement pour les systèmes financés par des cotisations sociales. Pour les salariés, les cotisations ne sont pas perçues comme les impôts. Les cotisations maladie sont affectées et semblent garantir à ceux qui les ont versées un droit à la santé.

Pour maintenir un même niveau de protection maladie, les salariés sont prêts à payer plus de cotisations. En revanche, les individus ne souhaitent pas voir les impôts augmenter, impôts qui semblent se perdre dans la masse des dépenses publiques, sans qu'il soit possible de clairement identifier leur usage¹³³. Dès lors, la solution qui consistait à augmenter les prélèvements obligatoires pour combler les déficits engendrés par la croissance des dépenses de santé a vite trouvé ses limites pour les systèmes nationaux de santé, financés par l'impôt.

Dès la fin des années 1980, les gouvernements anglais ou scandinaves se sont mis à rationner les dépenses, qui se sont alors stabilisées, voire réduites entre 1980 et 1990 en Suède, au Danemark ou en Grande Bretagne¹³⁴.

Dans les pays où prévalent les systèmes d'assurance maladie, au cours des mêmes années 1980, les dépenses de santé continuent à croître fortement, tout comme le niveau des cotisations maladie. Ce sont les évolutions des politiques économiques européennes qui ont conduit les pays d'Europe continentale à

¹³¹ Dormont B.(2009),op.cité.

¹³² Vivre Ensemble Education: Les systèmes de santé en Europe, 2010.In:
www.vivreensemble.be/IMG/pdf/2010-01-UE-A4.pdf.consulté le :15/05/2014.

¹³³Idem

¹³⁴ Berthod-Wurmser M. : Régulation et réformes de la protection maladie en Europe, Revue française d'administration publique, n° 76, octobre-décembre 1995.

changer de politique et à pousser les gouvernements à tenter de contrôler l'augmentation des dépenses de santé¹³⁵.

2.1.2- La situation économique européenne : La mise en place du marché unique comme de la monnaie unique impose de limiter les déficits publics et de réduire l'ensemble des dépenses publiques ou d'en moins limiter la croissance. Parmi celles-ci, celles qui augmentent le plus vite sont les dépenses sociales, notamment de santé. C'est dans ce contexte que les réformes visant à limiter l'augmentation des dépenses de santé vont se multiplier¹³⁶.

De nombreux pays européens (principalement continentaux) ont ainsi réformé leur système de santé au tournant des années 1990 : plan Dekker en 1987 et plan Simon en 1994 aux Pays-Bas, réforme Seehofer en Allemagne en 1992, plan Juppé en 1995 en France¹³⁷. Depuis le début 2010, les instances européennes (commissions et conseils) font pression sur de nombreux Etats pour qu'ils mettent en œuvre des plans d'austérité qui prévoient notamment des réformes de leur système de santé.

Ainsi l'Irlande, la Grèce ou le Portugal ont été obligés de prévoir des coupes drastiques dans leurs dépenses publiques de santé, tandis que la Grande Bretagne a prévu en 2009 un ralentissement des dépenses du NHS, et que les plans d'économie se multipliaient en France. D'une façon générale, la crise semble avoir eu un impact important sur la progression des dépenses de santé, puisque celles-ci ont diminué dans quasiment tous les pays de l'OCDE entre 2009 et 2011¹³⁸.

Il convient de souligner que c'est seulement si l'on considère qu'il n'est pas possible d'augmenter les cotisations sociales ou les impôts pour financer la croissance des dépenses de santé que celle-ci devient un problème. En effet politiques, d'inspiration monétariste et néoclassique, reposent sur l'orthodoxie budgétaire (dette et déficits réduits, taux d'intérêt bas, taux d'inflation réduit) et la limitation des dépenses publiques. Les mesures de limitation des

¹³⁵ Berthod-Wurmser M. (1995), op. cité.

¹³⁶ Au début des années 1990, la mise en place du marché unique s'achève et les pays européens s'engagent dans la préparation d'une monnaie unique européenne organisée par le traité de Maastricht (ratifié en 1993)

¹³⁷ Les plans Dekker puis Simons visent au développement d'une nouvelle organisation tendant vers un marché concurrentiel et l'avènement d'une assurance obligatoire car auparavant, seule l'assurance pour le haut risque est obligatoire. Pour ce qui est du risque « courant », toute souscription d'assurance est volontaire et n'est donc choisie que par 60% de la population. (Petkantchin V.: La réforme de la santé aux Pays-Bas, Note économique de l'IEM, Juin 2010.

-La réforme Seehofer a introduit des mécanismes de marché en mettant en concurrence les différentes Caisses d'Assurance Maladie qui sont nombreuses (plus de 250). Elle a abouti à une concentration des organismes de soins qui ont fusionné pour faire face à la concurrence sur le taux de cotisation, aboutissant ainsi à une meilleure homogénéité. En décentralisant les responsabilités, ils ont obtenu plus d'autonomie de gestion. (Lange B.-P.: La réforme du système de santé en Allemagne, CERFA(Comité d'Etudes des Relations Franco-allemandes), n° 32, Avril 2006).

¹³⁸ Insee : Situation sociale des pays européens depuis le début de la crise, Insee, 2015.

dépenses de santé sont d'abord imposées par les choix économiques partagés au niveau européen.

Dès lors, il convient de comprendre les ressorts de l'augmentation des dépenses de santé pour déterminer si elles peuvent être maîtrisées, et comment.

2.2- Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé : En 1960, les dépenses de santé des pays développés (notre échantillon est composé des pays cités dans le tableau 1) étaient inférieures à 4% de leur PIB. Aujourd'hui, elles représentent plus de 10% en moyenne. Cela fait près de cinquante ans que les dépenses de santé augmentent. De nombreuses études ont été consacrées à la question : pourquoi les dépenses de santé augmentent-elles ?¹³⁹(Bouthévillain C. et de Hervé K.;2006, Moreau Y ;1995, Lardelier R. ; 2010). Celles-ci montrent que le facteur principal expliquant l'augmentation passée de dépenses de santé a été la hausse du niveau de vie, qui accroît la demande de soins. Le vieillissement, souvent mis en avant, n'est pas démontré. Par contre, le progrès technique tend à favoriser cette augmentation à travers l'augmentation de l'offre.

Tableau 1: Evolution des dépenses de santé dans le monde entre 1960 et 2017.

Dépenses totales de santé en % de PIB												Dépenses de santé totales par habitant (en dollars)		
	1980	1990	2000	2005	2009	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2010	2013	2017
Italie	7	7,7	8	8,9	9,3	9,3	9,1	9,25	9,17	9,12	9,08	2 964	3032	3098
Norvège	7	7,6	8,4	9	9	9,4	9	9,72	9,52	9,56	9,61	5 388	9055	11174
Japon	6,4	5,8	7,6	8,2	9,5	9,6	10,1	10,2 3	10,5	9,7	10,8	4 115	4 752	4082
Espagne	5,3	6,5	7,2	8,3	9,6	9,6	9,6	9,03	8,95	8,84	8,73	2 902	2 808	2384
Royaume-Uni	5,6	5,9	7	8,2	9,8	9,6	9,4	9,12	9,03	8,92	8,81	3 433	3 647	4090
Suède	8,9	8,2	8,2	9,1	9,9	9,6	9,3	11,9	12,9	13,4	13,9	3 758	5 319	8997
Grèce	5,9	6,7	8	9,7	10,6	10,2	9,6	8,08	8,3	8,1	7,85	2 914	2017	1103
Portugal	5,1	5,7	8,8	10,4	10,8	10,7	9,4	9,5	9,2	8,98	8,77	2 728	1 902	1776
Danemark	8,9	8,3	8,7	9,8	11,5	11,1	11,2	10,8	10,8	10,7	10,6	4 464	6 304	6550

¹³⁹ Bouthévillain C. et Hervé K La croissance tendancielle des dépenses de santé : un problème sensible pour les finances publiques des pays développés, Bulletin de la Banque de France ,n° 154, Octobre 2006. Moreau Y. : Dépense de santé, un regard international, , La Documentation française, Paris, 1992.Lardellier R. et Alii : un outil pour l'étude des dépenses de santé et des « restes à charge » des ménages : le modèle omar, revue Economie et Statistique n° 450, 2011.

Canada	7	8,9	8,8	9,8	11,4	11,4	10,9	10,4	10,3	10,1	10,1	4 445	5 741	6065
Suisse	7,4	8,2	10,2	11,2	11,4	11,4	11,3	11,6	11,9	12,1	12,2	5 270	8 980	11440
Allemagne	8,4	8,3	10,4	10,8	11,7	11,6	11,3	11,3	11,1	11	11	4 338	5098	5619
France	7	8,4	10,1	11,2	11,7	11,6	11,7	11,5	11,6	11,7	11,8	3 974	4 690	5134
Pays-Bas	7,4	8	8	9,8	11,9	12	12,4	11,9	11,2	11,3	11,5	5 056	5 737	5947
Etats-Unis	9	12,4	13,7	15,8	17,7	17,6	17,9	17,1	17,0 5	17,0 6	17,0 7	8 233	8 895	10131

Source : réalisé par nos soins à partir des données de la Banque Mondiale.

Dans les pays européens, la majeure partie du financement des dépenses de santé, qui autrefois était publique, s'oriente ces dernières années vers le secteur privé. Dans un contexte de ralentissement de la croissance et de limite du déficit public, le rythme soutenu de la croissance des dépenses de santé pose toujours un problème de financement¹⁴⁰. Des réformes ont été engagées pour essayer de réguler ces dépenses ; et les politiques de régulation portent généralement sur trois objectifs : la maîtrise des coûts, l'efficacité et l'équité des systèmes de santé. Il s'agit des dépenses totales de santé, qui regroupent les dépenses hospitalières, les dépenses de médecine ambulatoire ainsi que les dépenses en biens médicaux et en pharmacie. Ces dépenses peuvent avoir différents modes de financement (financement public, assurances privées ou bien encore paiement direct par les ménages).

La hausse de la part des dépenses de santé dans le PIB peut résulter d'une augmentation en volume plus rapide que celle du PIB, ou de l'évolution des prix relatifs de la santé par rapport à ceux du PIB. Les gains de productivité étant limités dans le secteur de la santé, on s'attend à une hausse tendancielle du prix relatif des biens du secteur de la santé par rapport au prix du PIB, qui renforce les évolutions en volume.

Cependant certaines réformes telles que la mise en concurrence des offreurs de soins peuvent aussi faire évoluer vers le bas les prix dans ce secteur, mais il faut s'assurer que cela ne se fait pas aux dépens de la quantité et de la qualité des soins.

Selon les pays, l'un des deux facteurs (volumes ou prix relatifs) joue un rôle prépondérant. En France, la croissance du volume explique l'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB tandis qu'au Etats-Unis, en Italie et au Royaume-Uni sur la fin de la période, la dérive des prix de la santé par rapport au prix du PIB est le facteur prépondérant. Ces mouvements volume-prix peuvent résulter des méthodes statistiques du partage « prix- volume ». Par exemple, le renchérissement d'un acte peut être attribué à une augmentation du volume alors qu'il s'agit d'une amélioration de la qualité¹⁴¹.

¹⁴⁰ Le magazine des assureurs-maladie suisses: Les différents systèmes de santé en Europe, n° 3, Avril 2010.

¹⁴¹ Drucker J. : La réforme de la Santé aux Etats-Unis, adsp, 2ème trimestre, n° 71, 2010.

Mais ce mouvement peut aussi s'interpréter économiquement : une baisse du prix des médicaments stimule leurs ventes ou bien, en cas de baisse du prix de la consultation, les médecins augmentent leur nombre afin de s'assurer un revenu constant (Concept d'élasticité de la demande par rapport à une variation de prix).

Tant que le traitement statistique du partage « prix volume » n'est pas transparent, nous pouvons juste conclure que dans les pays où la hausse du prix relatif est forte, la croissance des volumes est plus faible que dans les pays où l'indice des prix relatifs est plus stable¹⁴². Dans tous les cas, il faut tenir compte des deux facteurs dans un modèle explicatif des dépenses de santé :

- ✓ **Le financement des dépenses publiques :** si les pays d'Europe consacrent aujourd'hui des dépenses importantes pour la santé et surtout pour la catégorie des seniors, cela revient justement aux efforts faits par les autorités publiques dans le passé

En effet, la hausse tendancielle de la part du revenu consacrée aux dépenses de santé est la contrepartie de l'élévation de l'espérance de vie. En un sens, c'est un choix qu'a fait la société de consacrer plus de ressources à sa santé, et on ne saurait le remettre en cause. Le problème surgit du fait que les individus n'ont pas tous les mêmes ressources, alors que leurs besoins en soins sont en première approximation les mêmes sur l'ensemble du cycle de vie. Lorsque le financement des dépenses est essentiellement public, comme dans les pays européens, la hausse des dépenses suppose de faire croître au même rythme les ressources, ce qui pose de nombreux problèmes économiques (pression fiscale excessive, endettement public) et politiques (les contribuables ont l'impression de « trop payer pour les autres »)¹⁴³. Lorsque le financement est essentiellement privé, comme aux Etats-Unis, la croissance des dépenses de santé a pour conséquence de laisser sans assurance une part croissante de la population (42 millions de personnes non assurées aux Etats-Unis en 1999). Ceci conduit finalement à développer des filets de protection publics, eux aussi coûteux. Selon les projections du Congrès américain, le coût des programmes Medicare et Medicaid pourrait ainsi passer de 4% du PIB en 2003 à 11,5% en 2020¹⁴⁴.

Le mode de financement des dépenses de santé peut également avoir un impact sur leur croissance, à travers les incitations à dépenser ou à économiser, qu'il engendre.

Les dernières tendances montrent que la participation des ménages aux dépenses est la plus élevée en Espagne et en Italie. Elle est très proche en Allemagne, France et Etats-Unis. Mais en Allemagne et en France, les organismes complémentaires couvrent plus

¹⁴² Drucker J., op. cit, 2010.

¹⁴³ Le magazine des assureurs-maladie suisses: Les différents systèmes de santé en Europe, n° 3, Avril 2010.

¹⁴⁴ Duhamel G.: Le système de santé et d'assurance maladie américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, rapport de l'inspection générale des affaires sociales, n° 73, Avril 2002.

de la moitié des frais non pris en charge par la collectivité, et aux Etats-Unis la part de l'assurance privée, prise en charge par les employeurs, est équivalente à celle de l'assurance publique.

- ✓ **La libéralisation plus large des systèmes :** La caractéristique fondamentale de la majorité des systèmes de santé au monde est la tendance à la libéralisation des soins par des réformes qui appellent à une plus grande participation du secteur privé. L'argument général est la croissance des dépenses publiques de santé qui s'associe à une situation de crise économique globale.

La santé qui fut un bien tant défendu par les gouvernements par des programmes énormes d'investissement et de financement tend à devenir une question individuelle où seuls ceux qui détiennent un emploi stable ou un revenu conséquent peuvent accéder aux services de soins.

Les principes d'intérêt général, d'équité de soins et de non discrimination deviennent rares dans une situation qui s'annonce très difficile dans la conjoncture globale de financement.

2.2.1- L'augmentation de la demande de soins : Le niveau de vie des populations des pays développés a augmenté au cours des cinquante dernières années. Il représente la première raison de l'accroissement des dépenses de santé. Plus une société est riche, plus elle attache de l'importance à la santé et plus elle y consacre de moyens. On dit que la demande de santé augmente avec le niveau de vie (en France, quand le revenu national augmente de 10 %, les dépenses consacrées à la santé augmentent de 12,5 %. Ainsi, l'augmentation des dépenses de santé en France entre 1970 et 1995, était de 41% était due à une hausse des revenus des ménages)¹⁴⁵.

La santé étant considérée comme un bien supérieur, si une société est de plus en plus riche, il semble naturel qu'elle y consacre de plus en plus de moyens. Certains (L'Horty et al.,1997¹⁴⁶, Majnoni d'Intignano, 2001¹⁴⁷) préconisent alors de continuer à augmenter les prélèvements sociaux et fiscaux dévolus à la santé pour répondre à la demande croissante de la santé et suivre une tendance naturelle des sociétés. Cette tendance semble cependant contrecarrée par les évolutions des politiques économiques, désormais préoccupées par la limitation des dépenses publiques.

Au cours des cinquante dernières années, non seulement le niveau de vie a augmenté, mais aussi la couverture sociale offerte par les systèmes de santé. La demande de soins est aussi censée être stimulée par l'extension de la

¹⁴⁵ Palier B. : Gouverner la Sécurité sociale. Les transformations du système français de protection sociale depuis 1945, PUF, Paris, 2005.

¹⁴⁶ L'horty et Alii. : Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique, revue Economie et Prévision, vol126, n° 3-4,1997.

¹⁴⁷ Majnoni d'Intignano B. : Santé et économie en Europe, Que sais-je ?, éd. Puf, 2001.

couverture sociale qui signifie l'accès à des soins gratuits ou presque. Plusieurs travaux ont montré que l'extension de la couverture sociale et la gratuité n'expliquaient pas l'augmentation des dépenses de santé (L'Horty et alii., 1997, Majnoni d'Intignano, 2001). Ainsi, on pourra rappeler que les soins sont gratuits en Grande Bretagne mais que les dépenses y sont particulièrement faibles (dans la mesure où le système de santé est fortement régulé). A contrario, la faible prise en charge publique des soins ambulatoires en France (due à d'importants tickets modérateurs) ne freine pas la consommation de ces soins (ce sont au contraire les dépenses de médecine ambulatoire qui progressent le plus vite).

- ✓ **Le vieillissement** : si les dépenses de santé ont par le passé été portées principalement par l'augmentation du niveau de vie, il est de plus en plus fait référence à l'impact de vieillissement de la population pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé. La population des pays européens vieillit, et le nombre de personnes âgées et très âgées dans la population ne cesse d'augmenter¹⁴⁸.

Les classes nombreuses nées après 1945 (le baby-boom) commencent à vieillir et vont multiplier le nombre de personnes âgées dans la population (on parle de papy-boom). En 2008, il y avait 85 millions de personnes de plus de 65 ans en Europe contre seulement 38 millions en 1960. Selon les projections de la commission européenne, il y en aura 151 millions en 2060. Il y avait 22 millions d'Européens de plus de 80 ans en 2008 et ils seront 61 millions en 2060. 21 % de la population résidente en France métropolitaine avait 60 ans et plus en 2007. Cette population devrait être de 31 % en 2035 et de 32 % en 2060 (données de l'INSEE).

L'idée selon laquelle les dépenses de santé vont augmenter du fait du vieillissement vient de l'analyse de la décomposition des dépenses de santé par âge au sein d'une population (faite par Grignon 2003¹⁴⁹). Les dépenses de santé des individus sont relativement élevées dans la petite enfance puis elles diminuent à l'adolescence et au début de la vie adulte, avant d'augmenter rapidement au delà de 50 ans. Les dépenses sont fortement concentrées sur les deux dernières années de vie, et notamment sur les trois à six mois précédant le décès.

Mais le fait que nous vivons de plus en plus longtemps ne signifie pas pour autant que nous consommons davantage de soins de santé. Cela ne fut pas le cas dans le passé : L'Horty et alii. (1997), montrent que le vieillissement de la population n'explique en rien l'augmentation des dépenses de santé. C'est que nous vieillissons en bonne santé. Si ces dépenses sont concentrées sur les

¹⁴⁸ Martin C. : La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?, Rennes, Res Publica, 2003.

¹⁴⁹ Grignon M. : Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, Questions d'économie de la santé, CREDES, n° 66, mars, Paris, 2003.

derniers moments de la vie, ces derniers moments sont surtout reportés dans le temps et non pas multipliés. Ainsi, Michel Grignon (2003) calcule que le vieillissement de la population française ne devrait entraîner qu'une augmentation limitée des dépenses de santé, comprise en 0,7 et 0,9 % du PIB (Grignon 2006¹⁵⁰).

- ✓ **La transition épidémiologique** : Le vieillissement est moins la cause de l'augmentation des dépenses de santé, rajoutant les conséquences de progrès de la médecine. Des maladies autrefois mortelles sont devenues chroniques. Les individus ne meurent plus de certaines pathologies, mais vivent avec elles à la condition de bénéficier de soins récurrents, eux-mêmes particulièrement coûteux (personnes atteintes du VIH par exemple).

Par ailleurs, l'évolution des modes de vie a aussi une incidence sur la transformation des pathologies. Il en va ainsi de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de diabète, qui a doublé au cours des vingt dernières années en Europe¹⁵¹. Le diabète a certains facteurs héréditaires, mais il est aussi lié à l'accroissement de la sédentarité, à l'évolution de l'alimentation et au développement de l'obésité.

Ainsi, l'augmentation des pathologies lourdes et chroniques expliquent en grande partie l'augmentation des dépenses de santé. En France, ce type de pathologie est bien couvert par l'assurance maladie avec le dispositif des Affections longues durée (ALD), dont le traitement est pris en charge à 100%. Les données de la CNAMTS analysées par l'IRDES montrent que le nombre de nouveaux cas d'ALD est passé de 665 000 en 1997 à 1 300 000 en 2010. En 2010, le nombre total d'ALD, chez les hommes est le diabète (de type 1 et 2), viennent ensuite les cancers et les maladies coronariennes. La pathologie la plus courante reconnue chez les femmes est le cancer, puis le diabète, puis l'hypertension artérielle sévère. Diabète, tumeurs et hypertension artérielles représentent à eux seuls près de la moitié des ALD (49 %) en 2010 (IRDES, données de cadrage : les ALD, mars2012).

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux ADL sont estimées en France à plus de 100 milliards d'euros en 2010, soit 63 % des dépenses totales de la branche maladie de la sécurité sociale. Ces dépenses ont augmenté de 5% par an entre 2005 et 2008 et de 5,7% par an entre 2008 et 2010. Elles expliquent en quasi-exclusivité l'augmentation de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie qui ont, au total, progressé en moyenne de 3,6 % par an sur la même période 2005- 2010. Cette augmentation est liée à l'augmentation du nombre

¹⁵⁰ Grignon, M.: La question de la régulation des dépenses : approche 'économique' Revue Française des Affaires Sociales n° 2-3,4^{ème} trimestre 2006.

¹⁵¹ Le magazine des assureurs-maladie suisses: Les différents systèmes de santé en Europe, n° 3, Avril 2010

de patient en ALD qui a crû de 5,3 % par an entre 1997 et 2010 (IRDES : dépenses de santé, 2011).

La multiplication du nombre de personnes âgées va signifier la multiplication de personnes nécessitant des soins. En outre, l'allongement de la durée de vie va générer des besoins croissants en soins d'aide aux personnes âgées dépendantes (aides à domicile, maisons de retraite spécialisées...). Ceux-ci pèseront d'autant plus lourdement sur les finances publiques que les systèmes de protection sociale seront mal adaptés pour y répondre. Le risque est en effet que, faute de structures adaptées à ce type de besoins, ce soit le système hospitalier qui accueille les personnes dépendantes, alors même qu'elles n'ont pas besoins de soins hospitaliers.

Le vieillissement implique une redéfinition des soins proposés (moins de prise en charge de traitements lourds à l'hôpital et plus de suivi des maladies chroniques) et le développement des services sociaux en lien avec la dépendance.

Toutes les explications de l'augmentation des dépenses de santé ne peuvent cependant être réduites à des facteurs de demande. En effet, avec des niveaux de vie équivalents et une proposition de personnes âgées similaire (voire supérieur dans le cas de la Suède), certains pays dépensent moins que d'autres en matière de santé, pour d'aussi bons, voire de meilleurs résultats sanitaires.

En effet, la Suède, (dont le PIB par habitant était de 3 758 dollars en 2010, dépensait cependant 2 % de PIB de moins pour sa santé que la France (dont le PIB par habitant était pourtant très proche de celui de la Suède, soit 3 975 dollars), mais avec des résultats sanitaires supérieurs (cf. tableau 1).

La grande différence entre la France et la Suède est la relative abondance de l'offre de soins et la liberté laissée aux patients et aux médecins en France, éléments qui garantissent une grande facilité d'accès aux soins et la relative absence de file d'attente. Il est possible qu'une partie de ce que souhaitent obtenir les individus quand leur richesse augmente, c'est aussi une plus grande liberté de choix et un accès plus immédiat aux soins. D'ailleurs une bonne partie des réformes menées en Suède ou en Grande Bretagne vise à accroître les possibilités de choix pour les patients, à développer les assurances privées de santé (encore très marginale), et principalement à permettre à ceux qui disposent de ces contrats d'assurance d'accéder directement à des consultations privées sans liste d'attente¹⁵². L'enjeu des réformes est donc aussi de savoir si l'on souhaite prendre en charge collectivement le fait de garantir une grande

¹⁵² Desjourdy A.: Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ?, Cahiers de recherche en politique appliquée, Vol. II, Numéro 3, automne 2009.

liberté aux médecins et aux patients, ce qui a un coût sans rapport avec les résultats sanitaires du système de soins.

Si l'on raisonne uniquement en fonction de la demande de soins, les solutions envisageables pour la réforme du système de santé se trouvent prises seulement entre deux choix : augmenter les ressources pour financer et répondre à la demande croissante de soins, soit en rationnant les soins (listes d'attente des systèmes nationaux de santé), soit en limitant la prise en charge publique des dépenses de santé ; ou bien laisser les individus (et le marché) assumer une partie des dépenses croissantes de santé. Mais la façon dont l'offre de soins évolue et est organisée a aussi une influence sur les dépenses de santé. Modifier les facteurs de l'offre permet de dégager d'autres marges de manœuvre pour les réformes.

2.2.2-L'influence de l'offre de soins : Du côté de l'offre de soins, c'est surtout en référence au progrès technique médical que l'on explique l'augmentation des dépenses de santé. Les progrès médicaux ont commencé au XIX^{ème} siècle. Puis dans les années 1950, de grands progrès ont été permis par le développement des antibiotiques et des vaccins. Les années 1960 voient les greffes se multiplier, les années 1970 et 1980 l'apparition des psychotropes et l'imagerie médicale (scanners et IRM), la fin du XX^{ème} siècle est marquée par le progrès de la chirurgie non invasive. Demain, ce sera sans doute la médecine génétique qui marquera les plus grands progrès¹⁵³.

Nous savons que les dépenses de soins sont peu à peu devenues de plus en plus importantes par rapport aux indemnités journalières dans les dépenses de santé. Cela vient des progrès médicaux qui ont permis de développer des soins de plus en plus performants, et qui progressivement s'étendent à de plus en plus de patients. Brigitte Dormont¹⁵⁴ souligne ainsi que si un progrès médical permet souvent un meilleur traitement, alors davantage de personnes seront traitées avec la nouvelle technique, engageant ainsi une augmentation de coûts par un changement des pratiques médicales et une large diffusion des nouvelles techniques.

Le progrès médical fournit un surcroît de qualité, ce qui augmente les possibilités d'intervention des services de santé et pousse à la croissance des interventions et des dépenses.

Les patients veulent bénéficier des progrès médicaux. Les médecins souhaitent mettre tous les moyens en œuvre pour sauver les vies. L'augmentation des dépenses de santé liée au progrès médical semble inéluctable, la question étant de savoir si et comment la collectivité peut

¹⁵³ Martin J.: Le rôle des solutions technologiques intégrées dans la réforme du système de santé, In Sysco système: le secteur public de demain, février 2011.

¹⁵⁴ Dormont B. : Les dépenses de santé : une augmentation salutaire, Editions Rue d'Ulm, Paris, 2009

financer l'accès de tous à ces progrès. De leur côté, les systèmes nationaux de santé ont plutôt tendance à retarder, voire à limiter la diffusion des progrès médicaux, ou bien à en restreindre l'accès pour certaines catégories de la population (notamment en Grande Bretagne). Il s'agit en partie d'empêcher les professions médicales de prescrire inutilement des soins de plus en plus coûteux, c'est-à-dire de contrôler les phénomènes dits de demande induite.

La demande induite : Le concept de demande induite correspond à l'influence de l'offre (incarnée par le producteur de soins) sur la demande (incarnée par le patient) : plus l'offre augmente, c'est-à-dire plus le nombre de médecins ou d'hôpitaux augmentent, plus la demande de santé de la population croît. Plusieurs mécanismes sont en jeu et pourraient expliquer ce phénomène :

- L'existence d'une forte densité médicale et hospitalière (existence de pôles d'attractivité selon les régions) est un appel direct à la consommation de soins,
- Une population de plus en plus informée et exigeante pousse à la prescription et la consommation.

La relation entre le médecin et le patient est une relation asymétrique où seul le médecin possède les informations nécessaires (en termes de diagnostic et de soins adaptés). Dès lors, le médecin peut créer artificiellement (de manière induite) la demande de soins du patient, sans que celle-ci soit justifiée¹⁵⁵. Le patient fait confiance au médecin pour le soigner. Le médecin agit dans l'intérêt du malade, en fonction de son éthique professionnelle, mais aussi en fonction d'autres motivations (par exemple augmenter ses revenus ou ceux d'autres professions de santé).

Certaines consultations, prescriptions ou certains traitements peuvent apparaître inutiles au regard du besoin des malades, mais permettent d'accroître le revenu des médecins (et par contre-coup augmentent les dépenses de santé). Plusieurs indicateurs soulignent l'existence de pratiques qui ne semblent pas justifiées par les besoins des malades. Les prescriptions de médicaments sont plus élevées en France que dans les autres pays européens, sans que les résultats sanitaires soient meilleurs. La France est le premier pays européen pour la consommation médicamenteuse par habitant et au deuxième rang des pays de l'OCDE pour la consommation d'antibiotiques (OCDE, 2012).

L'explication la plus plausible est que les médicaments étant moins chers en France qu'ailleurs, l'industrie pharmaceutique a pu inciter les médecins à

¹⁵⁵ Rochaix L., Jacobzone S. : L'hypothèse de demande induite : un bilan économique, revue Economie et prévisions, vol 123, n° 3,1997.

prescrire plus de médicaments pour que le volume prescrit permette de compenser la faiblesse des prix. De même, face au blocage de leurs honoraires pendant plusieurs années avant 2002, les médecins ont multiplié les actes (et accru les dépenses de santé) afin de maintenir, voire augmenter, leur niveau de vie. Gérard de Pouvourville¹⁵⁶ parle d'ajustement par le volume face à des prix fixes (et/ou bas) ; mais où est la prise en compte des besoins et de l'intérêt du malade (et de l'assurance maladie) devant de tels comportements ?

Comme le souligne Christian Prieur¹⁵⁷, l'assurance maladie, en finançant les biens et les services médicaux assure aux professionnels de la santé leurs revenus : ceux-ci ont donc tout intérêt à les augmenter en créant des dépenses qui seront de toute façon remboursées aux assurés.

Cette faculté pour l'appareil sanitaire de susciter sa propre demande, en même temps, qu'il crée l'offre, dépend des marges de liberté que lui ménagent les règles de fonctionnement du système et de son fonctionnement. Or, ces marges sont importantes en France. C'est ainsi que le principe de l'exercice libéral de la médecine -liberté d'installation du médecin, libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription, paiement direct des honoraires par le malade- n'est pas compatible avec un financement social si celui-ci est considéré comme un remboursement sans limites¹⁵⁸.

Dès lors, l'organisation et le fonctionnement du système lui-même peuvent être facteurs d'augmentation des dépenses de santé. Nous pouvons rappeler les mécanismes par lesquels le fonctionnement de la médecine libérale est source d'inflation des dépenses de santé.

La liberté de choix du patient induit le nomadisme médical ou, du moins, la menace de changer de médecin entraîne l'intensité des prescriptions par le médecin, pour satisfaire son client et éviter qu'il ne le quitte.

Le paiement à l'acte permet au médecin de décider de son revenu, il peut multiplier les consultations pour le maintenir voire l'augmenter. Une étude qui compare les différents systèmes de santé de l'OCDE montre que la rémunération à l'acte accroît les dépenses de santé de 11% par rapport à d'autres modes de rémunération¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Pouvourville G. : Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas La mise en œuvre de la Tarification à l'Activité, Revue économique – vol. 60, N° 2, 1^{er} trimestre, 2009.

¹⁵⁷ Prieur C. : Financer nos dépenses de santé ; que faire, éd.L'Hamattan, Paris, 2011.

¹⁵⁸ Roussillon L. : Le système de santé –qualité de soins-, février 2003.

¹⁵⁹ Gerdtham G. : The determinants of health expenditure in the OECD countries, In: Health, the Medical Profession, and Regulation, 1992, In: books.google.tn

La liberté d'installation favorise les inégalités de densité médicale sur le territoire. Elle implique des conditions de travail dégradées dans les lieux où la densité est faible et, lorsque la densité médicale est forte, « les médecins peuvent inciter les patients à consommer davantage de soins » plutôt que de baisser leurs prix pour faire face à la concurrence.

Le paiement direct par le malade permet des dépassements d'honoraires laissés à la libre appréciation des médecins du secteur 2 en France ; il favorise une augmentation des dépenses totales de santé. Le paiement direct des honoraires (ou avance de frais) implique aussi une plus grande inégalité d'accès aux soins : l'avance de frais est rédhibitoire pour les plus bas revenus qui doivent retarder leur recours aux soins, aller à l'hôpital et se dégager ainsi de dépenses plus importantes.

La façon dont est organisé le système peut donc être elle-même source de dépenses sans grand rapport avec le besoin de santé des populations. La possibilité de réguler le fonctionnement du système de soins dégage des marges de manœuvre pour les réformes. Avant même de se demander s'il faut augmenter les cotisations maladies ou bien baisser le niveau des remboursements pour combler le déficit de l'assurance maladie, il convient de voir quelle forme de régulation peut être adoptée.

2.3- Différents modèles de régulation de l'offre de soins

Différents pays ont (relativement) réussi à instaurer une régulation de l'offre de soins : régulation par la négociation en Allemagne, régulation par le marché et les assureurs privés aux Etats-Unis, régulation par l'Etat et la contrainte en Grande Bretagne. La régulation peut porter à la fois sur les pratiques médicales (définition de normes de bonne pratiques, de protocoles) et sur le montant et l'usage des ressources financières.

2.3.1-Négociation, marché ou Etat ? Les modèles nationaux de régulation.

Chaque pays a mis en place une forme particulière de régulation de son système de santé.

A- La régulation négociée allemande : la relative unité syndicale des médecins allemands, le système d'union régionale des médecins de caisse (qui le représente, négocie les budgets et les rémunère), l'autonomie tarifaire et le principe d'autogestion par les partenaires sociaux ont permis au système allemand de fonctionner sur la base d'une négociation permanente. Dans ce cadre, les médecins de caisse, dont l'identité libérale reste affirmée, ont accepté de porter une partie de la responsabilité de la gestion de l'argent public : les représentants des médecins participent à la négociation du budget consacré aux dépenses de santé, le montant des honoraires est ajusté en fonction de l'activité totale des médecins qui acceptent aussi qu'il y ait une régulation et un

contrôle de leurs pratiques dans la mesure où celui-ci est effectué par un organisme qui soit composé de médecins et qui les représente¹⁶⁰.

B- La régulation par le marché : Aux Etats-Unis, l'offre de soins est principalement privée, et 75% des Américains sont couverts par une assurance santé privée. Dans ce cadre, c'est au marché qu'est confiée la régulation du système, par les mécanismes d'ajustement entre l'offre et la demande de soins (entre les médecins et les assureurs privés)¹⁶¹.

L'Etat n'intervient ici que pour prendre en charge les défaillances du marché, notamment les inégalités les plus fortes, et servir d'assureur pour les plus démunis et pour les plus âgés (dont le coût des soins dépasse la capacité de financement par une personne, mais aussi par une assurance privée).

Sur le marché de la santé, on pensait que la régulation viendrait de la rencontre entre l'offre et la demande : si l'offre était trop abondante, ou bien trop chère, alors les prix (des consultations de soins) baisseraient sous la pression de la demande (comme sur un marché de biens normaux). Mais ce n'est pas ce que l'on a constaté. Du fait de la capacité de l'offre médicale à induire la demande, les prix sont restés élevés et les actes très nombreux.

Dès lors, ceux qui ont dû supporter le coût de telles pratiques, les assureurs privés en l'occurrence, ont cherché à les réguler. En effet, l'augmentation très forte des dépenses de santé aux Etats-Unis a mis les assureurs en danger en menaçant leur rentabilité. Au cours des années 1990 notamment les assureurs privés ont de plus en plus participé à l'organisation de l'offre de soins, en définissant et en imposant certaines pratiques médicales¹⁶². Désormais, de plus en plus de médecins doivent respecter les normes et protocoles de soins définis par les assureurs, s'ils veulent que leurs clients restent assurés.

C-La révolution étatique : Dans les systèmes nationaux de santé, la régulation est organisée par le financeur étatique. Elle peut prendre des formes relativement radicales : définition de pratiques médicales imposées soumises à contrôle et sanctions, limitation des budgets, organisation de la pénurie. Ainsi, en Grande-Bretagne, le parlement vote le budget du NHS et en définit les orientations, que le ministre de la santé fait respecter. Les interventions très coûteuses comme les dialyses ou les greffes rénales sont décidées selon les résultats d'études coût-efficacité ou coût-utilité qui peuvent

¹⁶⁰ Lange B.-P (2006), op. Cité.

¹⁶¹ Souaidet T.: La réforme du système de santé américain, mémoire de master en Sciences Economiques et Gestion, université de Toulon Var, 2011.

¹⁶² Souaidet T. (2011), op. cit.

conduire à y renoncer quand le malade est trop âgé ou dans un état de santé trop précaire¹⁶³.

La rationalisation des dépenses et la définition a priori du budget permettent de limiter les dépenses publiques consacrées à la santé, mais conduisent souvent au rationnement quantitatif de soins. Faute de moyens suffisants, les hôpitaux sont conduits à inscrire les patients sur des listes d'attente pour accéder aux soins non urgents ou concernant des actes n'engageant pas la vie.

II- PRESENTATION DES PRINCIPALES REFORMES DE LA SANTE MENEES DANS LE MONDE

Au cours des trente dernières années, tous les systèmes de santé ont connu des réformes. Elles varient en fonction du type de système : introduction de la concurrence entre fournisseurs de soins dans les systèmes de santé afin d'améliorer l'efficacité du système, pression régulatrice des assureurs et des réseaux intégrés de soins et timide avancée vers l'universalisation aux Etats-Unis, difficile maîtrise négociée des dépenses et développement de la concurrence entre les caisses dans certains systèmes d'assurance maladie. La comparaison de ces réformes souligne une tendance commune à la liberté des systèmes de santé.

1- Caractéristiques des systèmes actuels : En jetant un regard sur l'ensemble des pays de l'OCDE, on peut distinguer trois modèles d'organisation du système de santé¹⁶⁴:

1.1- Le modèle « public intégré » : Il est représentatif du système existant dans les pays nordiques comme la Suède, au Royaume-Uni, en Italie et en Espagne. Il est caractérisé par un financement essentiellement public, une couverture universelle de la population, un service hospitalier public dont le personnel fait partie de l'emploi public salarié. Les praticiens sont soit salariés, soit rémunérés à la capitation (le praticien reçoit un paiement fixe pour chaque patient inscrit sur sa liste avec un ajustement pour l'âge et le sexe). En termes de maîtrise des coûts, ce système est le plus performant puisque le budget est fixé a priori.

Cependant, comme l'offre de soins est fixée à une date donnée, l'ajustement se réalise par la demande et engendre en particulier des problèmes de files d'attentes.

1.2- Le modèle de « contrat public : Concerne principalement l'Allemagne et les Pays-Bas. Les assureurs (le plus souvent publics) passent des contrats avec des fournisseurs de soins privés (organisation représentative de praticiens, clinique ou hôpital).

L'assurance des individus est fonction de leurs revenus. Les revenus en dessous d'un certain seuil sont couverts par une assurance publique obligatoire, tandis que les plus hauts revenus s'affilient volontairement à une caisse privée.

¹⁶³ Majnoni d'Intignano B.(2009),op. cit.

¹⁶⁴ Ideem.

Le mode de rémunération des praticiens peut être soit à l'acte comme en Allemagne, soit à la capitation ou à l'acte comme aux Pays-Bas. Ce système est considéré comme plus efficace pour les patients mais moins favorable pour une bonne maîtrise des coûts.

1. 3- Le modèle de « remboursement » : C'est le modèle dominant en France pour les soins de ville, et aux Etats-Unis. L'assurance peut être privée, comme aux Etats-Unis, ou publique comme en France, et les producteurs de soins sont pour la plupart privés à but lucratif.

Le mode de rémunération des praticiens est généralement à l'acte. Durant les années 1990, les assureurs privés américains ont mis en place des contrats pour mettre en concurrence les producteurs et restreindre le choix des patients.

Certains praticiens américains sont désormais rémunérés à la capitation. L'efficacité du modèle en termes d'attente est meilleure que dans les deux autres systèmes mais le contrôle des coûts est plus difficile.

La différence principale du système américain par rapport aux systèmes européens concerne la couverture de la population. Elle est quasi-complète en Europe, même si aux Pays-Bas et en Allemagne, une petite partie (les revenus les plus élevés) est assurée de façon privée, et même si cette couverture peut exclure certains services et nécessiter une quote-part des ménages.

Aux Etats-Unis, la couverture maladie repose en grande partie sur l'assurance privée. Selon une étude de la DREES (Chambareaud et lequet-Slama)¹⁶⁵, les deux tiers des Américains de moins de 65 ans sont assurés par le biais de leur employeur.

De plus, en 1999 plus de 42 millions d'Américains ne disposaient d'aucune assurance maladie, soit 15% de la population. En pratique, les pays ont un système de soins complexe qui combine plusieurs modèles. Par exemple, en France, l'hôpital est proche du modèle « public intégré » et côtoie un système de « contrat public » pour les cliniques, dont certaines sont à but lucratif.

La médecine de ville est un système de remboursement. Il est reconnu que la majorité des systèmes de santé peuvent se pencher vers un des axes suivants :

- ✓ Un axe de financement sur lequel s'opposent, à une extrémité, les systèmes de couverture universelle (en termes de population et de services), et à l'autre, les systèmes d'assurance individuelle (chaque assuré choisit son niveau de couverture et paie une prime que l'assureur calcule en fonction de son risque). La situation de la France sur cet axe est intermédiaire puisqu'à la couverture sociale obligatoire s'ajoutent des assurances privées volontaires.

- ✓ un axe d'offre de soins qui oppose les systèmes à offre planifiée aux systèmes libéraux et concurrentiels. Sur cet axe, la France se situe aussi à un niveau

¹⁶⁵ Chambareaud S., lequet-Slama D. : le système de santé américain, adsp, n° 36, 2001.

intermédiaire avec un système hospitalier très planifié et une médecine de ville libérale.

2- Présentation et fonctionnement de quelques systèmes de santé

Nous proposons d'étudier l'expérience de quelques systèmes de santé des pays européens dans le souci de comprendre l'objectif des réformes apportées.

2.1 -La France

Les résidents en France sont couverts par une assurance publique de santé obligatoire. Jusqu'à l'instauration de la CMU (2000), l'affiliation dépendait du statut professionnel. Le système de santé est financé principalement par des cotisations sociales et l'impôt. Les services de santé sont assurés par des praticiens privés et des hôpitaux publics et privés (à but ou non lucratif). Les praticiens du secteur ambulatoire sont rémunérés à l'acte sur la base de tarifs négociés, tandis que le personnel hospitalier est salarié. Les malades ont le choix du médecin et de l'hôpital¹⁶⁶.

Concernant le « parcours médical type » du malade en France, celui-là peut décider d'aller voir directement un spécialiste s'il le souhaite, mais consulte généralement en premier son médecin généraliste, le « médecin de famille ». Il obtient rapidement un rendez-vous avec son généraliste. Qui peut lui prescrire des médicaments et/ou lui conseiller un de ses collègues spécialistes. Le malade règle ses honoraires au généraliste. Il sera remboursé à 70% du tarif de la sécurité sociale par sa caisse d'assurance, et tout ou partie du reste sa mutuelle selon la qualité de celle-ci. Les médicaments prescrits sont réglés par le malade qui sera ensuite partiellement remboursé¹⁶⁷.

Alternativement il peut ne régler à la pharmacie que la partie à sa charge, le reste étant versé directement par la caisse d'assurance maladie. Si le malade est orienté vers un spécialiste, ce dernier reçoit généralement ses patients dans la semaine. S'il s'agit d'un professeur réputé qui, par exemple exerce dans un grand hôpital public, le malade peut généralement obtenir rapidement une consultation privée ou un rendez-vous.

A l'hôpital, la situation est plutôt controversée, dans certaines disciplines il faudra néanmoins attendre environ deux mois pour avoir un rendez-vous. Si une opération ou un traitement hospitalier est nécessaire, le délai peut atteindre environ deux mois¹⁶⁸.

2.2. Les Pays-Bas

L'organisation du système de santé aux Pays-Bas comporte trois éléments principaux¹⁶⁹: -Le premier est une assurance obligatoire publique (ZFW) pour les

¹⁶⁶ Molinier L. : Le système hospitalier Français. In : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.

¹⁶⁷ Ideem

¹⁶⁸ Il faut juste rappeler que cette situation ne concerne que certaines spécialités médicales. Le forfait hospitalier à la charge du malade est généralement remboursé par sa mutuelle.

revenus en dessous d'un certain seuil (en 2002, le seuil de revenu annuel était de 30 700 €), cette assurance concernant 65% de la population, -le second élément est une assurance privée volontaire qui peut être souscrite par les hauts revenus et le troisième élément est un filet d'assurance universelle et obligatoire (AWBZ) qui couvre certains risques « exceptionnels » (handicap, dépendance des personnes âgées, maladies mentales, ..). De plus, une partie des soins, considérée comme « moins nécessaire », est couverte par une assurance complémentaire volontaire.

Les assurés de la ZFW ont le choix de la caisse (24 caisses régionales) et peuvent en changer une fois par an. Le principe du système est celui du « contrat public ». Chaque caisse négocie avec ses fournisseurs de soins (représentants des praticiens, hôpitaux, ...). Les généralistes sont rémunérés par capitation pour les assurés de l'assurance publique et à l'acte pour les autres.

Pour le « parcours médical » du malade aux Pays-Bas, celui-ci rend d'abord une visite à son généraliste ; il ne rencontre pas de problème d'attente. Si un diagnostic plus approfondi est nécessaire, le généraliste donne une autorisation de visite à un spécialiste et en conseille un, mais sans obligation pour le patient. Le temps d'attente moyen pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ 6 semaines. Si le malade doit alors subir une intervention à l'hôpital, le temps d'attente est d'environ 11 semaines. Lorsque le malade est assuré par la ZFW, il ne paie pas de supplément pour une visite aux praticiens mais participe forfaitairement au séjour hospitalier (4€ par jour). La participation pour un assuré privé dépend de sa couverture. En moyenne, les ménages des Pays-Bas participent par versements directs à hauteur de 9% au coût total des dépenses de santé (Tunstall L., 2014).

2.3- Le Royaume-Uni

Les résidents du Royaume-Uni sont couverts par le « National Health Service » (NHS). En 2001, seuls 11,5% avaient une assurance médicale privée supplémentaire, financée par leurs employeurs pour 8% (Le magazine des assureurs-maladie suisses, 2010).

Le système de santé est financé essentiellement par l'impôt. Les services de santé primaires sont principalement fournis par des groupes de généralistes (3 ou 4 la plupart du temps). Une formule de calcul par capitation est utilisée pour allouer des ressources à ces groupes. Le personnel hospitalier est salarié. Quant aux spécialistes, ils sont autorisés à percevoir tout ou partie de leur revenu en exerçant dans le privé. Les patients peuvent choisir un généraliste qui exerce dans leur zone de résidence (Le magazine des assureurs-maladie suisses, 2010).

Selon la même source, dans le « parcours médical type » au Royaume-Uni, le généraliste est au cœur du dispositif. Le patient doit le consulter en premier. Cette consultation ne nécessite pas de paiement de la part du malade. Mais si le généraliste

¹⁶⁹ Tunstall L. : fiche d'information : Le système de santé des Pays-Bas, 2014. In : <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/21543>. Consulté le: 30/05/2014.

prescrit des médicaments, ceux-ci peuvent faire l'objet d'une participation au paiement. Si l'état du malade le nécessite, le généraliste l'oriente vers un spécialiste ou une hospitalisation. L'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste est d'environ deux mois et demi selon l'état du malade et la spécialité. Cette consultation n'entraîne pas de paiement par le malade.

Pour un traitement hospitalier, l'attente est d'environ 3 mois et une participation aux frais hôteliers est demandée.

3.4 La Suède

La couverture et l'accès aux soins sont accordés à tous les résidents suédois. Le financement est essentiellement assuré par l'impôt local (66% des dépenses totales de santé). La prédominance du secteur public est forte tant pour le financement que pour la fourniture des soins. La structure de l'organisation de la santé est décentralisée. Les 21 comtés, gouvernés par un conseil d'élus, disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé. L'Etat Central définit un panier de soins minimum et autorise la mise sur le marché des médicaments. Il a, de plus, un rôle important dans la définition des objectifs de santé publique. Les conseils de comté ont en charge les services médico-sanitaires de leur circonscription. Ils sont propriétaires et gestionnaires des hôpitaux et des centres de santé. Ces établissements sont complétés par des organismes privés qui ont des contrats avec les conseils des comtés¹⁷⁰.

Dans le « parcours médical type » en Suède, le patient a le choix du centre de santé, du médecin ou de l'hôpital (50% des consultations générales sont faites à l'hôpital). Si le patient s'adresse à un médecin du service public, il paie simplement une participation aux frais (entre 11 et 15 €) tandis que s'il consulte un médecin privé conventionné, l'assurance maladie prend en charge une partie des frais. Dans un centre de santé, le malade peut voir une infirmière dans la journée ou avoir un rendez-vous avec un généraliste dans la semaine. Si l'état du malade le justifie, il est envoyé à un spécialiste. En cas d'hospitalisation, le patient règle une somme forfaitaire par journée d'hospitalisation¹⁷¹.

Il est tout à fait clair que l'ensemble des réformes entreprises par les différents pays au monde visent essentiellement une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Cependant cet objectif s'est soldé par des résultats assez variables et divers dans la plupart des systèmes.

Aussi, l'ensemble des pays continue d'effectuer d'autres réformes pour s'adapter à la nouvelle conjoncture mondiale en misant sur deux éléments essentiels : la libéralisation progressive du secteur de la santé et la contractualisation.

¹⁷⁰Desjourdy A. (2009). Op. Cité.

¹⁷¹ Le magazine des assureurs-maladie suisses,(2010), op. Cité.

3- Caractéristiques des réformes des systèmes de santé

Les réformes engagées au cours des vingt dernières années combinent deux éléments principaux à savoir le recours à la concurrence et la décentralisation.

3.1- Le recours à la concurrence : La propagation des idées libérales en 1990 a poussé le Royaume-Uni, avec le « New Public management », à introduire des mécanismes de marché (méthodes de gestion issues du privé ou mise en concurrence des producteurs de soins) dans le système public de santé¹⁷². L'objectif était d'obtenir une meilleure organisation qui conduirait à une optimisation des processus de soins et à une économie de coût en évitant les soins inutiles. Un second objectif de cette réforme était de remédier au problème des listes d'attente en rendant le système plus performant.

La mise en concurrence concerne l'offre de soins. Elle peut exister y compris dans le cadre d'un système de financement public. Dans ce nouveau contexte, un opérateur intermédiaire (« un entrepreneur de soins ») est acheteur de soins pour le compte d'un assuré qui est « abonné » chez lui, et pour lequel il perçoit une rémunération forfaitaire issue d'un financement public.

Selon la même source (Hassenteufl P. et Moreau H, 2004), en pratique, au Royaume-Uni, la méthode a consisté à séparer les acheteurs et les fournisseurs de soins de santé au sein du système national de santé. Les établissements hospitaliers ont été mis en concurrence par appels d'offre. De fait, les hôpitaux ont pu se réorganiser et disposer d'une plus grande autonomie de gestion, et les cabinets de généralistes ont pu disposer d'enveloppes budgétaires pour « acheter » des soins hospitaliers ou de spécialistes.

Cette réforme a suscité beaucoup d'intérêt dans les pays nordiques. La Suède s'en est inspirée. Les comtés ont mis en concurrence les hôpitaux par appels d'offre ou en passant des contrats. Des enveloppes financières ont été attribuées aux autorités sanitaires par district et aux cabinets de généralistes considérés comme « acheteurs » de soins spécialisés et d'interventions hospitalières¹⁷³.

Dans les pays du Sud de l'Europe, comme l'Espagne ou l'Italie, la mise en concurrence peut se produire entre des structures (hôpital, centre de santé,..) publiques et privées car il existe des espaces privés plus larges. Depuis 1993, les autorités locales italiennes ont acquis plus d'autonomie en adoptant des règles de gestion privée. Le principe de séparation entre « acheteurs » et « fournisseurs » de soins a été introduit. Les hôpitaux vendent leurs services aux entreprises de santé locales (Majnoni d'Intignano B. (2009). La réforme du service national de santé italien s'est poursuivie en 1999 avec un accroissement de l'autonomie financière des régions. En Espagne, les autorités régionales peuvent passer des contrats avec des structures de santé privées.

¹⁷²Hassenteufl p. et Moreau H. : concurrence et protection sociale en Europe, éd.PUR, France, 2003.

¹⁷³ Desjourdy A. (2009), op. Cit.

3.2-La décentralisation : La décentralisation est la seconde caractéristique des réformes des systèmes de santé menées dans les années 90 en Europe. Dans certains pays, il s'agit de déléguer la gestion et le financement du système, tandis que dans d'autres, la décentralisation consiste simplement à déléguer l'exécution de décisions prises centralement à des intervenants locaux¹⁷⁴.

Les objectifs de la décentralisation sont assez proches de ceux de la mise en œuvre de la concurrence. Le premier objectif est d'améliorer l'offre de soins en la rapprochant de la demande locale et ainsi de réduire les délais pour l'obtention d'une consultation de spécialiste ou de soins hospitaliers.

Le second objectif est d'accroître la responsabilité des « entrepreneurs de soins » en leur donnant une enveloppe budgétaire à gérer. Cet effet est renforcé par l'instauration d'un financement local des soins de santé.

Les différents systèmes qui coexistent en Europe révèlent des conceptions assez diverses des services publics de santé. Dans certains pays, ce service public concerne l'ensemble de la population (pays scandinaves). Dans d'autres, il existe un filet de sécurité (CMU en France), la majorité de la population étant alors couverte par son statut professionnel (selon la même source).

En ce qui concerne l'offre de soins, des pays où les services de santé sont réglementés en contrepartie d'un financement collectif, côtoient des pays où le service est libre et financé individuellement. Il n'est pas facile d'élaborer une typologie de pays en fonction de leur système de santé.

4-Présentation des réformes

4.1-Du marché dans les systèmes nationaux de santé : Les systèmes nationaux de santé ont tous connu l'introduction de mécanismes de marché, d'abord en Grande Bretagne puis en Europe du sud et dans les pays nordiques. Certains systèmes ont aussi récemment mis l'accent sur la nécessaire augmentation des ressources collectives dédiées à la santé.

4.1.1-Les réformes britanniques : En Grande-Bretagne, le ferme contrôle du budget national du système national de santé (NHS) par l'Etat a longtemps permis de résister aux facteurs d'augmentation des dépenses. Cependant, il en a résulté une situation de sous financement du NHS, sous financement encore accru par les restrictions budgétaires initiées par Margaret Thatcher. A la fin des années 80, une commission parlementaire a estimé à deux milliards de livres l'écart entre le niveau des dépenses effectives et le niveau de celles qui correspondrait aux besoins de santé de la nation. De plus en plus de médecins se plaignaient de leurs conditions de travail tandis que les listes

¹⁷⁴ Le magazine des assureurs-maladie suisses: Les différents systèmes de santé en Europe, n° 3, Avril 2010.

d'attente ne cessaient de s'allonger (ainsi, le nombre de patients en attente de soins hospitaliers était passé de 622 000 en 1982 à 915 000 en 1992)¹⁷⁵.

A la fin des années 80, d'importantes pressions ont poussé le gouvernement à sauver le NHS qui a traduit ces demandes par une restructuration complète du système de santé en 1991. Parmi les options se trouve la possibilité de mettre en place un système d'assurance maladie grâce auquel de nouvelles cotisations sociales seraient venues financer les besoins. Cependant, le ministère des finances s'est opposé à ces projets au prétexte que la maîtrise des dépenses aurait été rendue plus difficile, le gouvernement n'ayant plus le contrôle direct sur le budget de la santé. Finalement la réponse du gouvernement fut d'introduire des mécanismes de marché dans le fonctionnement du système national de santé. Venue des Etats-Unis, l'idée était de créer une concurrence entre hôpitaux afin de forcer ceux-ci à améliorer leurs performances, notamment pour les listes d'attente. L'interprétation des difficultés du système britannique reposait sur la critique d'un fonctionnement bureaucratique, sans incitation à être performant, ce que l'introduction du mécanisme de concurrence devait changer¹⁷⁶.

La réforme a principalement consisté à distinguer deux types d'acteurs au sein du système : les acheteurs de soins et les fournisseurs de soins. Suite à la réforme, les autorités sanitaires de district et une partie des médecins généralistes sont devenus gestionnaires de budget, acheteurs de soins pour le compte de leurs patients, et les hôpitaux ont été structurés en trusts concurrents, fournisseurs de soins, financièrement autonomes et responsables. Dans un système qui reste financé par l'Etat, les fournisseurs de soins se retrouvent en concurrence. Les acheteurs prennent contact avec différents hôpitaux et négocient des contrats d'activité dans lesquels les hôpitaux s'engagent sur les délais et les tarifs appliqués. Les ressources de ces hôpitaux proviennent en partie des acheteurs de soins avec lesquels ils passent contrats, et non de l'Etat. L'argent doit suivre le patient et non plus être distribué par établissement.

Cette réforme n'a que partiellement réduit les files d'attente. A la fin des années 90, il y avait toujours un million de britanniques inscrits sur une liste d'attente dont 300 000 qui attendaient depuis plus d'un an. Mais la réforme a augmenté le niveau des dépenses de santé (plus 6,8% en 1992 par rapport à 1991, plus de 6,2% en 1993 par rapport à 1992) (le magazine des assureurs-maladie suisses, (2010)). Elle a en effet accru et transformé les tâches des généralistes gestionnaires de budget qui ont consacré une partie de leur temps à passer des contrats et gérer les budgets qui leur étaient alloués. Elle a créé de nouvelles inégalités entre les territoires où la concurrence était possible (suffisamment dotés en hôpitaux pour qu'ils fassent concurrence) et ceux (en général plus démunis) où la faiblesse de l'offre ne pouvait rien changer.

¹⁷⁵ La documentation française : Le système de santé britannique, 2007. In : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/grande-bretagne>

¹⁷⁶ La documentation française (2007), op. Cité.

A peine arrivé au pouvoir, en 1998, dans le programme de dévolution, Tony Blair a décidé de déléguer une grande partie des compétences en matière d'organisation et de régulation du système de santé, aux quatre composantes du Royaume-Uni, créant de fait quatre systèmes de santé distincts en Angleterre, au pays de Galles, en Ecosse et en Irlande. Tony Blair a en outre proposé une nouvelle série de réformes ambitieuses, dans le cadre du NHS plan, qui repose en partie sur une nouvelle interprétation des difficultés. Si le système ne semble pas assez efficace, c'est autant par manque de moyens que par manque d'incitation et bureaucratie (la documentation française, (2007)).

En Grande Bretagne, le niveau d'offre de soins est parmi les plus bas des pays développés. Dès lors, le gouvernement Blair a prévu une hausse substantielle des impôts afin de financer davantage les moyens du NHS, de façon à ce que ses dépenses rejoignent le niveau des autres pays d'Europe (9% du PIB en 2005, 10% du PIB en 2022). Ainsi 100 nouveaux hôpitaux devaient ouvrir entre 2000 et 2010 ; 2000 emplois de médecins généralistes et 20 000 emplois d'infirmières supplémentaires ont été créés¹⁷⁷.

D'après A. Kober-Smith (2010), entre 2000 et 2005, le budget de la santé a été doublé (de 33 à 67 millions de livres) et, depuis 2005, avec l'introduction de la rémunération à la performance des GP (en fonction du nombre d'actes de prévention notamment), leur revenu a aussi presque doublé. La réforme a cependant gardé la mise en concurrence des hôpitaux, et a affirmé la volonté d'accroître les possibilités de choix de l'hôpital pour le patient. Ainsi, comme l'a prévu le NHS *improvement* plan 2004, chaque généraliste doit offrir le choix entre plusieurs hôpitaux où se faire soigner et le patient a le droit de changer d'hôpital si les délais d'attente maximum ne sont pas respectés. La fonction d'acheteur de soins a été retirée aux généralistes pour la donner à des groupes de soins primaires en charge chacun d'environ 400 000 personnes.

En 2007, les listes d'attente avaient considérablement diminué au sein du NHS, le nombre de personnes sur liste étant de 100 000 contre 1 million en 1990 et les délais moyens d'attente se rapprochaient de l'objectif maximum (3 mois pour avoir un rendez-vous à l'hôpital et 18 semaines entre la visite chez un généraliste et le traitement à l'hôpital (le magazine des assureurs-maladie suisses (2010)). Pour obtenir ces résultats, une augmentation considérable des moyens a été nécessaire, ainsi que l'augmentation forte du choix laissé aux patients (y compris le choix de prestataires dits indépendants dont le développement a été récemment favorisé).

Si désormais les listes d'attente devaient constituer un enjeu moins central du système de santé britannique (seulement 10% des patients doivent attendre 18 semaines en moyenne pour bénéficier d'un traitement hospitalier en 2011), celui de la régulation des dépenses de santé l'est devenu, notamment avec la grave crise économique rencontrée par la Grande-Bretagne depuis 2007. Peu après son arrivée au pouvoir au

¹⁷⁷ Kober-Smith A. : Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales, Presses universitaires de Rennes, 2010. In : www.pur-editions.fr.

printemps 2010, le gouvernement Cameron a aussi lancé un nouveau programme de gains d'efficacité (dénommé : le Quality Innovation, Productivity and Prevention, QIPP, challenge) incitant chaque service de NHS à économiser 4% par an, de façon à économiser 20 milliards de livres d'ici 2014-2015. Dans la mesure où la demande de soins ne cesse d'augmenter, cela signifie que les dépenses de santé ne doivent augmenter que de 1,3% par an (contre près de 7% par an en moyenne au cours des années 2000), et que les frais de gestion administratifs doivent être réduits d'un tiers¹⁷⁸.

Le gouvernement travaille aussi sur un projet de réorganisation du système, souhaitant accroître encore la concurrence entre offreurs de soins, augmenter le rôle des acteurs privés, supprimer les primary care trusts et confier plus de responsabilités budgétaires à des consortiums de généralistes. Mais ce projet, discuté depuis 2010, fait l'objet de fortes oppositions et n'a toujours pas été adopté.

Malgré l'absence de succès véritable de la réforme lancée par Margaret Thatcher et le constat final qu'il faut augmenter surtout les moyens pour réduire les listes d'attente et améliorer la qualité des prestations, la mise en place de marchés à l'intérieur du système de santé sur le modèle britannique semble être la panacée. Des mécanismes de concurrence ont été progressivement introduits dans tous les systèmes nationaux de santé. Ainsi les pays d'Europe du sud, après avoir transformé leur système d'assurance maladie en système national de santé dans les années 1978-1986 ont tous procédé à « la réforme de la réforme » pour introduire plus de concurrence dans leurs nouveaux systèmes au début des années 1990. Il en va de même pour les pays scandinaves (OCDE, 2012).

4.1.2- Le cas suédois : En suède, les évolutions sont marquées par une décentralisation accrue, une réduction drastique des budgets et des coûts, un transfert partiel de l'offre de soins de l'hôpital vers les centres de santé ambulatoires et les soins infirmiers, une mise en concurrence des hôpitaux par les financeurs publics locaux.

En 1985, la réforme Dagmar a accrue la décentralisation du système pour donner encore plus d'autonomie aux comtés chargés de la politique de santé. En 1992, la loi Adel a transféré la responsabilité financière des soins primaires (traitements de base, prévention, soins aux personnes, rééducation) des comtés vers les municipalités afin de rapprocher les soins des patients. Avec cette réforme unique et homogène dans ce pays, chaque comté ayant une grande autonomie d'action (Desjourdy A., 2009).

Desjourdy A. rapporte qu'au début des années 1990, la Suède connaît une crise grave (chômage élevé, déficits publics importants) et doit se préparer pour rentrer dans l'Union Européenne et respecter les critères de Maastricht. Une cure d'austérité » est imposée à l'Etat providence et notamment au système de santé. Entre 1992 et 2000, le

¹⁷⁸ OCDE : Etudes économiques de l'OCDE : Réforme des soins de santé et soins de longue durée aux Pays-Bas, OCDE, Juin 2012.

nombre de lits d'hôpitaux est considérablement réduit (de 45%), et le nombre d'employés des services sanitaires est diminué d'un quart.

Cette réduction de l'offre de soins hospitaliers est allée de paire avec un redéploiement des moyens vers les soins ambulatoires et surtout à domicile, afin de faire face à la montée des maladies chroniques et de la dépendance des personnes âgées. Devenues responsables de la dépendance, les municipalités doivent payer pour les nuits passées à l'hôpital par les personnes âgées dépendantes si elles ne nécessitent pas des soins hospitaliers. Dès lors, celles-ci ont préféré employer leur argent à financer des aides à domicile (moins coûteuses). Le nombre de lits hospitaliers a ainsi diminué, mais pas le nombre d'opérations effectuées, tandis que le nombre d'emplois infirmiers, d'aides à domicile, augmentait fortement, permettant ainsi de répondre aux besoins médicaux. Ce redéploiement a permis une certaine stabilité des dépenses de santé au cours de ces années.

Afin d'améliorer l'efficacité du système et notamment réduire les listes d'attente, au cours des années 1990, de nombreuses autorités locales qui financent les soins ont mis en concurrence les hôpitaux, en négociant des contrats d'achat de soins, en changeant leur mode de rémunération pour se rapprocher de la tarification à l'activité. Un nombre croissant d'hôpitaux a été privatisé (la gestion en a été confiée à une compagnie privée, mais le financement contractuel restait public). Au cours des années 2000, constatant que le purchaser-provider split n'apportait pas de véritable gain d'efficacité, mais accroissait les coûts, la plupart des comtés sont revenus à un mode de management plus traditionnel (Desjourdy A, 2009).

Une série de négociation entre le gouvernement et les comtés a progressivement débouché sur une charte du patient et une « garantie nationale de traitement », adoptée en novembre 2005, qui offre à celui-ci la possibilité de changer de circonscription de soins si les délais maximaux d'attente ne sont pas respectés : une personne qui contacte un centre de santé primaire doit obtenir une consultation dans la journée. S'il ne voit qu'une infirmière ce jour-là, il doit obtenir un rendez-vous avec un généraliste dans les sept jours. S'il nécessite un soin spécialisé à l'hôpital, il doit obtenir un rendez-vous avec le spécialiste dans les 90 jours, puis l'intervention elle-même dans les 90 jours suivants¹⁷⁹.

Selon la même source, malgré la garantie de traitement et l'introduction de la compétition entre hôpitaux, et sans doute à cause de la restriction des budgets, la longueur des listes d'attente est restée importante, ce qui a récemment amené le gouvernement central à verser des sortes de primes aux comtés qui arrivaient à traiter les patients dans les délais désormais inscrits dans la loi depuis décembre 2009. Le gouvernement conservateur a aussi promu une plus grande possibilité de choix de prestataires de soins pour les patients. Le nombre de prestataires privés (mais financés

¹⁷⁹ Petkantchin V. : Les limites des systèmes de santé étatisés : l'exemple suédois, Note économique de l'IEM, Décembre 2012. In : <http://www.institutmolinari.org/>. Consulté le 12/06/2014.

par contrat par le système public) s'est ainsi accru jusqu'à dépasser 15% des fournisseurs de soins à la fin des années 2000.

Afin de réduire les inégalités de performance entre les différents comtés, le gouvernement conservateur a lancé un processus régulier de publication des résultats comparés entre comtés, en matière de listes d'attente, de qualité et d'efficacité des services et de résultats de santé, en espérant ainsi faire pression sur les autorités locales les moins performantes. Ces publications ont stimulé le développement de la médecine factuelle dans le système suédois. Les listes d'attente restent perçues par le grand public comme le problème majeur du système de santé et une grande source d'insatisfaction malgré les résultats sanitaires sociaux et financiers parmi meilleurs du monde (Desjourdy A, 2009).

Le cas suédois souligne la difficulté politique de la réforme des systèmes de santé : les critères de satisfaction des usagers (électeurs) tournent autour de la réactivité du système, de l'absence d'obstacle ou de retard dans l'accès aux soins, de la liberté de choix et de circulation au sein du système. Ces préférences sont éloignées d'autres critères par rapport auxquels la suède excelle : critères sociaux (égalité d'accès aux soins), sanitaires (résultats de santé), ou économiques (viabilité financière).

4.2-La régulation coûteuse et l'inégalité du marché américain : Il est difficile de parler d'un système de santé unique aux Etats-Unis tant les situations varient (entre un Etat et un autre, entre la couverture maladie d'un riche et celle d'un pauvre, entre un praticien intégré à un réseau de soins et un praticien libéral). Trois tendances marquent cependant les évolutions américaines¹⁸⁰ : l'impossibilité de contrôler l'augmentation des dépenses totales de santé, la régulation microéconomique croissante de l'offre de soins sous la pression des assureurs, l'impossibilité de garantir la santé pour tous.

Les Américains dépensent presque deux fois plus pour leur santé que les Européens. Les tentatives de plafonnement des dépenses au cours des années 1970 par un blocage des prix et des salaires n'ont fait qu'accroître l'activité (compensation du blocage des prix par l'augmentation du volume). La définition d'enveloppes globales attribuées aux différents secteurs de la santé a aussi échoué. Dès lors, les autorités publiques se sont tournées vers le développement de la concurrence organisée entre réseaux de soins et financeurs pour réguler les dépenses de santé. Les assureurs privés (à but lucratif ou non), sont devenus les acteurs centraux du système, appelés à négocier les tarifs, voire des enveloppes prédéfinies, de soins, et doivent organiser la gestion en contrôlant l'activité des patients et des médecins qu'ils regroupent¹⁸¹.

Sous la pression des assureurs santé, les administrations des réseaux intégrés de santé contrôlent de plus en plus l'organisation et les pratiques des fournisseurs de soins (c'est pour

¹⁸⁰ Souaidet T.: La réforme du système de santé américain, mémoire de master en Sciences Economiques et Gestion, université de Toulon Var, 2011.

¹⁸¹ Lacronique J.F. : La réforme du système de santé américain : Analyse des causes d'un échec définitif, revue Santé Publique, n° 11, 2^{ème} trimestre, 1995.

cela que l'on parle de soins organisés, managed care). Les plus connus sont les Health Maintenance Organisation HMO, nés dans les années 1920. Ils ont connu une croissance très forte au cours des années 1990 : on passe de 40 millions d'Américains adhérents à un HMO en 1990, à 100 millions en 1996, soit 38% de la population. Plus largement, 70% de la population américaine est membre d'un réseau de soins. Pour les patients membres des HMO, la liberté de choix du médecin est restreinte aux médecins de réseau ; il n'y a pas d'avance de frais, les médecins généralistes jouent le rôle de médecin référent (gatekeeper) ; l'accès aux soins peut être limité, voire rationné. Les rémunérations et pratiques médicales sont fortement contrôlées. Les réseaux imposent aux praticiens qui en sont membres de respecter des normes de prescriptions, des protocoles de soins et des pratiques définies à travers des groupes de travail réunissant différents professionnels (conférence de consensus)¹⁸².

Les HMO retrouvent en fait les mécanismes de régulation propres aux systèmes nationaux de santé. La principale différence avec un système national de santé tient dans la nature du régulateur : il s'agit d'un acteur marchand plutôt qu'étatique, qui passe des contrats avec les payeurs (employeurs ou assureurs privés mais aussi Etat pour Medicaid ou Medicare), avec les professions de santé et avec les patients. Cet acteur est pluriel et en concurrence (il doit garder ses financeurs, ses médecins et ses patients qui peuvent aller voir ailleurs), et il doit être rentable. Ce ne fut pas toujours le cas au cours des années 1990 pendant lesquelles une grave crise de rentabilité des assurances de santé a obligé les HMO à augmenter leurs primes. Acteurs privés (et non sociaux), les HMO fixent des niveaux de tarifs ou de prestations qui tiennent compte du niveau de risque de l'assuré, et ils parviennent à sélectionner les risques qu'ils couvrent, empêchant l'accès aux soins les plus coûteux, ne couvrant pas ou mal les personnes les plus démunies ou malades. Les systèmes de santé américain excluant de l'assurance une grande partie de la population, ce phénomène s'étant accru ces dernières années avec l'augmentation très forte des primes d'assurance (plus de 78% entre 2001 et 2007). Ainsi en 2010, 47 millions d'Américains étaient sans couverture d'assurance maladie (mais pas sans accès total aux soins, les urgences médicales étant obligées de prendre en charge toute personne pour stabiliser sa situation)¹⁸³.

Pendant longtemps, toutes les tentatives pour revenir sur cet état de fait et pour garantir à tous une couverture santé ont échoué. En 1993 et 1994, Bill et Hillary Clinton ont présenté un projet de mise en place d'un système de santé pour tous qui n'a pas abouti. En 2003, George W. Bush a fait adopter une réforme prévoyant la prise en charge (partielle) des médicaments pour les personnes couvertes par Medicare. Avec l'augmentation des primes d'assurance maladie payées par les individus, le nombre croissant de personnes non ou mal couvertes, l'universalisation de la couverture santé fut un thème central de la campagne présidentielle de 2008¹⁸⁴.

Après une âpre lutte politique contre les Républicains et les lobbies des assurances privées et de nombreux médecins, sans arriver à universaliser le système de santé américain,

¹⁸² Institut de recherche en santé publique: Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français, n° 13, juin 2011.

¹⁸³ Ideem

¹⁸⁴ Ideem

Barack Obama est cependant parvenu à faire voter début 2010 une loi prévoyant de faciliter et subventionner l'accès aux assurances maladies à plus de 30 millions d'Américains. Il ne s'agissait pas de mettre en place un système public d'assurance maladie (l'option publique, un temps prévu, a été rejetée), mais de rendre obligatoire l'assurance maladie, de renforcer et de réguler la concurrence entre les assurances. Ainsi, la réforme obligeait tous les Américains à souscrire une assurance avant 2014 sous peine d'amende. Elle interdit aux compagnies d'assurance de refuser de couvrir quelqu'un en raison de ses antécédents médicaux, d'annuler la police d'un assuré parce qu'il est tombé malade, d'imposer des tarifs plus élevés aux femmes et aux personnes ayant des problèmes médicaux, de plafonner les dépenses totales contractées par un assuré au long de sa vie. Elle accorde une aide financière aux familles qui gagnent moins de 88 000 dollars par an¹⁸⁵.

D'après V. Rodwin, la réforme crée dans chaque Etat une bourse de polices d'assurance pour promouvoir la concurrence et tenter ainsi de faire baisser les primes d'assurance. Par ailleurs, le programme fédéral d'assurance maladie destiné aux pauvres va être élargi pour couvrir les personnes ayant des revenus allant jusqu'à 133% du seuil de pauvreté : 29 327 dollars par an pour une famille de quatre personnes. Les adultes sans enfants pourront être couverts à partir de 2014. Les entreprises ne seront pas obligées de fournir une assurance santé à leurs employés, mais si l'Etat finance la couverture maladie de leurs salariés, elles devront payer une cotisation de 2 000 dollars par employé. Les PME de 50 salariés ou moins sont exemptées. Les assureurs qui vont bénéficier d'un plus grand nombre d'assurés, devront s'acquitter de 67 milliards de dollars d'impôts nouveaux sur 10 ans. La facture atteint 23 milliards pour l'industrie pharmaceutique et 20 milliards pour celle des équipements médicaux. Le coût global de la réforme a été estimé à 940 milliards de dollars sur dix ans, mais devrait contribuer à renflouer le déficit public à moyen terme.

Les Etats-Unis présentent une situation paradoxale qui illustre l'importance de la notion de choix en matière de santé. Le système a progressivement exclu un nombre croissant d'individus du fait des augmentations des primes d'assurance, mais ceux qui sont assurés préfèrent payer plus de primes et garder le choix de leur assurance plutôt que devoir payer plus d'impôts pour un système public universel. Les médecins américains ont longtemps préféré s'allier aux assurances privées plutôt que de passer sous la coupe de l'Etat au nom de la liberté de leurs pratiques, et ils se retrouvent aujourd'hui contrôlés dans le moindre détail de leur agissement par des assureurs soucieux de rentabilité financière. Le second paradoxe tient à la situation d'exemplarité qu'ont progressivement acquise certaines expériences américaines au niveau international.

La concurrence organisée, les diagnosis related groups, les HMO et leurs instruments de régulation (notamment de prescriptions maîtrisées) sont souvent pris comme modèles pour élaborer des réformes européennes du système de santé. C'est donc le pays développé le moins performant en terme d'égalité d'accès, d'état de santé de la population, de viabilité financière, qui fournit la plupart des instruments de régulation utilisées dans les réformes menées ailleurs. Au regard des résultats globaux, on peut s'interroger sur la pertinence du

¹⁸⁵ Rodwin V. : La santé à la une, cinq ans après la réforme, revue les tribunes de la santé n° 47 , troisième trimestre, 2015.

choix de ces références... Il reste que le système américain de santé fascine par sa capacité de recherche, d'innovation, ses prouesses technologiques et ses avancées médicales.

4.3- La mise en concurrence des caisses d'assurance maladie

Afin de mieux contrôler les dépenses de santé, certains systèmes d'assurance maladie ont développé des mécanismes de concurrence mais entre assureurs. L'Allemagne a mené une politique de maîtrise négociée des dépenses de santé et introduit la concurrence entre les caisses d'assurance maladie. Au Pays-Bas, une véritable révolution a marqué le système où les différentes caisses d'assurance maladie sont désormais totalement en concurrence.

4.3.1- Les réformes allemandes : pendant longtemps, l'assurance maladie n'a pas été obligatoire pour les revenus les plus élevés. Un double système s'est ainsi créé, celui constitué des caisses d'assurance maladie obligatoires (couvrant environ 90% de la population), et des assurances maladie privées (couvrant les plus riches mais aussi la grande partie des fonctionnaires). Ces deux systèmes coexistent depuis lors, seules les personnes gagnant plus de 50 850 euros par an (en 2012) peuvent choisir entre l'un ou l'autre¹⁸⁶.

Selon B.-P. Lange (2006), depuis 1977 les principes de « l'action concertée » régissent la régulation du système d'assurance maladie allemand. Tous les ans, les acteurs du système (le gouvernement fédéral, les lander, les syndicats et le patronat, les unions de médecins, les syndicats médicaux, les associations des hôpitaux et l'industrie pharmaceutique) doivent définir les grandes orientations de la politique de protection maladie, dont les modalités de gestion sont ensuite négociées entre les caisses d'assurance maladie et les unions régionales de médecins.

D'après les études de Dress (2005)¹⁸⁷, depuis 1984 des enveloppes globales sont négociées par ces acteurs pour les différents secteurs de la santé, mais difficilement respectées. En médecine ambulatoire, les fonds alloués sont répartis par les unions de médecins à partir du principe du point flottant : chaque médecin reste rémunéré à l'acte, mais la valeur de celui-ci correspond au montant de l'enveloppe globale divisé par le nombre total d'actes effectués. Chaque praticien a dès lors intérêt à multiplier les actes pour accroître sa rémunération, mais aux dépens des revenus de tous (la multiplication des actes faisant baisser la valeur du point). Pour éviter ce phénomène, un plafond maximal d'activité a été défini, et un contrôle des pratiques est effectué par les unions des médecins dans le cas où l'activité d'un praticien dépasse les limites.

Ce mode de financement régulé en fonction de ressources collectives limitées (enveloppe globale), tout comme le contrôle des pratiques, sont bien acceptés par les médecins du fait que ce sont leurs représentants (union de médecins de caisse) qui

¹⁸⁶IREF : Réformer et améliorer le système de Santé grâce au privé et à la concurrence : La France face aux exemples allemands, suisses et néerlandais. IREF, octobre 2013.

¹⁸⁷ Dress : Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, Dress, 2005.

négocient les enveloppes, qui effectuent les rémunérations et les contrôles. Le bon fonctionnement de l'ensemble repose sur un système de représentations des professions médicales légitimes, unifiés et responsables (autant de qualités qui manque en France).

Ce système n'a cependant pas empêché les cotisations sociales d'augmenter fortement (notamment parce que le gouvernement fédéral a souvent fait porter sur les assurances sociales une partie du financement du coût de la réunification). Par ailleurs, le niveau de dépenses reste élevé, notamment du fait de l'abondance de l'offre de soins, de la liberté de circulation des patients et du cloisonnement entre médecins de ville et l'hôpital. D'importantes mesures ont été prises en périodes de récession économique, quand les recettes, assises sur les cotisations sociales, n'arrivent plus à suivre le rythme des dépenses.

La loi de 1988 (loi Blum) vise à mieux contrôler les dépenses par l'introduction du ticket modérateur sur les médicaments, les soins d'auxiliaires médicaux, les cures médicales, les prothèses dentaires, l'optique et les transports ambulatoires. Elle fixe un tarif de référence pour les médicaments et les soumet donc à la concurrence par les prix, ce qui a permis un contrôle de la prescription et des dépenses en médicaments génériques (plus de 40% des prescriptions). Dès 1989, les dépenses semblent stabilisées (à 8,2 % du PIB allemand), mais la réunification va peser sur les comptes.¹⁸⁸

En 1992, afin de limiter les augmentations de cotisations sociales et de contrôler l'évolution des dépenses, une importante réforme est adoptée. La réforme Seehofer étend les enveloppes globales au secteur hospitalier, et gèle le prix des médicaments sur deux ans. Elle planifie pour 1996 la mise en concurrence progressive des caisses d'assurances maladie, entre les caisses locales, de branches ou d'entreprises (plus de cinq millions d'Allemands ont changé de caisse à la fin des années 1990). La mise en concurrence a aussi permis de restructurer et rationaliser le système en diminuant le nombre total de caisses. Alors qu'elles étaient près d'un millier en 1995, on compte en 2012, 146 caisses d'assurance maladie privées. En outre, les différentes caisses sont censées progressivement négocier les contrats spécifiques avec les professions médicales et proposer des structures de soins plus intégrées. La concurrence a cependant accru les inégalités entre caisses (certaines ont pu sélectionner les risques et offrir de meilleurs rapports cotisations/prestations) des mécanismes de compensation entre caisses ont donc été mis en place (IREF 2013).

Financées par les cotisations sociales, les dépenses de santé ne cessent de mettre en danger la compétitivité des entreprises allemandes. Le gouvernement Gerhard Schroder a décidé d'intervenir fortement en 2003 dans le cadre de son agenda

¹⁸⁸ Immergut E. : Le système de santé allemand : impasse ou révolution ?, carnet de santé de la France, 2009. In : www.sowi.hu-berlin.de/de/lehrebereiche/comppol/pub/pdfs/EMI2009. Consulté le: 25/06/2014.

2010 de réformes de la protection sociale, mis en place au 1^{er} Janvier 2004. Immergut (2009) trouve que les réformes cherchent à limiter le poids des cotisations sociales payées par les employeurs en augmentant la part prise par les usagers dans le financement de soins de santé : augmentation des tickets modérateurs existants (10% du prix pour les médicaments, le forfait hospitalier passe de 9 à 10 euros) introduction d'un ticket modérateur sur les consultations autrefois gratuites : 10 euros par pathologie et par trimestre (encore loin du niveau français). Comme en Suède, le montant des paiements directs par patient ne doit pas dépasser un certain plafond, ici fixé à 2% du revenu annuel brut du patient. En outre, de nouvelles prestations ne sont plus prises en charge : médicaments sans ordonnance, lunettes, stérilisation, cures thermales, transport. Par ailleurs, une assurance volontaire est proposée pour les prothèses dentaires.

D'après Immergut, la réforme Schroder change aussi le mode de financement de certains soins (le congé maternité par exemple), en les faisant passer sur l'impôt (taxe sur les tabacs), elle double la cotisation des retraités au financement de l'assurance soins de longue durée (pflgeversicherung), et elle attribue le financement des indemnités journalières aux cotisations salariées et non plus aux employeurs. La réforme prévoit enfin d'améliorer la qualité des soins, par la création d'un centre allemand pour la qualité de la médecine, indépendante de l'Etat, composée de représentants des caisses des hôpitaux, des médecins et des patients ; ce centre doit élaborer des normes thérapeutiques et des outils d'évaluation de l'efficacité des soins et des médicaments. La réforme prévoit aussi un rôle accru du « médecin de famille », une responsabilité et une meilleure information des patients, la création de centres médicaux devant permettre une meilleure coordination de soins.

La grande coalition arrivée au pouvoir en 2006 a prolongé ces réformes dans une importante loi adoptée en 2007, qui a rendu l'assurance maladie obligatoire pour tous en 1^{er} Janvier 2009, afin de ne plus avoir de personnes non assurées en Allemagne (IREF 2013). Elle a profondément changé le mode de financement qui est désormais décidé au niveau fédéral, les cotisations étant rassemblées dans un fond national de santé, puis redistribuées à chaque caisse en fonction de nombre de personnes assurées.

Afin de faire baisser le niveau des cotisations maladie pour abaisser le coût du travail pendant la crise (de 15,5% à 14,9% à partir de juillet 2009, soit 7 % pour les employeurs et 7,9% pour les salariés), le gouvernement a accru la contribution publique au système (7 milliards en 2009 et 15 milliards en 2010.) financée par l'impôt. Cependant, le niveau de cotisation obligatoire a été réaugmenté par la nouvelle coalition conservatrice à 15,5% en 2011, tout en décidant de bloquer à l'avenir le niveau payé par les employeurs à 7,3%, toute nouvelle augmentation des cotisations maladie devant être supporté par les salariés (actuellement 8,2%) (Immergut 2009).

Ce financement obligatoire du système de santé peut être complété par une cotisation supplémentaire payée par les salariés directement à leur caisse, en fonction des besoins

de celle-ci (à l'inverse, si une caisse parvient à dépenser moins que ce que lui verse le fond national de santé, elle peut accorder une ristourne à ses clients). C'est sur cette cotisation supplémentaire/ristourne que les caisses peuvent se faire concurrence, ainsi que sur certaines couvertures optionnelles. Dans la mesure où ces cotisations supplémentaires risquaient de pénaliser les plus démunis (les caisses ayant un nombre particulièrement élevé de personne à bas revenu), une nouvelle loi votée en 2010 fait que le Fonds national de santé prend en charge les cotisations supplémentaires quand celles-ci excèdent 2% du revenu de la personne (IREF 2013).

Face à la crise, et selon la même source, le gouvernement a pris en 2010 des mesures drastiques de réduction des dépenses : faible augmentation des dotations hospitalières (+1% par an en 2011 et 2012), gel des frais de gestion, gel des tarifs de remboursement de médicaments jusqu'à 2013. Ces mesures, tout comme une forte reprise économique et une forte baisse du chômage, ont permis de redresser les comptes de l'assurance maladie de stabiliser relativement les dépenses de santé. En 2012, le système d'assurance maladie a même dégagé un excédent de 4,4 milliards d'euros.

4.3.2- La double mise en concurrence aux Pays-Bas : Alors que les systèmes nationaux de santé introduisent la concurrence entre offreurs de soins et que l'Allemagne l'instaure entre caisses d'assurance maladie, les Pays-Bas ont développé les deux à partir de la fin des années 1980. Depuis le 1^{er} Janvier 2006, les caisses d'assurances maladie ont été privatisées et mis en concurrence (Petkantchin V. (2010))

A partir de 1987, trois vagues de réformes ont mis en place le plan Dekker puis Simons de transformation du système de santé néerlandais. Le 1^{er} Janvier 2006 est entrée en vigueur une loi créant un système unifié d'assurances maladie privées mais obligatoires pour tous les Néerlandais, abolissant la distinction autrefois existante entre les caisses d'assurance maladie obligatoires (qui couvraient 63% de la population) et les assurances privées (qui couvraient le reste de la population), pour les intégrer dans un seul système concurrentiel¹⁸⁹. L'Etat ne joue que le rôle de régulateur et finance la redistribution pour aider les plus démunis à se payer une assurance obligatoire.

Le système met en place trois marchés (Cohu 2006) : le marché des assurances maladie qui permet aux citoyens de choisir leur compagnie et d'en changer au début de chaque année s'ils le souhaitent, le marché des achats de soins, qui est censé permettre aux assureurs de mettre en concurrence les offreurs de soins afin d'obtenir les meilleurs prix pour la meilleure qualité, et enfin le marché des soins qui permet en théorie aux patients de choisir les prestations de soins, mais ce choix peut être limité par les assureurs (ou du moins le niveau de remboursement, si le patient choisit un prestataire non listé par son assureur).

¹⁸⁹ Cohu S. et alii : Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation, Revue française des affaires sociales (n° 2-3), 2^{ème} trimestre, 2006.

Une partie du système est financée par une prime d'assurance maladie forfaitaire (non modulable en fonction du risque), fixée par chaque assureur, payée par l'assuré (1200 euros par an en 2012) et par l'Etat pour les enfants de moins de 18 ans, le reste étant financé par une contribution prélevée sur les salaires payés par les employeurs. Les assurances doivent garantir un panier de soins de base défini par l'Etat, Ils ne peuvent pas sélectionner les risques, mais peuvent moduler leurs tarifs et offrir des assurances complémentaires. Ils peuvent aussi en partie négocier les prix, la qualité et le volume des prestations fournies par les hôpitaux (depuis 2012, 70% des tarifs hospitaliers ont été libéralisés), et choisir les prestataires avec lesquels passer des contrats, leurs assurés devant alors consulter ceux qui ont été choisis par les assurances. L'Etat verse aux ménages ayant un revenu inférieur à un certain plafond une aide fiscale à l'assurance maladie. Par ailleurs un système de compensation a été mis en place pour les assureurs qui permet d'ajuster le financement aux risques assurés, en tenant compte de l'âge, du genre, de la région, des invalidités, du statut d'emploi, des groupes de diagnostic des assurés. Les assurances complémentaires facultatives couvrent la part non prise en charge dans le panier de soins obligatoires (soins dentaires pour les adultes, lunettes, kinésithérapie, homéopathie....). Quatre-vingt-dix pour cent des Néerlandais ont une assurance santé complémentaire¹⁹⁰.

Selon la même source, plusieurs problèmes sont apparus avec la mise en œuvre de ce système. Tout d'abord, et comme toujours, l'introduction de la concurrence entre assureurs a renforcé les inégalités, du fait de la disparité des prestations proposées par les différents assureurs privés. De plus, elle a débouché sur une forte concurrence des compagnies, les quatre plus grandes contrôlant 90% du marché. En outre, des conflits de plus en plus nombreux opposent le gouvernement aux assureurs sur la définition de ce qui est soin exceptionnel et soin courant, dans la mesure où ils cherchent à ne pas couvrir un ensemble de soins associés aux maladies dégénératives ou de longue durée, estimant qu'ils relèvent du système public de prise en charge des soins de longue durée. Finalement, loin de contenir les coûts, la mise en place de la concurrence a fait doubler le rythme d'augmentation des dépenses de santé aux Pays-Bas (+4,4% par an entre 2001 et 2010 contre +2,2% par an sur la décennie précédente), qui se situent désormais en deuxième place derrière les Etats-Unis pour la part des dépenses de santé dans le PIB (12% en 2010).

Bien qu'elles soient largement déterminées par les institutions mises en place après 1945, les réformes menées depuis 1990 impliquent toutes une certaine libéralisation des systèmes nationaux de santé. Nous savons que ce sont les systèmes nationaux de correctement dotés en moyens financiers qui permettent le meilleur contrôle l'évolution des dépenses publiques de santé tout en garantissant le mieux l'égalité d'accès aux systèmes de soins, la réduction des inégalités sociales de santé, le développement de la prévention et des politiques de santé publique et les meilleurs

¹⁹⁰ Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports : Le nouveau système de soins de santé des Pays-Bas Durabilité, solidarité, choix, qualité, efficacité, MSBES, 2015.

résultats sanitaires. Pourtant, les formules retenues font de plus en plus appel à la concurrence : concurrence entre offreurs de soins dans le système national de santé (afin d'en améliorer l'efficacité et réduire les listes d'attente), concurrence entre assureurs dans le système d'assurance maladie (où les prestataires de soins sont déjà en concurrence au moins dans le domaine des soins ambulatoires).

L'idée semble moins de contrôler la dépense totale de santé que de limiter la part publique des dépenses de santé en transférant une partie des charges vers le privé. Cet appel à la concurrence vise aussi à satisfaire une demande croissante des usagers (ceux du moins qui ont les moyens de payer pour cela) : liberté de choix et accès immédiat aux soins les plus sophistiqués. La France ne fait pas exception par rapport à ces évolutions.

5- Avantages et inconvénients des réformes des systèmes de santé

Nous présenterons un tableau récapitulatif des réformes des systèmes de santé avec avantages et inconvénients de chaque réforme.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif de diverses initiatives de réformes du système de santé

Initiative réformatrice	Avantages	Inconvénients
Approche alternative du financement (contribution de l'utilisateur, dispositifs d'assurance et réforme de la rémunération des prestataires)	Elargit la base de financement, Réduit la dépendance à l'égard de bailleur de fonds et repose plus sur la volonté des consommateurs du payer	Peut avoir pour effet de priver les groupes pauvres et vulnérables, de services essentiels, et de faire passer les préoccupations financières avant les besoins de la population en matière de santé
Décentralisation	Les ressources sont réparties en fonction des besoins locaux et non de décisions administratives prises à des niveaux supérieurs	Peut exacerber les difficultés liées à la faiblesse des capacités, à la mauvaise gestion, à la prise de décision dictée par des considérations politiques et à la corruption
Participation accrue du secteur privé	Favorise une utilisation plus efficace des ressources qui renforce la flexibilité et l'innovation	La qualité, l'innovation et l'efficacité ne sont pas garanties par le secteur privé. Pas de mission d'aide aux pauvres.
Services intégrés	Réduit le gaspillage, les répétitions inutiles et l'absence de coordination qui vont de pair avec les services disposés isolément	Est susceptible de limiter la focalisation en matière de financement et la supervision technique des programmes prioritaires. Accroît les demandes qui pèsent sur les gestionnaires et les personnels

Source : réalisé par nos soins.

III- PRESENTATION DES REFORMES DES SYSTEMES DE SANTE TUNISIEN ET MAROCAIN

En matière de santé, ce sont les mêmes maux qui touchent l'Algérie et ses pays voisins maghrébins. Ces pays souffrent d'une offre de soins insuffisante avec le cas préoccupant du Maroc face à une demande importante. Et quant au secteur privé, qui s'est très rapidement développé depuis quelques années, il reste faiblement régulé.

1-La réforme de santé au Maroc

Au lendemain de l'indépendance, le Maroc a opté pour un modèle de système de santé où l'Etat était responsable des principales fonctions suivantes : la production des soins et services, le financement des soins, le management des établissements (administration et gestion) et la régulation du secteur.

Quand ce système était jeune et peu développé la conciliation de ces quatre fonctions était possible et se justifiait aussi par la conjoncture de l'indépendance. Mais au fur et à mesure du développement de la couverture sanitaire et de l'augmentation de la taille des structures et des effectifs qui s'est réalisée parallèlement à l'évolution et la consolidation du processus démocratique, l'Etat ne pouvait garantir les exigences d'efficacité, de qualité et d'efficience du système de soins.

1.1- Cadrage stratégique de la réforme du système de santé au Maroc

La réforme de santé au Maroc s'inscrit dans le cadre d'un choix politique de régionalisation et de réforme de l'administration publique. Elle vise le redéploiement des grandes fonctions du système de santé, notamment la séparation entre la fonction de financement et la fonction de production de soins, la séparation entre la fonction de tutelle et la fonction de gestion et le développement de la fonction de régulation.

1.1.1- La séparation entre financement et production de soins : la réforme du financement : Dans ce cadre, le Maroc a opté pour l'introduction de nouveaux mécanismes de financement représentés essentiellement par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Avec ces deux mécanismes, le Maroc espère parvenir à une couverture médicale de 50 % et permettre aux hôpitaux de s'autofinancer afin de libérer leurs subventions pour renforcer le réseau des soins de santé de base¹⁹¹.

1.1.2- La séparation entre tutelle et management des établissements : La décentralisation de la gestion : L'OMS a identifié parmi les fonctions d'un système de santé ce qu'elle a appelé la fonction d'administration générale. Cette fonction présente une ambiguïté par ce qu'elle confond les niveaux d'administration. En effet,

¹⁹¹ Azzouzi I. : La santé au Maroc : situation actuelle et défis, 2014. In : ensp.sante.gov.ma/Manifestations_scientifiques/Seminaires/Documents/seminar_ehealth_20141204/Session1/3-Idrissi-Azzouzi-SG-HMM.pdf.consulté le 04/03/2016.

dans la fonction d'administration, il faut distinguer trois sous-fonctions selon leur niveau de réalisation et leurs finalités¹⁹² :

- La fonction de gouverner ou de gouvernance que seul l'État assume à travers son pouvoir de régulation et de réglementation du système de santé et son rôle de veiller sur ses principes fondamentaux (équité, solidarité, etc.)
- La fonction de management qui se rapporte à la direction des organisations de santé représentées par les établissements de production de soins (les hôpitaux, les centres de santé etc.) et les administrations déconcentrées (les délégations de santé, le SIAAP etc.)
- La fonction de gestion qui est plutôt liée à tous les processus de production de soins et services et où les professionnels de santé et les techniciens ont un rôle majeur à jouer.

Par rapport à cette distinction, le rôle de l'Etat doit consister à gouverner le système de santé et mobiliser les financements, et le rôle des établissements et des administrations extérieures serait de veiller, par un bon système de gestion, à assurer l'efficacité et l'efficience de la production des soins et services. Pour réaliser cela, il faut transférer certains pouvoirs de planification aux établissements (décentralisation) et recentrer le rôle de l'Etat sur la fonction de gouvernance et de régulation. La réforme britannique a exprimé cette tendance par un slogan « moins d'Etat, mieux d'Etat ».

1.1.3- Le renforcement de la fonction de régulation : Dans la réforme marocaine, la régulation repose sur trois politiques principales¹⁹³:

- **La planification.** Par l'introduction de nouveaux outils de planification, notamment la carte sanitaire (CS), le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et le projet d'établissement hospitalier (PEH). Dans les deux premiers mécanismes de planification, sont impliqués aussi bien les conseils régionaux que les ordres professionnels. Pour le PEH, tous les acteurs hospitaliers doivent être mobilisés. La régulation de la demande reposera sur le renforcement du système d'orientation recours entre les hôpitaux et les centres de santé et l'équilibrage de la filière de soins.
- **La contractualisation.** Ce mode de régulation économique intermédiaire entre la régulation par le marché et la régulation bureaucratique reposant essentiellement sur le pouvoir hiérarchique, vise le développement de la concurrence organisée qui est un des principes pour susciter une meilleure performance des établissements de production des soins aussi bien privés que

¹⁹² MS: Reforme de santé : Partenariat et intersectorialité : Cas du Maroc, MS, Juin 2006.

¹⁹³ Ministère de la Santé : L'expérience de contractualisation au Ministère de la santé –Maroc, MS, Juin 2006.

publics . Cela veut dire que les régions sanitaires, les hôpitaux et la tutelle auront à établir des ententes de gestion ou des contrats programmes. Toutefois, les mécanismes d'incitation qui sont essentiels dans tout système d'obligation de résultats, ne sont pas encore définis pour supporter cette voie de contractualisation. Dans ce cadre, il est prévu également de développer un système d'accréditation pour créer une certaine compétition dans le domaine de l'assurance qualité.

- **La régulation des dépenses.** Dans le cadre des deux projets de lois relatifs à l'AMO et le RAMED, il est prévu la création d'une agence nationale de régulation du financement des soins. Cette agence aura à cadrer les interrelations entre les financeurs et les producteurs de soins et à arbitrer les choix et les conflits potentiels.

1.2- Les choix stratégiques des réformes : la réforme du système de santé marocain repose sur quatre choix stratégiques et sur des leviers d'action¹⁹⁴ :

- La régionalisation : elle constitue le premier choix stratégique, c'est une opportunité pour dynamiser le système de santé. En effet, comme forme de décentralisation, la régionalisation répond à une double exigence de démocratisation et de rationalisation administrative, c'est-à-dire qu'elle permet plus de responsabilisation des niveaux locaux qui sont les plus concernés par les problèmes de santé. Elle est également un instrument politique pour mobiliser la participation des collectivités locales dans la planification et le financement des soins, et un moyen de redistribution des ressources humaines et financières.
- L'approche du système de santé intégré : le choix de cette approche se justifie par sa capacité d'intégrer quatre traditions d'organisation de services au Maroc, à savoir : l'organisation en deux secteurs public et privé, l'organisation en réseaux (hospitalier et de soins de santé de base), l'organisation par programmes sanitaires et l'organisation en services déconcentrés.
- La réforme du financement avec ses deux mécanismes d'AMO et de RAMED susmentionnés. Cette réforme constitue le premier leitmotiv du débat politique sur la réforme de santé. Dans ce cadre, la réalisation des Comptes nationaux de santé représentera un moyen pour suivre l'évolution des dépenses et leurs différentes distributions.
- La réforme hospitalière : elle vise la préparation des hôpitaux à la transition sanitaire, à l'autonomie et à la mise en place de l'assurance maladie. Ceci passe nécessairement par le développement du management des hôpitaux et

¹⁹⁴ Hazim J.: Reforme de santé et Partenariat et intersectorialit Partenariat et intersectorialité : Cas du Maroc, Bruxelles les 25 et 26 juin 2006 Bruxelles les 25 et 26 juin 2006.In : http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co15_en.pdf

par la mise à niveau de presque tous les processus de production de soins, y compris leurs aspects techniques et technologiques.

- Quant aux leviers d'action qui représentent des actions motrices de la réforme de santé, ils sont représentés par : l'institution d'équipes régionales de planification, le développement d'un système d'information informatisée, la promotion de l'assurance qualité et l'introduction de nouveaux mécanismes de régulation (CS, SROS, PEH, Contractualisation).

Deux grands projets soutiennent la réforme au Maroc. Il s'agit du projet de financement et de gestion du secteur de la santé (PFGSS) financé par un prêt de la BIRD de 72 millions \$ et qui prend en charge la réforme du financement et la réforme hospitalière ; et le projet d'appui à la gestion du secteur de la santé (PAGSS) financé par un don de l'Union Européenne de l'ordre de 20 millions d'Ecus et qui prend en charge les aspects de la réforme liés à la régionalisation et à l'équilibrage de la filière de soins¹⁹⁵.

Les réformes du système de santé en cours, notamment celles relatives à la Couverture Médicale de Base, la réforme hospitalière et à la régionalisation, elles revêtent une grande importance et nécessitent l'implication de toutes les composantes du système de soins et l'intégration de l'ensemble de ces ressources.

Par conséquent, la bonne gouvernance du système, la réorganisation de son offre de soins pour une meilleure complémentarité et le bon usage de ses ressources disponibles et mobilisables imposent une réelle synergie entre l'ensemble des composantes du système.

Dans ce cadre, le Ministère de la Santé s'est engagé dans une nouvelle réforme dont l'objectif est d'asseoir une véritable politique de partenariat pérenne entre les deux secteurs public et privé en matière de prestations de soins et de services. Les résultats attendus étant :

- Une approche méthodologique globale pour le développement d'un cadre partenarial prenant en considération les besoins de la carte sanitaire, la démographie médicale et les moyens disponibles des deux secteurs ;
- La mise en place de domaines précis et des formes innovantes de partenariat ;
- Des modes de délégation de la gestion du service public sanitaire et des prestations des services et des soins adaptés au système de santé ;
- Des formes d'encouragement et d'incitation des prestataires du secteur privé ;
- Des outils d'information, de concertation et de coordination ;
- Des outils d'évaluation, de suivi et de contrôle.

Les différents changements enregistrés à l'intérieur et autour du système de santé marocain et les enjeux auxquels il est confronté rendent une réforme nécessaire et opportune

¹⁹⁵ Direction de la planification et des ressources financières : le financement des services de base : quels enseignements fournissent les comptes nationaux de la santé, DPRF, Maroc, 2003.

au Maroc. Telle qu'elle est conçue, cette réforme présente plusieurs atouts. Mais ce sont justement ces atouts qui la rendent complexe. Il revient maintenant aux autorités sanitaires de relever les défis liés à cette complexité en tirant profit de l'environnement politique particulièrement favorable et des expériences de réformes entamées partout dans le monde.

2- La réforme du système de santé Tunisien

En Tunisie, avant la grande réforme d'assurance maladie, une prise en charge des soins, par les malades eux même s'est opérée, généralement dans le secteur privé¹⁹⁶, les malades étant soit des assurés sociaux que la mauvaise image du secteur public sanitaire dissuadait d'utiliser leurs droits à l'assurance maladie, soit des non assurés sociaux capables de financer eux même leurs soins ou couverts par un système d'assurance privé.

Cette situation était jugée dès le milieu des années 80 comme inacceptable, car elle signifiait en réalité une médecine à double vitesse mais également l'exclusion du secteur privé sanitaire de la majorité des prises en charge garanties par la solidarité nationale. C'est pour remédier à ces principales insuffisances qu'une première tentative législative pour réformer le système a vu le jour en 1986 en vue d'unifier les secteurs public et privé en matière de sécurité sociale et, de créer une caisse propre à l'assurance maladie¹⁹⁷. Toutefois cette tentative avorta et resta totalement inefficace pour plusieurs raisons¹⁹⁸ : d'abord, l'absence de toute concertation avec les partenaires sociaux, ensuite des résistances exprimées par les défenseurs du maintien des systèmes de la CNSS et de la CNRPS. Enfin la réforme de 1986 était avant tout une réforme des organismes de la sécurité sociale plus qu'une réforme des régimes gérés. Le contexte politique de l'époque était par ailleurs peu favorable pour entamer de véritables réformes.

Une décennie plus tard, tirant sans doute les leçons de 1986, un conseil ministériel restreint réuni en 1996 lança, en associant l'ensemble des partenaires sociaux, le chantier de la réforme aboutissant à la loi 2004-71 du 2 aout 2004 et au système actuel d'assurance maladie. Cette loi sera complétée progressivement par son corpus réglementaire de 2005 à 2008. Cette réforme est entrée en vigueur partiellement le 1^{er} juillet 2007 et totalement le 1^{er} juillet 2008¹⁹⁹.

La Tunisie dispose aujourd'hui d'un véritable système autonome d'un point de vue organique et fonctionnel, d'assurance maladie qui concerne la majeure partie de la population. On peut le comparer à celui du Maroc, qui a entamé dès 2002 sa réforme du système d'assurance maladie sur la base des mêmes grands principes. La spécificité du cas marocain est que l'assurance maladie (obligatoire pour l'ensemble des travailleurs et titulaires ou

¹⁹⁶ Chayata K : La prise en Charge des dépenses de santé par la solidarité Nationale : L'exemple du système tunisien d'assurance maladie, thèse de doctorat en Sciences de l'Homme des Organisations et de la Société, Université de Rennes, 2013.

¹⁹⁷ Chayata K., (2013)Op.cité

¹⁹⁸ Achouri H. : L'Assurance Maladie en Tunisie : Situation Actuelle Perspectives de Réforme, Avril 2004.

¹⁹⁹ Ayadi I : Impact de la reforme d'assurance maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments, Thèse de doctorat en Sciences Economique, Université de Sfax, 2009.

AMO) et l'assistance médicale aux plus démunis (Régime d'assistance médical ou RAMED) sont intégrés dans un système unique.

Notons que c'est seulement depuis 2002 que l'assurance maladie marocaine est obligatoire pour l'ensemble des salariés. Auparavant, seuls les fonctionnaires et certains salariés du privé bénéficiaient d'un système d'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'une différence fondamentale avec la réforme tunisienne de 2004 (faiblesse de la couverture sociale beaucoup plus marquée par rapport à la Tunisie, environ 1/3 seulement de la population) ; le RAMED étant par ailleurs toujours au stade expérimental en 2012.

Huit années se sont écoulées entre la première annonce d'une réforme d'ensemble du système national de prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale en 1996 et la concrétisation de la réforme par la loi du 2 août 2004, puis trois autres années pour voir le système entrer en vigueur partiellement le 1er juillet 2007²⁰⁰ et enfin une année pour son application plus ou moins complète à partir du 1er juillet 2008²⁰¹ ; soit un total de 12 années.

La Tunisie a entamé un processus de révision et de réforme de son système de couverture maladie. La réforme propose une refonte totale du système de santé, en vue de réduire les inquiétudes entre les régimes en vigueur. Le premier conseil tenu en 1996, consacré à l'assurance maladie a fixé les principes de la réforme du financement du système de santé basé sur un système d'assurance sociale (contrairement à un système financé par les impôts généraux). La réforme tend à passer d'un système de service public de santé, largement déployé sur tout le territoire, à un système plus diversifié, financé par un régime d'assurance maladie obligatoire.

La concrétisation de la réforme initiée en juillet 2007, a consacré la fusion des branches maladies des divers régimes de sécurité sociale au sein d'un nouveau régime unique offrant les mêmes prestations à tous les assurés, appliquant un même taux de cotisation et administré par une seule caisse créée à cet effet. Avec ce nouveau régime, l'accès à l'offre de soins privée, longtemps ignorée par l'assurance maladie obligatoire, est désormais possible, et de nouvelles mesures ont été mises en place afin de maîtriser les coûts.

2.1 Objectif de la réforme d'assurance maladie

L'implantation de la réforme de l'assurance maladie va s'articuler principalement autour de la maîtrise des dépenses de santé. En effet, celles-ci ont connu un rythme d'évolution galopante au cours de la dernière décennie.

²⁰⁰ Introduction de la prise en charge intégrale des maladies lourdes et chroniques 24 affections (APCI) en dehors de tout plafond dans le secteur public et privé avec option de tiers payant. Prise en charge du suivi de la grossesse dans le secteur privé, de la prise en charge de l'accouchement et d'une liste d'opérations. Chirurgicales suivant des forfaits conventionnels dans le secteur privé.

²⁰¹ Introduction de la prise en charge des soins ambulatoires des maladies ordinaires suivant des modes d'accès choisis par l'assuré et dans la limite d'un plafond familial pour la filière privée (tiers payant dans le secteur privé) et le système de remboursement.

Les principales orientations de la réforme du système d'assurance maladie sont les suivantes²⁰²:

- La définition d'un nouveau cadre juridique pour la couverture du risque maladie, avec l'offre d'un panier de soins de base à toute la population tunisienne.
- L'harmonisation des modalités de financement du système d'assurance maladie et le développement des assurances complémentaires.
- La promotion de l'industrie pharmaceutique locale, notamment pour les produits génériques.

Compte tenu de l'ampleur d'une telle réforme, de son impact sur l'ensemble des composantes du système de santé et de ses implications politiques et socioéconomiques, une commission nationale d'assurance maladie, regroupant des représentants des caisses, des ministères de tutelle, des partenaires sociaux et des conseils de l'ordre des professions médicales et pharmaceutiques, a été mise en place afin de définir les orientations de la réforme conformément aux principes retenus.

De longues années de concertation (depuis février 1996) et parfois même de négociation ont été nécessaires, sous la forte impulsion des pouvoirs publics qui souhaitent rapprocher les points de vue des diverses parties au sein d'un consensus général avant toute mise en application de la réforme. Des missions d'information sur les systèmes d'assurance maladie dans certains pays d'Europe (Allemagne, Italie, Espagne) ainsi qu'un programme de coopération technique impliquant des experts des caisses françaises ont également été d'un grand soutien à l'équipe chargée du projet²⁰³. L'expertise de cadres de la Commission Européenne chargés du suivi d'un programme d'appui à la réforme, établie entre le gouvernement tunisien et l'Union Européenne, a également été prise en considération.

2.2 L'application de la réforme : la mise en place de la réforme a nécessité la création d'une Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

2.2.1 La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

C'est la loi n°2004-71 du 2 août 2004, qui va donner la forme juridique de cette réforme tant attendue. Dans l'article 2 de cette loi, il est dit que « le régime d'assurance maladie comporte un régime obligatoire et des régimes complémentaires facultatifs ». Dans l'article 7 de la présente loi, on annonce la création d'un « établissement public à caractère non administratif » nommé Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). La CNAM vient supplanter les régimes gérés par la CNSS et la CNRPS (article 9 de la présente loi).

Un second régime complémentaire, facultatif, couvrira les prestations non prises en charge par le régime de base. Sa gestion relèvera des assurances privées et des mutuelles, et le

²⁰² Guezguez K. : La mise à niveau: Un levier durable pour l'amélioration de la qualité des soins, revue les échos de la gestion hospitalière, n° 3, 1^{er} trimestre, 2011.

²⁰³ CNAM : Réforme des régimes de l'assurance maladie en Tunisie : Défis et perspectives, CNAM, 2012

cas échéant de la CNAM (articles 19 et 20 de la présente loi). Sur le plan des relations de la CNAM avec les prestataires de soins, le législateur a fait le choix de régler ces rapports sur une base conventionnelle, non pas des conventions individuelles mais des conventions sectorielles. La CNAM a signé des conventions avec les syndicats des médecins de libre pratique (STML), des biologistes, des dentistes et des pharmaciens d'officine. Les principales conventions sont celles signées entre la CNAM et la STML (arrêté du 6 février 2007) d'une part, et entre la CNAM et les Syndicats des pharmaciens d'officine de jour et de nuit (arrêté du 1^{er} juin 2007) d'autre part. Le premier objectif de ces deux conventions vise à assurer une «couverture sociale universelle contre le risque maladie». Ces deux conventions présentent tout d'abord différentes définitions de l'assuré social, du bénéficiaire, du médicament, du médicament générique, de la DCI, des affections prises en charge intégralement, du tarif de référence et du taux de prise en charge.

2.2.2 Les principales modalités de la réforme de l'assurance maladie

Le décret n°2007-1367 du 11 juin 2007 détermine les modalités de prise en charge et les taux de prestations des soins dans le régime de base d'assurance maladie. Dans l'article 4 de ce décret, le législateur stipule que l'assuré social peut choisir l'une des trois filières : le régime du secteur public, le régime du secteur privé et le régime de remboursement. Chacune de ces filières a sa propre enveloppe de prestations et son mode de contrôle des coûts:

- La filière publique de soins : Il s'agit de la modalité de prise en charge des prestations, basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations prodiguées dans les structures sanitaires publiques relevant du Ministère de la Santé Publique, les polycliniques de la sécurité et les autres structures sanitaires publiques. Afin d'encourager les bénéficiaires à opter pour ce régime, le ticket modérateur annuel requis est plafonné à un niveau raisonnable. Passé ce seuil, tous les coûts additionnels sont pris en charge par la CNAM. Comme c'est le cas, certaines catégories d'employés publics sont exonérées du ticket modérateur dans le cadre de ce régime (articles 7-9)
- La filière privée de soins : il s'agit de la modalité de prise en charge des prestations, basée sur la coordination des différentes étapes de soins et des prestations par un médecin conventionné choisi par l'assuré social, désigné comme étant le "médecin de famille " (médecin référant). Cependant, « le recours préalable au médecin de famille n'est pas exigé dans les cas suivants : les spécialités de gynécologie, obstétrique, d'ophtalmologie et de pédiatrie, la médecine dentaire et les Affections Lourdes et Chroniques » (Article 11).

Les médecins qui participent au régime doivent accepter les tarifs et tickets modérateurs établis par la CNAM et ils ne sont pas autorisés à facturer leurs patients pour des charges additionnelles. En d'autres termes, le reste à charge n'est pas autorisé. Les tickets modérateurs pour les services obtenus dans le cadre de ce régime sont supérieurs à ceux du secteur public, afin de minimiser les incitations pour les citoyens à choisir cette option.

- Le système de remboursement des frais : Il s'agit de la modalité de prise en charge des prestations, basée sur la coordination des différentes étapes de soins, et des prestations dans les deux secteurs public et privé conventionné. Ce système est très similaire au régime facultatif de la CNRPS. Il permet au patient de consulter n'importe quel prestataire de soins, quels que soient la spécialité ou le secteur. En retour, le patient doit payer pour les soins reçus et ensuite demander le remboursement à la CNAM. Les charges et les tickets modérateurs sont également déterminés par la CNAM sur la base du service fourni, et le reste à charge n'est pas autorisé. Enfin, le remboursement (annuel) total est plafonné à des niveaux inférieurs à ceux du secteur privé (Article 17).

La mise en place de la réforme est progressive en raison des moyens financiers qu'elle nécessite. Au cours de la première étape, entre le 1er juillet 2007 et le 1er juillet 2008, la CNAM propose un panier de soins relatifs à 24 groupes de maladies chroniques appelées APCI (affections prises en charge intégralement). Au cours de la seconde étape et en plus des 24 APCI, la CNAM prend en charge les maladies dites ordinaires conformément au système de remboursement.

Nous résumons dans le tableau suivant les principales réformes apportées dans les trois pays :

	Réforme Hospitalière	Réforme de financement	Réforme de la sécurité sociale
Algérie	Conçue en 6 leviers mise en application depuis 2002	Implication des caisses de la sécurité sociale dans le financement du système de santé (adoption de la contractualisation)	Modernisation des organismes de la sécurité sociale ; -adoption de la carte chifa
Tunisie	La réforme de la gestion hospitalière (1991) et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	système d'assurance sociale (contrairement à un système financé par les impôts généraux)	-Mise en place d'un système de CNAM obligatoire et un régime facultatif
Maroc	-Adaptation des établissements de santé à Couverture Médicale de Base (CMB). - Renforcement de l'autonomie de gestion des hôpitaux (1994) 2000	Contractualisation	-Adoption d'un régime d'assurance AMO et RAMED

Source : réalisé par nos soins.

CONCLUSION

Depuis les années 1990, la plupart des systèmes de santé des pays développés ont fait l'objet de réformes, plus ou moins profondes. Elles ont toutes été orientées par le souci de réduire ou, du moins, de contrôler les dépenses publiques. Elles cherchent à développer des

mécanismes de régulation fondés sur la concurrence entre les acteurs (assureurs et prestataires de soins), espérant par là développer leur efficacité. L'existence de la concurrence est cependant source d'inégalités et, souvent, d'un surcroît de dépenses de santé. Avec ce type de politique, l'enjeu consiste non pas à contenir l'ensemble des dépenses de santé mais à transférer une partie de la prise en charge des soins de santé au secteur privé.

Il peut sembler difficile de choisir, au nom de la nécessaire maîtrise des dépenses, des formules dont on sait qu'elles accroissent les inégalités et risquent d'augmenter les dépenses totales de santé. C'est que d'autres contraintes pèsent sur ces réformes : tout d'abord la volonté d'adapter les systèmes de santé au nouvel environnement économique qui impose la baisse des charges sociales, la limitation des dépenses publiques, et qui prône avec une insistance croissante l'usage des mécanismes de concurrence comme régulateurs universels. Par ailleurs, l'introduction de plus de liberté et de concurrence au sein de ces systèmes semble aussi répondre à une forte demande des usagers, impatientes face aux listes d'attente des systèmes nationaux de santé, et désireux de pouvoir bénéficier immédiatement de tous les progrès de la médecine.

Les réformes des systèmes de santé sont comme écartelées entre quatre objectifs souvent contradictoires : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, et enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels.

Les systèmes de santé maghrébins ont fait l'objet de plusieurs réformes visant principalement l'organisation et le financement des structures de soins et la sécurité sociale afin d'assurer un meilleur accès aux malades.

Plusieurs caractéristiques communes des réformes ont été constatées dans les trois pays tels que l'adoption de la contractualisation, l'ambition d'une couverture sociale universelle, le recours à la réforme hospitalière..., pour des systèmes de santé hérités du passé colonial, et souffrant des maux similaires (explosion des dépenses, situation épidémiologique critique, demande de soins de plus en plus importante, manque de professionnels spécialisés ...) sans parler d'un autre point commun aux 3 pays : la lenteur dans l'application des réformes, plusieurs années séparant l'intention d'une réforme et sa mise en application.

Chaque réforme opère un arbitrage entre les objectifs sociaux (garantir les mêmes soins pour tous), sanitaires (obtenir de meilleurs résultats de santé), économiques (assurer la viabilité financière et la compétitivité des systèmes) et politiques (obtenir la satisfaction des usagers et des prestataires, c'est-à-dire respecter leur liberté de choix et d'action, éviter les files d'attente...). S'il n'est sans doute pas possible d'élaborer une réforme qui puisse améliorer toutes ces dimensions à la fois, il importe cependant de poser explicitement ces enjeux afin que les conséquences des choix effectués soient claires pour tous les citoyens. Notamment la liberté du choix et du confort au détriment de l'égalité.

CHAPITRE V : BILAN DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET MODELISATION DES DEPENSES DE SANTE

INTRODUCTION

L'Algérie a connu depuis deux décennies, des évolutions économiques et sociales importantes poussant ainsi son système de santé à plusieurs transformations afin de répondre au mieux aux attentes de la population en termes de soins.

Afin de s'adapter au nouvel environnement économique et social qui s'opère dans le pays, les systèmes de santé sont constamment rénovés par des réformes qui les font évoluer vers plus d'efficacité tout en minimisant les coûts.

L'objectif de ce chapitre est de présenter et d'analyser les principales réformes apportées au système de santé algérien dans le souci de remédier aux différents dysfonctionnements.

Nous présenterons le chapitre en trois sections : la première sera consacrée à l'analyse des différentes réformes apportées en Algérie ; la seconde traitera des limites du fonctionnement du système de santé algérien et des réformes adoptées à travers les opinions des spécialistes du domaine, quant à la troisième, elle présentera une modélisation des déterminants des dépenses de santé en Algérie et quelques recommandations.

I- PRESENTATION ET ANALYSE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

L'Algérie s'est engagée dans des réformes de son système de santé, pour atteindre des objectifs, en termes de services de santé, à la fois moins coûteux et plus efficaces. Elles se résument en réforme : hospitalière, de la sécurité sociale et du financement (contractualisation).

1-La réforme hospitalière

Les insuffisances qui ont caractérisé (et qui caractérisent encore à ce jour), l'organisation, la gestion, et le financement des hôpitaux, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités.

1.1- Définition de la réforme hospitalière : La réforme hospitalière dont la mise en application a été annoncée chaque année depuis 1998, consiste en une série de mesures à caractère organisationnel, managérial et financier, à même de répondre aux

besoins en soins de la population²⁰⁴. Il s'agit d'un choix politique avec six leviers d'action qui sont déterminants : la réforme du financement, la révision du statut des hôpitaux et du personnel, l'informatisation du système d'information, l'estimation des coûts réels et la facturation des actes²⁰⁵.

1.2- Les objectifs de la réforme hospitalière : Elle vise l'amélioration de la couverture sanitaire par l'offre de soins et la correction des iniquités, la mise en place d'un mécanisme institutionnel pour la prise en charge des personnes économiquement faibles, et à l'amélioration du management des services de santé²⁰⁶, sachant que la réforme hospitalière devient un vecteur de politique de maîtrise des coûts, de mobilisation et de rationalisation des ressources.

1.3-Le contexte de la réforme hospitalière: Depuis près de deux décennies, du fait de l'aggravation des déficits²⁰⁷, les hôpitaux sont de plus en plus critiqués tant par les usagers que par les experts et les professionnels de santé. Il leur a été reproché une dégradation de la qualité des soins, au regard notamment des exigences croissantes des malades, et dans le même temps, il leur est demandé de réduire leurs coûts de fonctionnement, dont l'accroissement contribue à l'augmentation des déficits budgétaires et à leur endettement. C'est dans ce sens que la réforme hospitalière a été conçue.

1.4- Contenu des dossiers de la réforme hospitalière : La réforme est organisée en dossiers dont chacun vise à régler une problématique bien définie²⁰⁸ :

1.4.1- Le dossier 1: Structures hospitalières : le dossier intègre de nombreux objectifs comme l'amélioration du contrôle de l'Etat sur les établissements de soins et le degré d'autonomie de ces derniers. Ces objectifs visent la révision des statuts et de l'organisation des établissements publics.

1.4.2-Le dossier 2 : Financement : l'objectif de ce dossier est de :

- Trouver de nouvelles sources de financement ;
- Revoir les modalités de financement des hôpitaux et la réglementation de la gestion financière tout en introduisant une souplesse comptable.

1.4.3- Le dossier 3 : Besoins de santé et demande de soins : le contenu du dossier vise à faire bénéficier l'ensemble de la population des soins de santé primaires (paquet minimum garanti et activités préventives) et de prodiguer des

²⁰⁴ Kaid Tlilane N. : Quelle réforme pour les pays en développement, 1^{er} colloque International d'économie de la santé : Gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou revenue intermédiaire, université de Béjaïa, 13,14,15 Novembre 2009.

²⁰⁵ Lamri L. : changeons le système de santé algérien,2006, op.cit.

²⁰⁶ Chachoua L : Le système national de santé, 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger, 18 et 19 Janvier 2014

²⁰⁷ Entretien avec Kaddar Miloud

²⁰⁸ Conseil National de la Réforme hospitalière: Rapport préliminaire : les préalables et les actions urgentes, MSPRH,2002.

soins curatifs. Une organisation hiérarchisée des niveaux de soins est établie, de l'hôpital régional aux structures de santé de base.

1.4.4- Le dossier 4 : Ressources matérielles : l'objectif est de donner, pour un réseau de soins, tous les moyens nécessaires mais répartis rationnellement à travers son maillage.

1.4.5-Le Dossier 5 : Les ressources humaines : l'objectif visé est l'amélioration des compétences et des qualifications de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et des différentes professions qui restent à définir.

1.4.6- Le dossier 6 : Inter-sectorialité : les actions du Ministère de la Santé, de la population et de la Réforme Hospitalière dépendent en partie d'autres secteurs. La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles.

1.5-Analyse des dossiers de la réforme

Après avoir présenté les dossiers de la réforme hospitalière, nous pouvons constater clairement que les objectifs tracés par cette réforme ne sont pas tous atteints :

- Aucune directive n'a été prise pour réduire l'iniquité sociale et aucun mécanisme n'a été mis en place pour la prise en charge des démunis sachant qu'il s'agit de l'un des objectifs principaux de la réforme hospitalière. Les personnes aisées peuvent accéder aux mêmes soins gratuits que les malades à faibles revenus.

- Un autre objectif de la réforme hospitalière qui est la maîtrise des dépenses et la gestion rationnelle des ressources. Aujourd'hui, et après 15 ans de son application, les dépenses de santé n'ont fait qu'augmenter et le gaspillage s'est amplifié. (en 2017, les hôpitaux algériens ont dépensé plus de 1000 milliards de dinars auprès de la PCH à cause du gaspillage de médicaments et de consommables, du fait de leur mauvaise utilisation par les structures de santé)(In : www.algeriepatrioritique.com)

-Force est de constater aujourd'hui qu'aucune amélioration en termes d'offre de soins dans le secteur public n'a été réellement engagée. Bien plus, le recours accru vers le secteur privé a été observé depuis la mise en œuvre de cette réforme en 2002.(Cf. chapitre 1, et le nombre de professionnels de la santé exerçant dans le secteur privé ne cesse d'augmenter depuis.)

-Le dossier 4 : vise à doter les hôpitaux du matériel nécessaire. Qu'en est-il réellement ? les hôpitaux sont-ils réellement dotés du matériel adéquat ? . Après consultation des le structures publiques, nous avons constaté que les malades sont le plus souvent orientés vers le privé pour passer la plupart des examens biologiques et radiologiques (qui sont très peu remboursés par la sécurité sociale), pour pouvoir

assurer leur suivi dans les hôpitaux. Plusieurs cas témoignent du manque de matériels dans les structures publiques, par exemple, on ne compte plus le nombre de malades atteints de cancer et qui décèdent avant d'avoir pu bénéficier d'une chimiothérapie ou une radiothérapie.

-Quant au dossier 5, il est consacré à la qualification des professionnels de la santé. Pourtant, à ce jour, le nombre d'erreurs médicales enregistré ne cesse d'augmenter, et il semblerait que le contenu du dossier vise davantage l'aspect quantitatif que qualitatif des professionnels de la santé.

-Le seul objectif atteint est, semble-t-il, celui de l'amélioration du contrôle de l'Etat sur le secteur public, et aucune intention d'autonomie dans la gestion des structures de soins ne paraît engagée par les autorités.

Au total, même si le constat paraît sévère, le contenu des dossiers ne répond pas réellement aux objectifs de la réforme, et les actions engagées sont très peu rationnelles et mal conçues.

Après plus de deux décennies de mise en œuvre, nous pouvons dresser aujourd'hui l'état des lieux suivant ²⁰⁹:

- Une qualité de service perçue comme insuffisante et excessivement fluctuante selon l'établissement médical ou la région, voire le médecin traitant ;
- Un accès inégal aux soins pour les malades, tributaires de leur positionnement géographique et de leurs moyens. A cela s'ajoutent les ruptures longues et récurrentes dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé, qui pénalise toute prise en charge. Enfin, la part du reste à charge des ménages dépasse leurs capacités financières, ce qui creuse de fait les inégalités d'accès ;
- Un système de santé qui, malgré les moyens relativement importants mobilisés depuis une décennie, peine à améliorer l'état sanitaire de tous les habitants, comparativement aux pays à revenus comparables. De plus, la qualité des services (infrastructures, équipements opérationnels, ...) et de prise en charge médicale et soignante est jugée très perfectible par les usagers (malades et leurs familles). Par ailleurs, le fossé se creuse entre un secteur public voué à assister massivement les populations et un secteur privé plus sélectif et plus marchand ;
- Les dépenses de santé et les dettes des hôpitaux ne cessent de s'accroître (cf. pages 69,70) ;
- Des listes d'attentes très longues dans le secteur public ;

²⁰⁹ Nabni : cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020, Chapitre Santé, Nabni, 2013. In : <http://www.nabni.org>.

- Manque de collaboration entre les offreurs de soins et absence de coordination entre les secteurs public et privé de soins.
- Enfin, des industries de la santé et du médicament sans stratégie ni régulation suffisante, avec notamment une industrie du médicament encore majoritairement dépendante de l'importation.

Afin d'impulser plus d'efficacité à moindre coût aux établissements publics, il serait nécessaire de leur donner davantage d'autonomie en terme de gestion et de redéfinir avec précision leurs fonction.

1.6- Les causes de dysfonctionnement et d'échec de la réforme : La réforme hospitalière a été confrontée à plusieurs obstacles entravant ainsi sa réussite. Nous en résumons dans ce qui suit les principaux :

1.6.1- Problèmes de gestion : qui se manifestent en²¹⁰ :

- Pénurie non justifiée des médicaments et produits pharmaceutiques ;
- Equipements médicaux souvent en panne faute de stratégie de maintenance ;
- Réel manque d'établissements mère-enfant, de maternités et de services de gynéco-obstétriques, en raison de mauvais choix en termes de priorité d'investissement alors que plusieurs hôpitaux sont construits mais ne restent occupés qu'à moitié.

1.6.2- Problèmes d'organisation : Selon L. Abid²¹¹, plusieurs soucis d'organisation sont rencontrés dans le secteur public :

- Absence d'une véritable hiérarchisation des soins ;
- Forte pression enregistrée au niveau des pavillons des urgences (défaut de coordination avec les structures de proximité) et saturation des maternités (déficit en lits) ;
- Accessibilité difficile aux consultations spécialisées, notamment dans les wilayas du Sud et des hauts plateaux ;

1.6.3 -Problèmes de fonctionnement : qui se résument en²¹²:

- Absence quasi-totale d'humanisation dans certaines structures de santé (accueil, orientation, hygiène hospitalière...)

²¹⁰ Massy P., Vinchon T., Beratto L.: Algérie-Tunisie : Les systèmes de santé publique vont craquer. In : www.1538mediterranee.com/2018/03/27/algerie-tunisie-les-systemes-de-sante-publique-vont-craquer/

²¹¹ Abid L. : L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014. In : http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf.

²¹² Massy P., Vinchon T., Beratto L., op. cit.

- Faible rendement des structures de proximité (temps d'activité journalière insuffisant)
- Délais des rendez vous trop long et peu respectés.

1.6.4-Problèmes de planification : L. Abid L.²¹³ remet en cause la carte sanitaire existante. Selon lui, malgré l'existence de moyens et de ressources, les normes de planification de soins restent absentes.

1.6.5-Problèmes d'Information et de Communication : Les établissements de santé s'impliquent très peu dans la communication avec leurs usagers (traitement des requêtes, information des patients...). Absence de dialogue avec les partenaires²¹⁴ .

2-La réforme du financement du système de santé : Introduction de la contractualisation

La contractualisation est l'une des principales réformes étudiées par les pouvoirs publics dans l'objectif de remédier à la problématique du financement du système de santé et de mieux maîtriser les dépenses de santé

2.1- Définition de la contractualisation : Le principe de la contractualisation consiste à redéfinir le rôle de l'Etat dans le système de santé et la nature des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de la santé, en matière de financement.

Selon N. Kaid Tilane, la contractualisation est un axe fondamental de la réforme hospitalière en Algérie. Ainsi la loi de finances de 1992 a redéfini une nouvelle modalité de financement des établissements publics de santé, à savoir la contractualisation. Depuis, les lois de finances précisent 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.²¹⁵

La contractualisation est à l'ordre du jour dans de nombreux pays poursuivant une réforme de leurs systèmes de santé et de protection sociale. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles²¹⁶. Elle concerne, d'une part l'hôpital public confronté à des contraintes de gestion affectant sa performance, et d'autre part la Sécurité Sociale qui souffrant de (hausse des prix des soins en quantité et en qualité).

²¹³ Massy P., Vinchon T., Beratto L., op. cit.

²¹⁴ Kaddar M. : Agenda de recherche en économie de la santé en Algérie : 14 questions à l'ordre du jour, revue *cread*, 1^{er} trimestre, 2017.

²¹⁵ Kaid Tilane N. : La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives Séminaire international : L'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation Regards croisés sur les bonnes pratiques internationales, Constantine, 28-29 Avril 2014.

²¹⁶ Saada C., Kaddar M., : Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, journal d'Économie Médicale, Vol. 28, n°5, 3^{ème} trimestre, 2010.

2.2-Objectifs de la contractualisation : Le processus de contractualisation vise à²¹⁷ :

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

2.3- L'utilité de la contractualisation

L'institution de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé est une décision politique majeure qui facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, en particulier pour les démunis.

Cette procédure présente plusieurs effets négatifs dans les établissements publics de santé à savoir²¹⁸ :

- Disparition des supports de gestion et d'évaluation ;
- Abandon de la comptabilité et de la facturation ;
- Contribution financière de l'Etat et de la sécurité sociale aux budgets de ces établissements, fixée forfaitairement par la loi des finances.

Les hôpitaux publics consomment une part très importante des ressources étatiques qui sont de plus en plus rares, ce qui rend le rôle de l'Etat, dans le développement des soins auprès de la population et les démunis en particulier, plus difficile. Face à ce constat, la contractualisation est le remède de maîtrise des dépenses de santé par les pouvoirs publics. Le développement de la contractualisation est une nécessité pour la modernisation des établissements publics de santé et la mise en œuvre d'un mode de gestion de qualité et réellement participatif. C'est dans ce sens que la contractualisation a été conçue

2.4- Historique et évolution du processus de contractualisation : Cinq phases sont identifiées depuis 1993 : Une phase d'appropriation et de prise de conscience entre

²¹⁷ Guettaf L. , Foudi B. : La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, Revue des Sciences Humaines , n° 23, 4^{ème} trimestre, , Biskra, 2011.

²¹⁸ Chaouche A. : Le financement du système de santé, Colloque international sur les politiques de santé , Alger 18 & 19 janvier 2014.

1993 et 1997 ; une phase de structuration de réflexion et d'expérimentation dès 1997 ; une phase de mise en œuvre des premières recommandations ; et une phase de coordination interministérielle dès 2002. Depuis 2007, une cinquième étape est engagée avec l'installation des commissions de la nomenclature et de la tarification des actes médicaux.

Le législateur redéfinit le rôle de l'Etat par de nouvelles dispositions dans les lois de finances depuis 1993²¹⁹ :

- La contribution des organismes de sécurité sociale au budget des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale au MSPRH.
- 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.

La concrétisation de ces dispositions, simples dans leur énoncé, a été entamée en 1995 et a nécessité des travaux préparatoires, longs et complexes ; elle a rencontré une certaine lenteur dans l'adoption des projets de textes réglementaires proposés.

Plusieurs conseils interministériels y ont été consacrés²²⁰ :

- le 21 mars 1995 : les pouvoirs publics décident la création d'un comité interministériel chargé de la contractualisation, installé le 10 avril 1995 ;
- 09 septembre 1997 : le MTESS officialise la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico-administratif du patient dans six (06) établissements hospitaliers (pilotes)

Les résultats de cette expérimentation sont confortés par une expertise confiée en 1998 au CENEAP (Centre National d'Etude et d'Analyse pour la Population et le Développement), qui remet son rapport final en juin 1999.

Cette expertise valide la démarche du comité interministériel en ce qui concerne²²¹ :

- Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre.
- La généralisation de la mise en place du « bureau des entrées » dans l'ensemble des établissements hospitaliers.
- La sensibilisation et la formation des personnels.
- L'évaluation des activités des services hospitaliers.

²¹⁹. Oufriha F.Z. : Les réformes du système de santé en matière de financement. In : de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, cread, 2006.

²²⁰ Chaouche A., op.cit.2014.

²²¹ Miloud k. et chougrani, op.cit.

- L'identification des avantages et inconvénients de différents modes de facturation.

Après publication du décret n° 01-12 du 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux, texte indispensable pour la poursuite du processus, le dossier est relancé par la mise en place d'un comité chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale, installé le 16 mars 2002.

Le comité remet un rapport d'étape le 31 décembre 2002²²² :

- proposant la réalisation d'une simulation de la facturation basée sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation par type d'établissement (CHU, EHS, hôpital général) et par groupes de spécialités homogènes, dans 10 établissements de santé.
- Demandant l'intégration de représentants du Ministère chargé de la solidarité au comité en vue d'accélérer l'identification des démunis.

Ces propositions sont formalisées par :

- Le lancement de l'opération de simulation de facturation, supervisée par un comité de suivi et d'évaluation.

L'année 2004 a connu²²³ :

- La généralisation de l'opération à l'ensemble des établissements publics de santé, la mise en place des supports de gestion standardisés et l'utilisation d'un logiciel informatique normalisé.
- La mise en œuvre d'un programme de formation des personnels impliqués.
- La publication du décret N° 04-104 du 1er avril 2004 fixant les modalités de versement de la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé, avec mise en application à compter du 1^{er} janvier 2005.

Le processus entre ainsi dans une nouvelle phase de mise en œuvre en 2005, par ²²⁴:

- La mise en application des dispositions du décret précité par instruction interministérielle du 18 octobre 2005.
- La révision de la nomenclature des actes, réalisée conformément au décret 05-257 du 20 juillet 2005.

²²²Kaid Tlilane N., Cheyfa T.: La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et perspectives, revue Economie et société, n° 10, Algérie, 2014.

²²³ Idem

²²⁴ Foudi B.: « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux », mémoire de magister en science économique, Université A/Mira de Béjaïa, 2011.

- L'achèvement des travaux relatifs à l'actualisation de la tarification des actes professionnels et les conclusions soumises à l'arbitrage du gouvernement.

Devant sa complexité et son coté sensible, le dossier fait l'objet d'un conseil de gouvernement le 21 octobre 2008 puis d'un CIM le 13 Août 2009. Depuis, la réflexion et les travaux continuent sous l'égide des ministres concernés.

La mise en œuvre du processus de contractualisation avait été prévue pour janvier 2009. A cet effet, en 2006 et 2010 des réformes du financement du système ont été introduites à travers les lois de finances. Il s'agit de ressources additionnelles issues de la fiscalité.

L'insatisfaction des différents partenaires a été observée : Bailleurs de fonds (Etat, sécurité sociale) ; professionnels de la santé ; citoyens. Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus méritait d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné mais malheureusement il a été abandonné.

Certains aspects doivent faire l'objet d'une attention particulière :

- Le partage des informations entre les différents partenaires ;
- L'actualisation de la tarification des actes, qui pourrait avoir un impact négatif sur les capacités financières des caisses de la sécurité sociale

Pour les établissements publics de santé :

- L'amélioration de l'organisation et de la gestion ;
- L'évaluation systématique des activités et des coûts ;
- Les contrats d'objectifs et de moyens (ou de performance).

La révision des modalités de financement du système de santé devra être, nécessairement, adossée :

- Aux avancées du processus de contractualisation ;
- A l'établissement périodique des comptes nationaux de la santé.

2.5-Résultats de la contractualisation : Apprécier les résultats de la contractualisation est difficile en l'absence de données crédibles et de bilan objectif. Les résultats se limitent au développement de quelques outils et la multiplication des actes de la nomenclature, sans analyse stratégique ni estimation de l'impact financier. Nous ne savons pas à présent, comment les acheteurs doivent intervenir et régler les services de soins.

3- Les réformes de la Sécurité Sociale : Un ambitieux programme de réformes de la sécurité sociale a été lancé en Algérie depuis les années 2000 et qui s'articule autour des axes suivants²²⁵ :

-L'amélioration de la qualité des prestations avec notamment le développement des structures de proximité, le développement du système tiers payant (médicaments et soins avec le dispositif de convention du médecin traitant), le développement des actions sanitaires dont les centres régionaux d'imagerie médicale et les cliniques spécialisées.

-La modernisation : en particulier celle des infrastructures, la généralisation de l'outil informatique, ...

-La qualification des ressources humaines et surtout l'introduction de la carte électronique de l'assuré social « CHIFA » et sa généralisation sur tout le territoire national.

Ce système est unique en Afrique, il a pour principaux objectifs²²⁶ :

- La modernisation de la gestion de l'assurance maladie ;
- La contribution à la modernisation de la gestion des structures, prestataires de soins et partenaires de la CNAS ;
- La suppression des supports papiers et des formalités de remboursement des frais soins de santé
- L'instauration d'un instrument performant de lutte contre les abus et fraudes multiformes en matière de prestations d'assurance maladie ;
- Le développement et l'automatisation des bases de données de la CNAS

-La préservation des équilibres financiers des organismes de sécurité sociale : la politique de remboursement du médicament visant la rationalisation des dépenses de l'assurance maladie à travers la promotion du médicament générique et de la production pharmaceutique locale.

3.1- Réformes du dispositif législatif : Le programme de développement de la sécurité sociale qui a été entamé par l'adaptation de certains textes législatifs à l'effet de permettre la mise en œuvre des réformes envisagées²²⁷.

²²⁵ MTESS : présentation encours des réformes en Algérie en matière d'assurance maladie, MTESS, 2011.

²²⁶ Behloul Ahmed S. : La politique de santé en Algérie : Le cas de la wilaya d'Oran, mémoire de magister en sciences politiques et relations internationales, université d'Oran, 2012.

²²⁷ Dans ce cadre, il convient de citer notamment ²²⁷:- La loi n° 04-17 du 10 Novembre 2004²²⁷ modifiant et complétant la loi 83-14 du 2 juillet 1983 relative à l'assujettissement à la sécurité sociale;- La loi n° 08-08 du 21 Février 2008 relative au contentieux en matière de sécurité sociale²²⁷; - La loi n° 08-01 du 23 Janvier 2008 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 02Juillet 1983 relative aux assurances sociales et son décret d'application, qui constitue l'ancrage juridique de la carte électronique de l'assuré social «Chifa »; - L'article 67 de La loi de finances de 2010 portant création du fonds national de sécurité sociale, consacrant la réforme du financement du système de la sécurités sociale.

-Nous citons la nouvelle loi modifiant et complétant la loi n° 83-11 relative aux assurances sociales, qui a été promulguée, et qui prévoit la possibilité d'extension de la couverture sociale à des catégories particulières de la population, l'amélioration de la couverture sociale de la femme, l'amélioration de la qualité des prestations en intégrant les spécificités du grand Sud et des hauts plateaux, l'élargissement du champ d'application des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

3.2-Réalisations dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations :

Dans le souci de faciliter l'accès aux services offerts par les organismes de la sécurité sociale, il a été réalisé ce qui suit :

- Développement des structures de proximité de la sécurité sociale dont le nombre est passé de 852 en 1999 à 1431 en 2011²²⁸.
- Généralisation du système du tiers payant « produits pharmaceutiques » à tous les titulaires de la carte CHIFA et leurs ayants droit ;
- Généralisation du dispositif du médecin traitant sur tout le territoire national au bénéfice des assurés sociaux inactifs dans l'attente de sa généralisation à tous les assurés sociaux titulaires de la carte CHIFA ;
- Elargissement du système du tiers payant aux actes d'analyses médicales prescrits aux retraités par les médecins traitants dans le cadre du conventionnement des médecins et pharmaciens biologistes ;
- Le conventionnement des centres et cliniques privés d'hémodialyse de proximité dans le cadre du système du tiers payant ;
- Le développement des structures sanitaires et sociales de la CNAS à travers notamment²²⁹ :
 - ✓ Les programmes spécifiques de développement des cliniques spécialisées relevant de la CNAS ;
 - ✓ Le développement des prestations (consultations médicales, laboratoires d'analyses biologiques, soins dentaires) des 35 centres de diagnostic et de soins implantés au niveau de 15 wilayas du pays ;
 - ✓ La réalisation en 2008, de 04 centres régionaux d'imagerie médicale relevant de la CNAS et implantés à Jijel, Constantine, Maghnia et Laghouat. Ces centres d'imagerie médicale ont pour missions essentielles la contribution au développement du dépistage précoce des pathologies lourdes et coûteuses et l'amélioration de l'accessibilité des assurés sociaux aux examens de radiologie onéreux.

²²⁸ www.mtess.dz

²²⁹ www.cnas.dz

3.3- Réalisations dans le cadre de la modernisation : Il a été procédé à la modernisation des outils de travail grâce aux possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication:

- **Développement des ressources humaines :** à travers un vaste programme de formation et de recyclage des ressources humaines au niveau national et à l'étranger.
- **Modernisation des infrastructures :** Prés de 1000 structures ont été réaménagées et modernisées
- **Généralisation de l'outil informatique et mise en place des Réseaux informatiques :** il a été procédé à l'informatisation et à la dotation en logiciels métiers des différents services des organismes de la CNAS, ce qui a permis un allègement des différentes formalités. Le parc informatique de la CNAS a connu une augmentation remarquable durant l'année 2011.

3.4- L'introduction du système de la carte électronique de l'assuré social « CHIFA »

3.4.1-Etapes de la mise en place de la carte CHIFA : cette opération a été effectuée en deux étapes principales :

- ✓ **Construction du système CHIFA :** Le système a commencé au mois d'avril 2007 par la mise en place au niveau de cinq agences pilotes, d'un système de gestion moderne, alliant électronique et informatique, intégrant les dernières technologies, organisé sur la base de la carte électronique CHIFA et les interfaces métiers, constituant ainsi une relation triangulaire entre l'organisme de sécurité sociale, l'assuré social et le professionnel de santé²³⁰.

Cette phase pilote a été suivie par l'intégration progressive des autres agences jusqu'à l'achèvement de l'opération en 2010 par la mise en place définitive et totale de tous les outils de gestion du système CHIFA au niveau de l'ensemble des agences CNAS²³¹.

3.4.2 Situation du système CHIFA : En 2016 et après neuf ans de sa mise en circulation, les organismes de la sécurité sociale ont distribué près de 11,5 millions de carte à puce, en faisant bénéficier ainsi plus de 33 millions d'Algériens (cf. tableau 1). Cette opération a connu un succès considérable mais connaît aujourd'hui plusieurs limites dont la restriction du nombre d'ordonnances à 3 par trimestre et plafonnées à 3000 DA par ordonnance.

²³⁰ www.cnas.dz

²³¹ Ideem

Tableau 1 : Situation du système CHIFA en 2016.

Nombre de cartes produites	13 millions
Nombre de cartes remises	11,5 millions
Nombre de bénéficiaires	33 millions
Nombre d'officines conventionnées	11 000

Source : données collectées auprès du MTESS

3.4.3-Adaptation des procédures de contrôle médical : L'adaptation des procédures du contrôle médical aux exigences imposées par l'extension de l'utilisation de la carte CHIFA, vise à une meilleure fluidité et une plus grande efficacité par l'allègement du contrôle à priori qui sera réservé aux seuls médicaments soumis à des conditions particulières de remboursement, et par la modélisation du système de contrôle par des restitutions informatisées basées sur des critères de montant trimestriel ainsi que sur des critères médicalisés. Les procédures informatisées de contrôle a posteriori font l'objet d'un suivi rigoureux et d'une attention particulière par les services de la CNAS²³².

3.5- Préservation des équilibres financiers des organismes de sécurité sociale: Les principales actions menées dans ce cadre, ont porté sur :

3.5.1-La réforme des instruments de recouvrement des cotisations de sécurité sociale par : L'objectif de cette réforme a consisté à²³³ :

- L'élargissement des prérogatives des agents de contrôle de la sécurité sociale,
- L'adaptation des procédures du recouvrement forcé des cotisations à l'encontre des assujettis ne remplissant pas leurs obligations légales en matière de sécurité sociale,
- La création de la caisse nationale de recouvrement des cotisations de sécurité sociale des travailleurs salariés en tant que nouvelle entité juridique actuellement assurée par la CNAS.

3.5.2- Rationalisation des dépenses de l'assurance maladie à travers : La mise en œuvre de la politique de remboursement du médicament à travers ce qui suit²³⁴ :

- La liste des médicaments remboursables établie et actualisée en tenant compte de l'évaluation du service médical rendu, des médicaments mis sur le marché national.

²³² Cnas: la réforme de la sécurité sociale. In : <http://www.cnas.dz/SiteFrancais/index.php?p=reformes>

²³³ Ideem

²³⁴ Cnas: la réforme de la sécurité sociale. In : <http://www.cnas.dz/SiteFrancais/index.php?p=reformes>

- Le système de tarif de référence de remboursement instauré à partir de 2006 avec pour principaux objectifs la régulation économique du marché du médicament et la promotion du produit générique et de la production pharmaceutique nationale.
- **La contractualisation des soins dans les hôpitaux :** La préparation et la mise en œuvre de cette procédure dans les hôpitaux a consisté en :²³⁵
 - L'élaboration du fichier national des assurés sociaux et de leurs ayants droit ;
 - La mise en place au sein des structures de la CNAS et de la CASNOS de services dédiés à la gestion de la contractualisation dits «services hôpitaux – cliniques » dotés en moyens humains et matériels importants ;
 - La mise en place des instruments d'identification des assurés sociaux et de leurs ayants droit au niveau des hôpitaux avec notamment les instruments nécessaires pour l'utilisation du système CHIFA ;
 - La remise aux structures de santé, des milliers de clés électroniques des professionnels de la santé, permettant l'utilisation du dispositif électronique de facturation ;
 - La formation d'un nombre important de cadres et agents des organismes de sécurité sociale intervenant dans le système de contractualisation.

3.6- Evaluation des activités des Centres régionaux d'imagerie médicale : Afin de pallier aux besoins croissants des assurés sociaux et de leurs ayants droit en matière d'exploration radiologique, la CNAS a créé en 2008, quatre Centres Régionaux d'Imagerie Médicale, opérationnels depuis Mars 2009 et ce, en application des directives des pouvoirs publics.

Ces centres sont implantés au niveau de Jijel, Constantine, Maghnia et Laghouat, un cinquième est en cours de réalisation au niveau de la Wilaya de Ouargla, pour renforcer la couverture sanitaire au niveau de la région Sud du pays

Les missions qui leur sont assignées consistent en l'amélioration de l'accessibilité des assurés sociaux aux examens radiologiques onéreux, et le développement du dépistage précoce des pathologies lourdes et coûteuses²³⁶. Ces centres sont équipés en matériel de haute technologie, fournissant ainsi une gamme complète d'explorations radiologiques.

L'évaluation de l'activité globale des CRIM (Centre de Radiologie et d'Imagerie

²³⁵ Oufriha F.Z.: La contractualisation : mode de gestion et mode de financement, 1^{er} colloque International d'économie de la santé : Gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou revenue intermédiaire, 13,14,15 Novembre 2009, université de Béjaïa

²³⁶ www.cnas.dz

Médicale) comprend la période allant de mars 2009 à juin 2013. Sur les 225 091 patients pris en charge, 417 029 examens radiologiques ont été réalisés dont²³⁷ :

- 52,91% représente les examens de radiologie conventionnelle ;
- 25,91% les examens de mammographie ;
- 21,18% le reste des examens.

Dans le cadre du rapprochement des structures de la CNAS de ses assurés sociaux et de leurs ayants droit, par le développement du réseau des structures de proximité, des guichets spécialisés ont été mis en place pour la prise de rendez-vous au niveau du siège de chaque agence CNAS.

3.7- Opération de dépistage précoce du cancer du sein : depuis le début de l'opération lancée le 02 Janvier 2010, près de 114 000 bénéficiaires (assurées sociales et ayants droit âgées de 40 ans et plus) y ont été invitées ; L'année 2013 a enregistré une augmentation significative du taux de réponse aux invitations, de l'ordre de 25%, et une femme sur deux se présente spontanément au dépistage.²³⁸

Cette renforce l'engagement national dans le dépistage organisé de ce type de pathologies, face au risque majeur du premier cancer qui menace la femme.

3.8-Signature d'une convention entre la CNAS et la CASNOS : une convention a été signée entre la CNAS et la CASNOS pour permettre aux assurés sociaux affiliés à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés (CASNOS), ainsi que leurs ayants droit de bénéficier des examens de radiologie au niveau des Centres Régionaux d'Imagerie Médicale relevant de la CNAS.

A cet effet les femmes assurées sociales et leurs ayants droit âgées de 40 ans et plus, affiliées à la CASNOS seront prises en charge dans le cadre du dépistage précoce du cancer du sein.

Le système de sécurité sociale, service public par excellence, essentiel dans la vie quotidienne du citoyen et de l'assuré social, a adopté, avec la mise en place du système CHIFA, d'une manière résolue et irréversible, les TIC comme moyen pour s'arrimer à la révolution numérique du 21^{ème} siècle.

Tel est le parcours de la sécurité sociale en Algérie et les défis soulevés pour la préservation du système, dans l'attente de nouvelles réformes pour la pérennité du système algérien de sécurité sociale.

²³⁷ Données collectées auprès du ministère de travail de l'emploi et la sécurité sociale.

²³⁸ Données collectées auprès de la direction générale de la CNAS

4- Analyse des réformes et principales critiques : Dans ce qui suit nous proposons une analyse critique des différentes réformes apportées au système de santé algérien :

- Un retard dans l'application des réformes est souvent observé en Algérie. Généralement plusieurs années séparent un projet de réforme et sa mise en place sur le terrain (cas de la réforme hospitalière dont le projet était évoqué depuis 1998, cas du nouveau projet loi sanitaire portant sur la nouvelle carte sanitaire et le travail complémentaire des professionnels de la santé, abordé depuis 2010 et qui n'a pas encore vu le jour).
- Au début des années 2000, les pouvoirs publics avaient affiché la volonté de réformer le système de santé, mais ils n'avaient fait qu'améliorer les ressources du secteur de la santé en augmentant les allocations budgétaires, aussi bien dans le budget de fonctionnement que dans le budget d'équipement²³⁹.
- En dépit des moyens importants alloués, le rendement reste faible. La qualité est encore défailante : mauvaises conditions d'accueil et de séjour des malades, pénurie de médicaments, longues attentes au niveau des plateaux techniques. Nous assistons ces dernières années à un effet de déplacement informel des ressources humaines du public vers le privé²⁴⁰.
- Toute réforme nécessite d'être évaluée. En Algérie et après 15 ans de son application, aucun rapport n'a encore été rendu par les ministères concernés. Où en sont ces réformes ? Quel est leur état d'avancement ? Qu'en est-il des objectifs fixés ? ont-ils été atteints ? Y a-t-il eu une amélioration en termes d'accès aux soins, en termes de qualité des soins ? Nous n'avons reçu aucune réponse à ces questions auprès des organismes concernés, et malheureusement nous n'avons pas été reçue après que nous ayons exprimé l'objectif de notre enquête. Toutefois nous pouvons faire le constat suivant :

-Aujourd'hui, les hôpitaux algériens souffrent souvent de pénuries de médicaments et des problèmes de maintenance du matériel, En outre, ils s'adaptent mal à l'introduction des nouvelles technologies de plus en plus coûteuses et ne peuvent plus faire face à la demande de soins au point que les ménages eux-mêmes sont contraints de supporter les coûts générés²⁴¹.

L'OMS estime que lorsque la part des ménages dans les dépenses de soins dépasse les 50%, le système risque d'avoir de sérieux problèmes.

-Il n'existe pas de statistiques fiables en Algérie, mais il est aisé de constater que les actes les plus coûteux, comme les analyses médicales, les radiologies, les scanners, l'IRM...etc, sont généralement pris en charge par les patients eux-

²³⁹Nabni : cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020, Chapitre Santé, Nabni, 2013.In : <http://www.nabni.org>.

²⁴⁰ Massy P., Vinchon T., Beratto L.: Algérie-Tunisie : Les systèmes de santé publique vont craquer.In : www.1538mediterranee.com/2018/03/27/algérie-tunisie-les-systèmes-de-santé-publique-vont-craquer/

²⁴¹ Massy P., Vinchon T., Beratto L., op.cit.

mêmes du fait que les montants remboursés par la CNAS ne sont pas important (du fait du maintien de la nomenclature des actes en leur état, depuis 1987)²⁴².

-Aujourd'hui, bien que l'Etat ait consenti des efforts, où les prestations de soins sont totalement garanties à Algérie, le premier réflexe du malade est de se tourner vers le secteur privé. En effet le rendement des hôpitaux publics n'est à la hauteur des dépenses consenties²⁴³.

De ce constat, nous pouvons conclure que le système de santé algérien reste très fragilisé après plusieurs années de réformes et ne pourra plus répondre aux besoins de la population qui ne cessent de s'accroître. En d'autres termes, les réformes appliquées en Algérie, n'ont pas porté les fruits espérés après plusieurs années d'attente. Nous pensons donc qu'une autre série de réformes ou plutôt une reconstitution du système de santé algérien est indispensable mais partant sur de bonnes bases en termes de gestion.

II- LES LIMITES DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET DES REFORMES ADOPTEES A TRAVERS LES OPINIONS DE CERTAINS AUTEURS RECUEILLIS PAR UNE ENQUETE D'OPINION

Vu le peu d'articles et de documents portant sur les réformes du système de santé algérien (en particulier aucun rapport sur les résultats des réformes n'a été établi par les ministères concernés depuis leurs mises en place), nous avons réalisé plusieurs interviews en ligne, avec les spécialistes du domaine et les membres du conseil de la réforme. Cette enquête d'opinion concernait la réalité du système de santé algérien et les réformes apportées. Nous résumons ici leurs appréciations, leurs commentaires et leurs suggestions pour de nouveaux axes de réforme qui pouvaient contribuer à améliorer le système de santé algérien.

1- Présentation et déroulement de l'enquête

Pour consolider l'analyse effectuée précédemment sur les réformes apportées au système de santé, nous avons opté pour une démarche d'enquête afin d'apporter des éléments de réponse relatifs à notre thématique. Cette enquête nous permettra d'éclaircir les résultats et l'état d'avancement des réformes après avoir effectué une évaluation du système de santé algérien.

Notre sondage d'opinion a été lancé en ligne auprès des spécialistes du domaine qui ont publié, mené des études et travaux de recherche sur le système de santé algérien et qui ont également contribué à concevoir les réformes (conseil de réformes).

2-Objectif de l'enquête : Vu le manque de rapport sur les résultats des réformes menées, nous avons opté pour une enquête afin d'évaluer les réformes de santé algériennes.

²⁴² Kaddar M.,(2017), op. cit.

²⁴³ Massy P., Vinchon T., Beratto L., op.cit

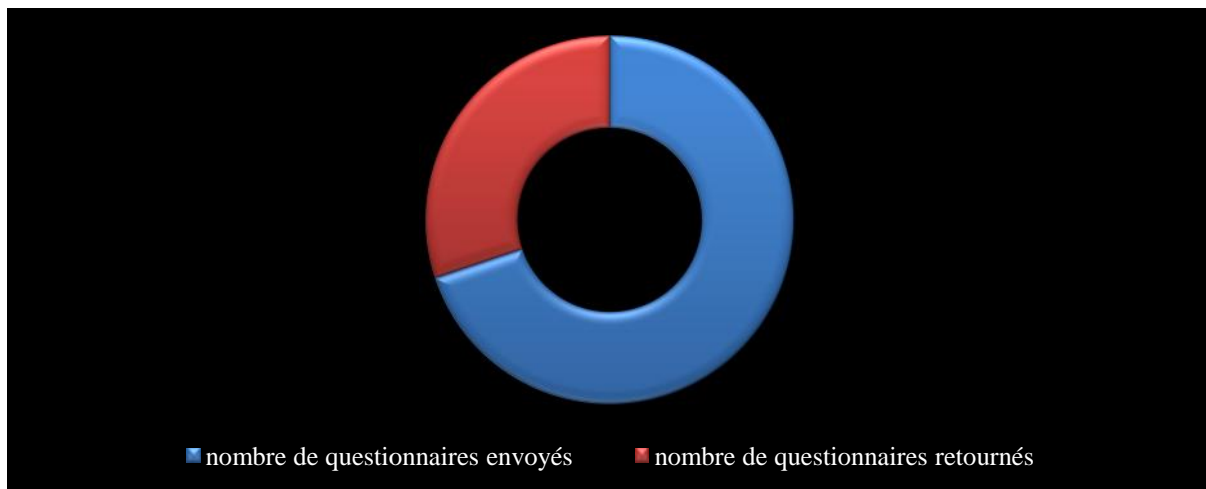
3-La méthode d'enquête : Un questionnaire a donc été établi (cf. annexe 3), en vue de recueillir des informations avec différents moyens méthodologique afin de bien retracer notre objet de recherche dans la réalisation des données collectées. Notre questionnaire est composé de trois parties principales : Partie I : Signalétique, partie II : Etat des lieux du système de santé algérien ; et troisième partie intitulée : Réforme du système de santé algérien.

Le questionnaire comprend 23 questions dont 8 pour la deuxième partie et 12 pour la troisième partie. Il comprend des questions fermés et d'autre ouvertes, mais les interviewés n'ont pas hésité à rajouter leurs commentaires pour justifier leurs réponses.

4- La taille de l'échantillon

L'échantillon peut être défini comme un sous-ensemble de la population à étudier. Il doit refléter d'une manière très proche et représenter aussi fidèlement que possible la population mère. Cela va nous amener à un résultat proche de ce que l'on aurait obtenu dans le cas d'une étude de la population mère. Le nôtre est composé de 51 personnes au départ et nous avons reçu 22 questionnaires dument remplis (cf. figure 1)

Figure1 : Echantillon d'enquête.



Source : réalisé par nos soins.

5. Dépouillement des questionnaires

D'un point de vue méthodologique, cet élément constitue la dernière phase de toute enquête de terrain. L'organisation du questionnaire a été réalisée à partir des données recueillies.

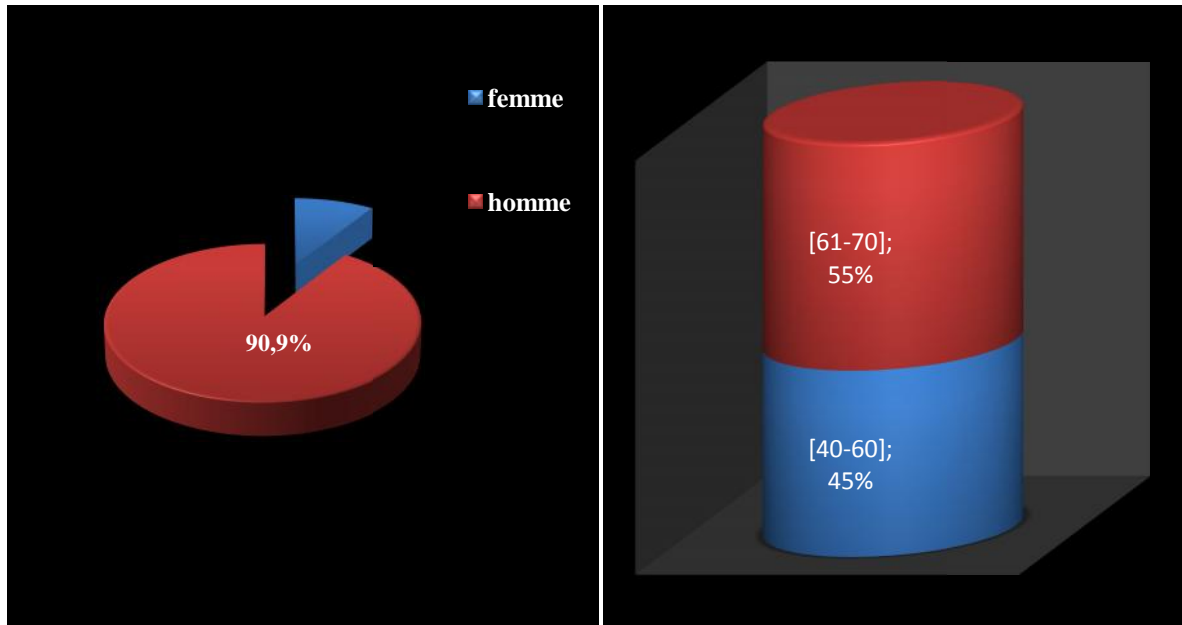
6- Analyse et interprétation des résultats

Nous présenterons dans ce qui suit, l'analyse et le traitement des données que nous avons recueillies de notre questionnaire, et nous synthétiserons les résultats en dernier lieu.

6.1-Présentation de la qualité des répondants : Pour avoir des informations fiables, nous avons choisi d'interviewer les spécialistes du domaine (cf. Annexe 2). Les

figures 2 et 3 retracent la qualité des répondants. La figure 2 indique que près de 91% des répondants sont des hommes et seulement plus de 9% sont des femmes, sachant que 21 % des questionnaires envoyés étaient destinés à des femmes. quant à la répartition par tranche d'âge, elle indique que la classe d'âge de plus de 61 ans représente 55% de l'échantillon avec une moyenne de 64,5 ans.

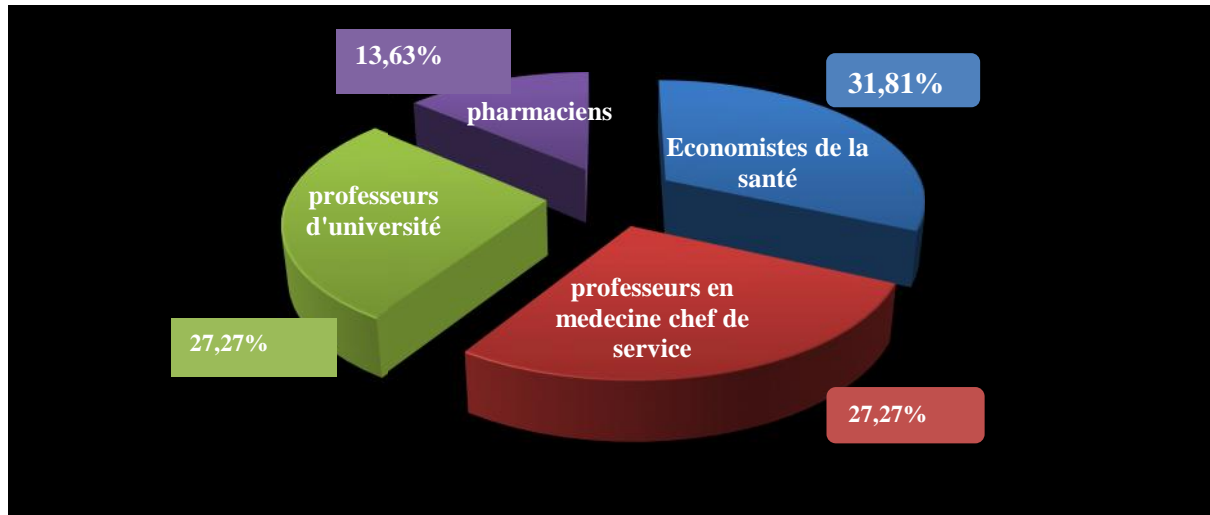
Figure 2 : Répartition des interviewés selon le sexe et l'âge



Source : réalisé par nos soins

Nous avons contacté dans ce sondage d'opinion, toutes les personnes qui peuvent apporter des éléments de réponses à nos questions et contribuer, ainsi, objectivement à apporter de meilleurs résultats à notre étude. Il s'agit, en premier lieu, des spécialistes en économie de la santé, représentant la majorité de nos répondant avec près de 32% ; également des professeurs en médecine mais seulement ceux qui ont contribué à la conception des réformes et qui ont participé dans plusieurs colloques concernant la santé en Algérie avec plus de 27% ; enfin des professeurs d'université et des pharmaciens avec respectivement plus de 27% et plus de 13 % (cf. figure 3).

Figure 3 : Répartition des interviewés par classe professionnelle



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

6.2- Exploitation des résultats de l'enquête : Nous tenterons dans ce qui suit de présenter fidèlement les réponses des interviewés tout en essayant d'analyser les différents points de vue.

6.2.1-Réalité du système de santé algérien

Cette première partie décrit le système de santé algérien à travers les opinions des interviewés ainsi que les travaux de quelques auteurs qui se sont intéressés aux questions relatives à la santé en Algérie.

A- Une forte inquiétude à l'égard du système de santé actuel

Question : Comment entrevoyez-vous le système de santé algérien ?

A cette question ouverte, les avis ont été mitigés mais ont pour caractéristique commune une inquiétude certaine à l'égard du fonctionnement du système de santé algérien qui ne répond pas suffisamment aux besoins en soins de la population.

Les interviewés affirment à hauteur de 56 %, que le système souffre d'un manque de cohérence, et qu'il sert moins les malades et leurs familles, que les professionnels de la santé dans les secteurs public et privé (Chaoui F., Keddar M., Lamri L., Zehnati A., Snoussi Z. l'ont confirmé)²⁴⁴ . 32% des interlocuteurs observent qu'il ne reflète pas la hiérarchisation en soins de santé primaire, soins cliniques essentiels, soins optionnels et soins de haut niveau, et que les objectifs assignés ne sont ni réalisables pour chaque niveau d'intervention, ni mesurables, ce qui rend le système inefficace (cf. figure 4).

Quant à Zidouni N. et Semmoud M., ils parlent d'un système désorganisé où le patient est livré à lui-même, sans parcours thérapeutique clair et cohérent, ce qui fait que le système un système est complexe et coûteux.

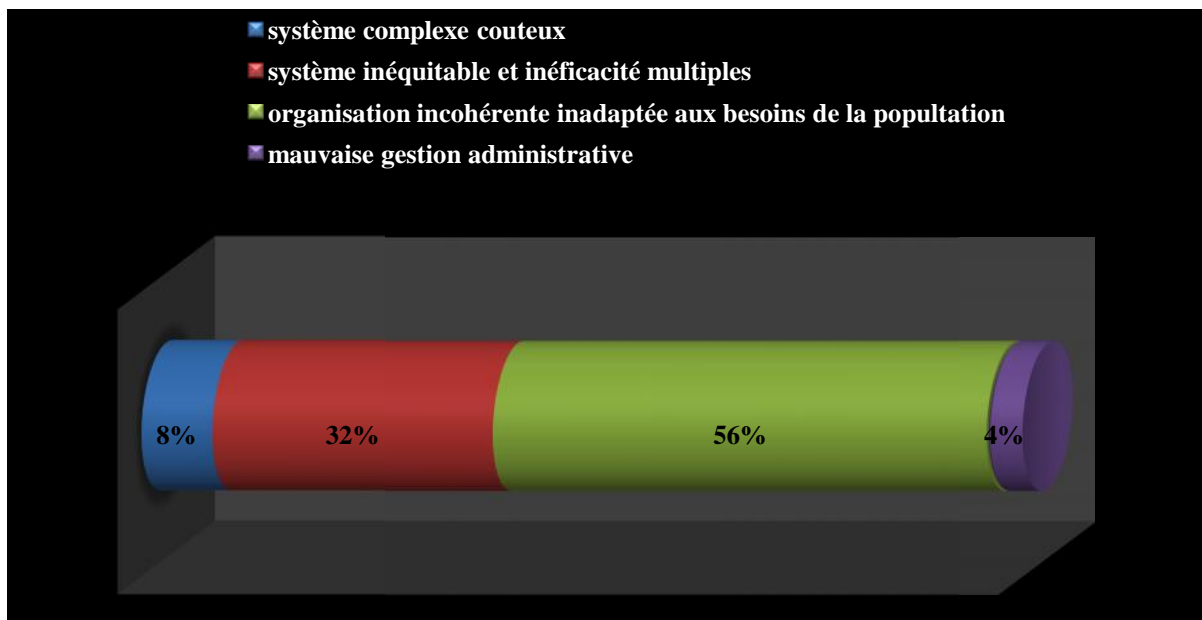
²⁴⁴ Chaoui F. : Quel système de santé pour l'Algérie,2013.In :www.santémg-dz.com.consulté le 04/11/2015. Lamri , Keddar, Zehnati, Snoussi, Zidouni, Semmoud, Boumaza, interviewés en ligne en juin 2015.

D'autres spécialistes ont qualifié le système comme étant en stagnation, les responsables étant aussi bien les décideurs que les acteurs du système.

En réalité, tout système de santé est basé sur la prévention et doit être doté d'un système d'information efficace afin de fournir les statistiques nécessaires permettant son évaluation, ce qui n'est pas le cas du système de santé algérien.

Lamri L. estime que l'ancienne organisation fondée sur le secteur sanitaire, était plus adaptée. L'existence de plusieurs structures de soins rend illisible pour le malade cette organisation et d'autres confirment que la nouvelle organisation (révision 2007) est inadaptée aux besoins de santé tant au niveau primaire qu'à d'autres degrés de la demande. En d'autres termes, les structures des différents paliers sont bien en place mais ne jouent pas leur rôle pour de multiples raisons (manque de personnel et de moyens notamment). L'organisation actuelle souffre du manque de transparence.

Figure 4 : opinion sur l'organisation du système de santé algérien



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

B--Une opinion mitigée concernant les contraintes du système de santé algérien

Question : D'après vous, quels sont les principaux problèmes du système de santé algérien Actuellement ?

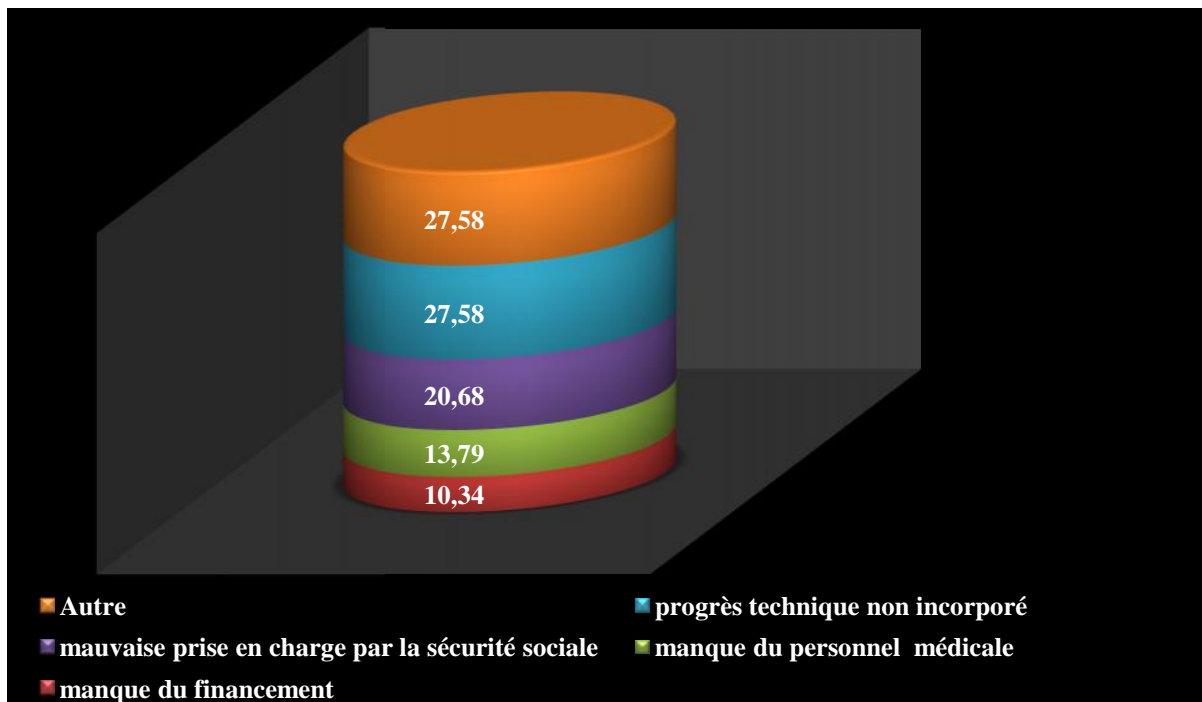
D'après les spécialistes interviewés, la mauvaise prise en charge des soins et des dépenses par les organismes de la sécurité sociale et les progrès techniques non incorporés au secteur public, sont les problématiques majeures du système de santé algérien et représentent respectivement près de 21% et près de 28% des réponses. Quant au manque de personnel, il ne peut être la cause des problèmes de santé qu'à hauteur de 13%. A cela, il faut ajouter que

les personnes interviewées ont souligné à l'unanimité le manque d'une politique sanitaire ayant des objectifs clairs et des programmes de santé (cf. figure 5).

A. Zehmati trouve que l'existence d'un secteur privé non encadré, mal réparti géographiquement, pratiquant des prix exorbitants et se développant dans l'anarchie sans aucune carte sanitaire d'orientation, peut être l'une des causes du dysfonctionnement du système de santé algérien. De plus, la recherche est le parent pauvre de notre système.

Une mauvaise formation des prestataires de soins et un manque de sensibilisation de la population sur certaines pathologies ont été aussi relevés.

Figure 5 : Causes du dysfonctionnement du système de santé algérien



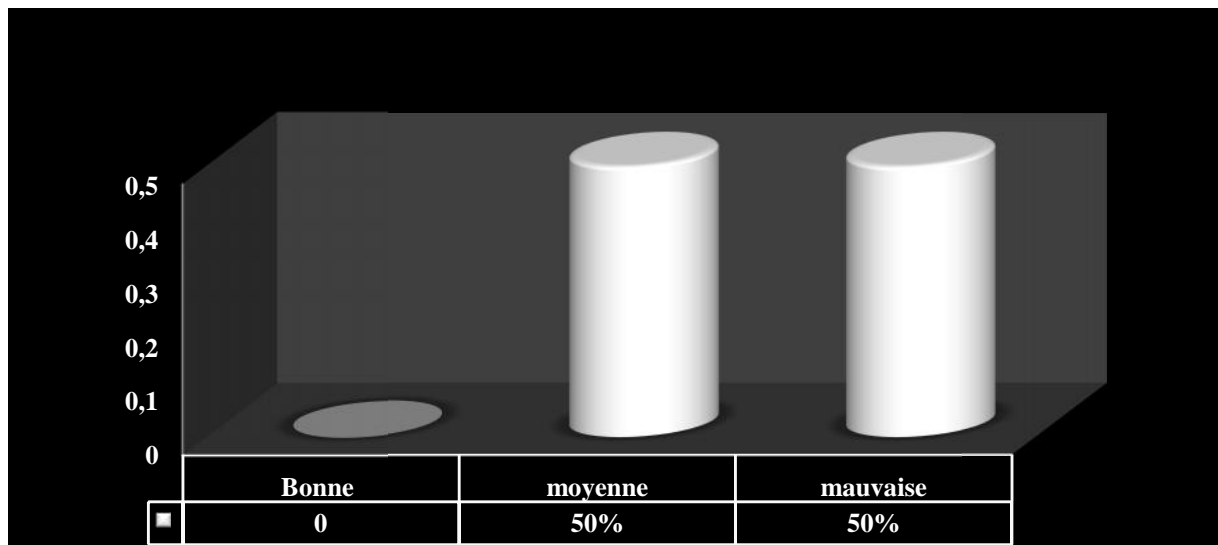
Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

C- Evaluation de la qualité des soins

Question : Que pensez-vous de la qualité générale des services du système de soins ?

A cette question, personne n'a jugé bonne la qualité des soins. Pour 50%, leur qualité est moyenne et les 50 % restant la trouvent médiocre ou même mauvaise.

Figure 6 : La qualité des soins en Algérie



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

D- Le rôle de la médecine gratuite dans le dysfonctionnement du système de santé algérien

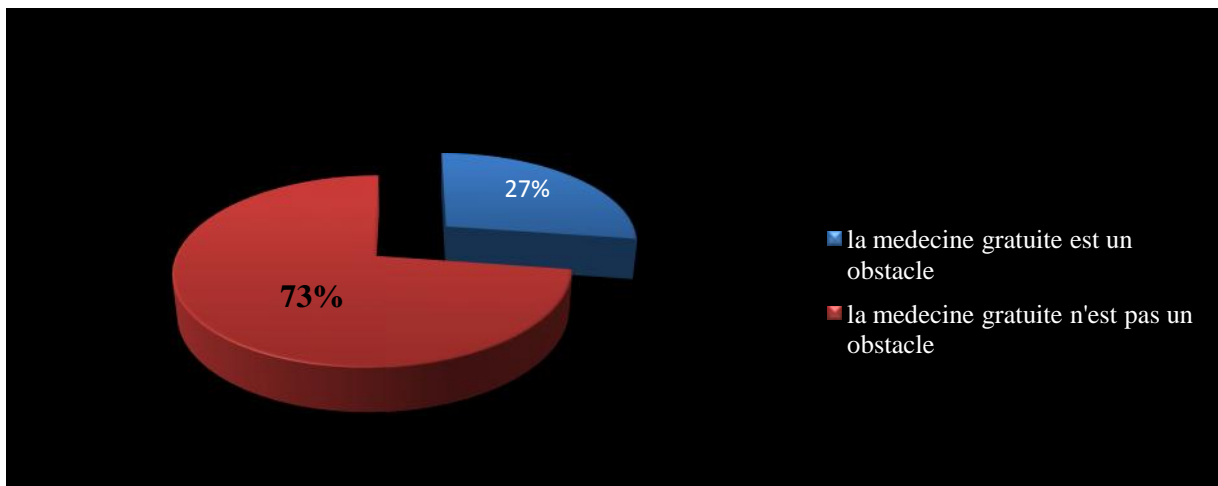
Question : Pensez-vous que la médecine gratuite (dans le secteur public) peut être considérée comme une cause principale de dysfonctionnement du système de santé algérien ?

D'après 73% des répondants, la médecine gratuite ne peut être la cause du dysfonctionnement du système de santé algérien mais ils incriminent plutôt le système dans lequel elle est intégrée. Mais si la gratuité des soins fonctionne bien, elle profite surtout et avant tout à ceux qui auraient les moyens de payer les soins reçus, d'où l'iniquité d'accès aux soins. Mais peut-on parler aujourd'hui de la gratuité des soins ? En réalité, la population algérienne doit apprendre à se prendre en charge en prévoyant dans son budget une part pour la santé.

Quand aux 27% d'interviewés restant, ils jugent que la médecine gratuite ne peut pas être la cause principale du dysfonctionnement du système de santé algérien, mais seulement un obstacle au bon fonctionnement et au financement du système (cf.figure 7).

Selon N. Boumaza, le principe de gratuité est mauvais, il faudrait assurer la gratuité aux catégories les plus démunies, faire payer un minimum aux catégories modestes, et davantage aux autres catégories.

Figure 7 : l'impact de la médecine gratuite sur la qualité des soins



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

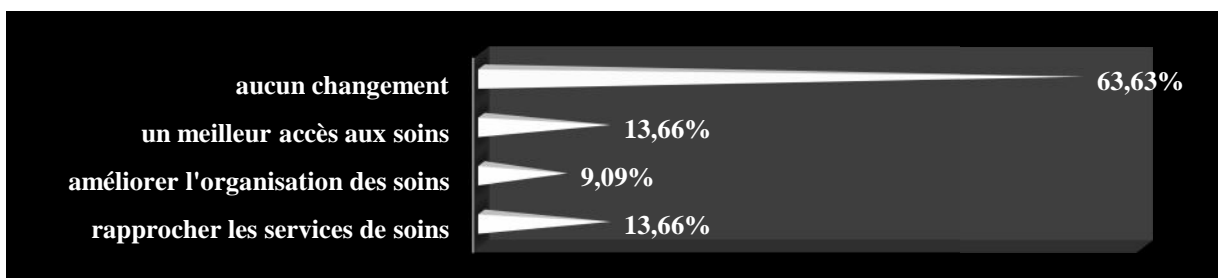
E-Insatisfaction des spécialistes à l'égard de la nouvelle organisation des soins

Question : L'introduction des services de soins de proximité (abandon du secteur sanitaire en 2007) a-t-il permis, à votre avis : un meilleur accès aux soins, l'amélioration de l'organisation, le rapprochement des soins, aucun changement.

D'après les pouvoirs publics, l'introduction des services de soins de proximité (abandon du secteur sanitaire en 2007) a permis un meilleur accès aux soins, une amélioration de l'organisation et un rapprochement des soins. Mais plus de 63% des interviewés (dont A. Keddar, A. Arabi, M. Semmoud, A. Zehnati, M. Keddar), affirment que le renoncement à la sectorisation et la mise en place de la nouvelle organisation, n'a apporté aucun changement en terme d'accès et de qualité des soins.

L'iniquité est toujours observée dans le secteur public. Sept ans après la nouvelle organisation, les Algériens ont toujours tendance à s'adresser à l'hôpital, même pour les soins primaires. 26 % des répondants étaient partagés entre l'amélioration d'accès aux soins et le rapprochement des services aux malades (cf .figure 8).

Figure 8 : opinion à l'égard de la nouvelle organisation des soins



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

F-Nécessité de la coordination entre les secteurs public et privé

Question : Pensez-vous que l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins est possible grâce à une meilleure coordination entre les secteurs public et privé ?

D'après les réponses obtenues, la coordination entre les secteurs public et privé permettrait l'amélioration d'accès aux soins (pour 81% des interviewés). Mais à condition que le secteur privé soit encadré, et que ses prix et ses pratiques médicales soient contrôlés. Et à condition encore de mettre réellement en ouvre une réorganisation du système, la continuité des soins et un système d'information et d'évaluation qui n'existent pas encore (cf.figure 9).

Quant à A. Zehnati, il pense que le secteur privé se nourrit actuellement du dysfonctionnement du secteur public. D'après lui, on pourrait réguler les relations entre les deux secteurs en définissant le rôle de chacun, les passerelles possibles entre eux, en intégrant le privé dans la carte sanitaire et en le faisant participer à la permanence des soins.

F. Chaoui ²⁴⁵. trouve que leur coordination n'est pas fondamentale. Selon lui, le problème reste l'encadrement et le contrôle du secteur privé qui se développe dans une anarchie totale, qui pratique des prix exorbitants et ne pratiquent que les soins les plus rémunérateurs.

Figure 9 : possibilité de coordination entre le secteur public et privé



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

G-La centralisation : un handicap pour l'amélioration du système de santé algérien

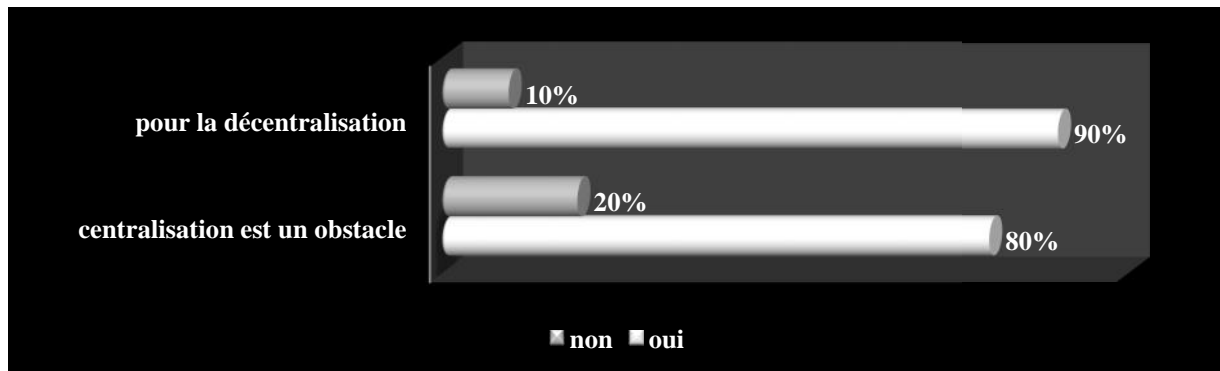
Question : La centralisation est- elle considérée comme un handicap pour l'amélioration du système de santé ? Etes-vous pour la décentralisation (régionale et locale) ?

²⁴⁵ Chaoui F. : Quel système de santé pour l'Algérie,2013.In :www.santémg-dz.com.consulté le 04/11/2015

La centralisation semble constituer un véritable handicap pour l'amélioration du système de santé algérien. En effet, 90 % des interviewés jugent qu'il est primordial d'adopter la décentralisation pour permettre une amélioration du système (cf.figure 10).

L. Lamri, trouve que la cause essentielle de ce dysfonctionnement est l'absence d'autonomie de gestion ainsi qu'un management dépassé. Il faudrait donc autonomiser la gestion des hôpitaux et appliquer la contractualisation, y compris pour le secteur privé qu'il faudrait encadrer et contrôler ses prix et ses pratiques médicales.

Figure 10: Opinion des interviewés sur les principes centralisation et décentralisation.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

6.2.2-Vérité des réformes du système de santé algérien engagées

Les jugements des personnes interviewées sont sévères concernant les réformes apportées au système de santé algérien et leur état d'avancement.

A- Opinion unanime sur les réformes apportées au système de santé algérien

On relève une insatisfaction générale des interviewés, à hauteur de 91% à l'égard des réformes apportées au système de santé algérien. Ils les jugent mal conçues et ne convenant plus aux contraintes actuelles, aux besoins de la population. Ils affirment également que plusieurs volets ont été négligés (cf figure 11).

Miloud Keddar dans son interview, qualifie les réformes de réformettes [« *Ce qui est appliqué sont des réformettes mineures sans cohérence ni continuité, ni évaluation* »]. Seule l'appellation du ministère a changé depuis 2002 sans qu'une réelle réforme ne soit engagée, et pour lui, la réforme hospitalière a fait l'objet d'un grand projet ministériel et a engagé un certain nombre de ressources, elle n'a pas aboutit aux résultats attendus.

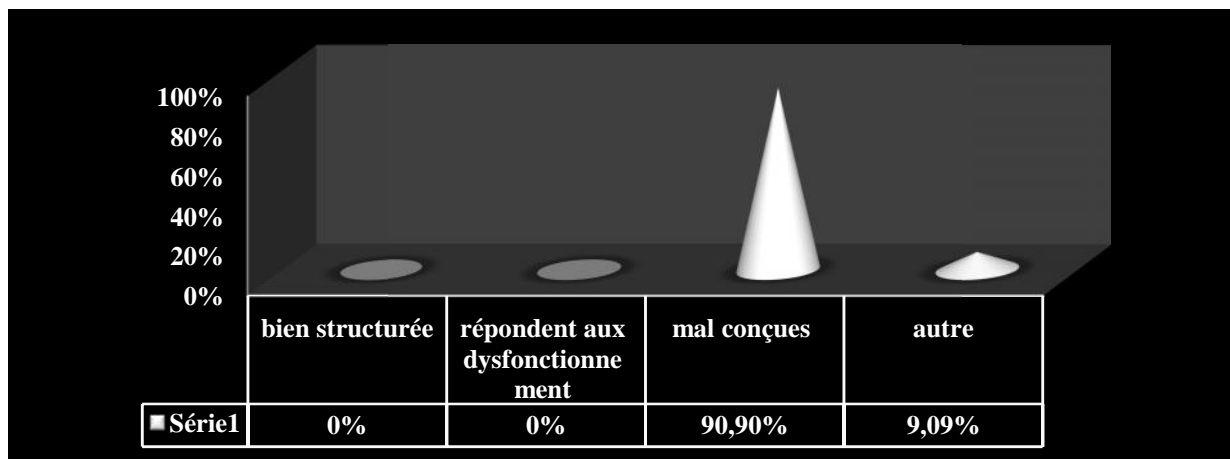
La réforme est un ensemble de solutions et un terrain d'entente entre les acteurs du système de santé. Les réformes engagées devaient certainement tenir compte d'un meilleur accès aux soins de qualité et au meilleur coût. Mais entre les projets et leurs réalisations, il y a eu des écarts et des incohérences.

M. Brouri²⁴⁶ trouve que les réformes suivent les modèles prônés par l’OMS mais ne s’appuient sur rien de solide : expertise, évaluations, concertations, déconcentration et décentralisation, contrôle des dépenses et de la responsabilité.

D’autres tel que L. Lamri ²⁴⁷ ne constatant aucune amélioration, bien au contraire, l’état de santé de la population se détériore : la qualité des soins offerts est médiocre, leur accès est difficile pour les populations des régions déshéritées et rurales. Quant aux coûts de fonctionnement, ils restent élevés sans résultats probants.

Selon Miloud Keddar, les objectifs tracés sont inadaptés au contenu des réformes engagées et plusieurs textes de lois ont été élaborés mais restent enfoncés dans la gestion administrative.

Figure 11 : opinion des spécialistes sur les réformes engagées



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l’enquête.

B- Etat d’avancement des réformes

Question : Quelle est le degré de réalisation des réformes engagées (ou les principaux acquis dans l’application de ces réformes) ?

Il a été difficile de collecter des informations concernant l’état d’avancement des réformes vu l’absence de publication des réalisations ; ou de décliner les objectifs et les paramètres qui auraient permis de mesurer les résultats, préalable auquel nous n’avons pas eu accès. Ce manque d’information est dû à l’inexistence d’un système permettant l’évaluation des progrès et des résultats.

²⁴⁶ Lamri L., Brouri M. : Le système de contractualisation, une alternative au secteur, conférence sur l’économie de la santé, faculté de médecine, Alger, 29 Janvier 2016. In :

<https://fibladi.com/index.php/actualit%C3%A9/sant%C3%A9/item/468335-le-syst%C3%A8me-de-contractualisation-une-alternative-au-secteur>.

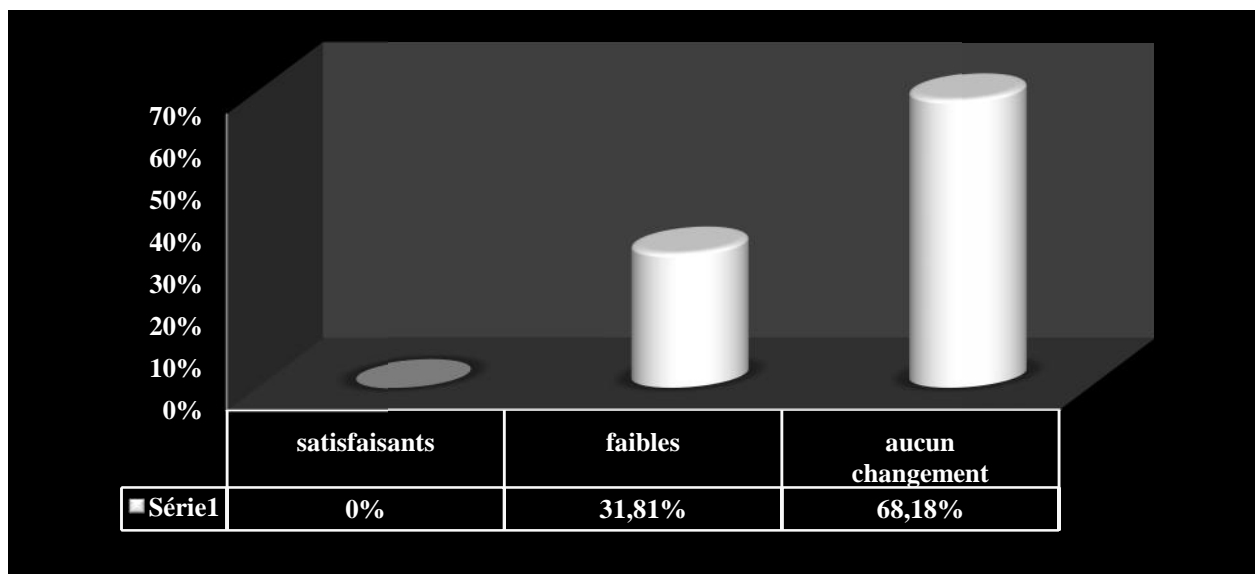
²⁴⁷ Idem

Mais les spécialistes jugent que les réformes n'ont apporté aucun changement (pour plus de 68 % des avis), et quand bien même elles en auraient apporté, le résultat reste très faible et loin des résultats escomptés (pour près de 32%) (cf. figure 13).

Selon Lamri, « *il n'y a pas de véritables réformes structurelles destinées à améliorer la qualité des soins, à dispenser des soins à tous les Algériennes et Algériens. Ce ne sont que des « réformettes ». Les véritables réformes doivent reposer sur l'autonomie de gestion, les standards de qualité, l'hygiène, la bonne organisation et un système de financement basé sur la contractualisation, la qualification des gestionnaires et managers* ».

Selon le même auteur, la réforme de la sécurité sociale est plus visible et plus lisible. La carte CHIFA est une réalité. Restent le mauvais fonctionnement de la CNAS et l'insuffisance des prestations offertes par la CASNOS.

Figure 13 : Opinion des interviewés sur les résultats des réformes.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

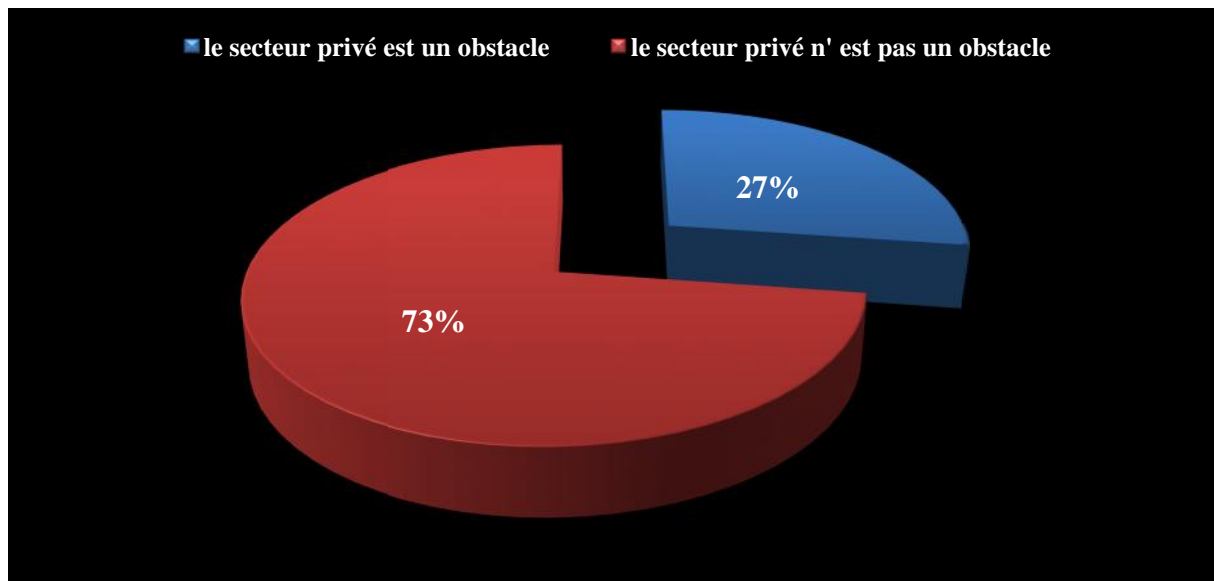
C- Le développement important du secteur privé : un obstacle à la réussite des réformes.

Question : Pensez-vous que le développement important du secteur privé de soins peut être un obstacle à la réussite des réformes ?

Le secteur privé représente certainement l'une des causes de l'échec des réformes du système de santé du fait qu'il se soit développé anarchiquement sans aucune coordination avec le secteur public et du fait qu'il ait débouché les professionnels de la santé les plus qualifiés attirés par les bonnes conditions du travail et les salaires qu'ils offrent.

Certains auteurs (Souki et Boughanem)²⁴⁸ et 27 % des interviewés jugent que le développement important et anarchique du secteur privé des soins est l'une des causes de l'échec des réformes (cf. figure 14). Il faudrait donc l'encadrer et le contrôler. D'autres trouvent que le secteur privé est indispensable et que ce n'est pas sa présence qui pose problème mais plutôt sa régulation. C'est un système quasi décentralisé qui fonctionne selon ses propres normes. E. Benzerroug²⁴⁹ juge qu'il a contribué à augmenter les dépenses de santé, surtout pour les ménages, et accentué les inégalités financières d'accès aux soins pour les populations peu solvables.

Figure 14 : le rôle du secteur privé dans l'échec des réformes.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

D- Les ressources déployées pour la réussite des réformes

Question : Pensez-vous que les ressources humaines et financières mobilisées pour la réalisation des réformes sont suffisantes ?

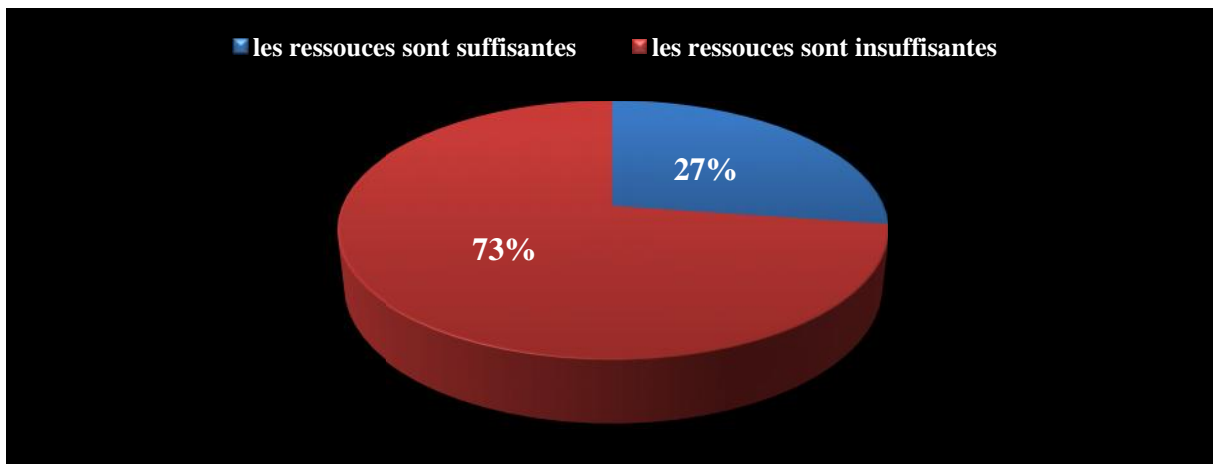
L. Lamri, M. Keddar et M. Semmoud jugent que les ressources humaines et financières sont certainement suffisantes, mais qu'elles ont souffert d'un problème de répartition et de formation, mais d'autres trouvent que l'Etat doit déployer davantage de ressources pour réussir les réformes envisagées²⁵⁰ (pour 73% des interlocuteurs) (cf. figure 15).

²⁴⁸ Souki M., Boughanem : les ressources humaines et les réformes sanitaires en Algérie, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.

²⁴⁹ Benzerroug E. : les éléments critiques à considérer dans la réforme d'un système de santé, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.

²⁵⁰ D'après Mohammed Brahim Farouk, «la réforme hospitalière doit s'inscrire dans le cadre d'une politique globale de la santé», et d'ajouter : «les capacités du secteur de santé de la population s'améliorent à condition que les contraintes externes soient levées», « à la condition que la volonté politique soit au rendez-vous».

Figure 15 : Ressources déployées pour les réformes.



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête

E- Le souhait de réforme : pour une adaptation du système de santé plutôt que pour une multiplication des infrastructures.

Question : Un projet de réalisation de 123 hôpitaux, 7 CHU, 22 centres anti-cancer, soit plus de 62 889 lits d'ici 2019²⁵¹ est en cours. La réforme des infrastructures sanitaires consiste-elle en l'augmentation de son nombre ?.

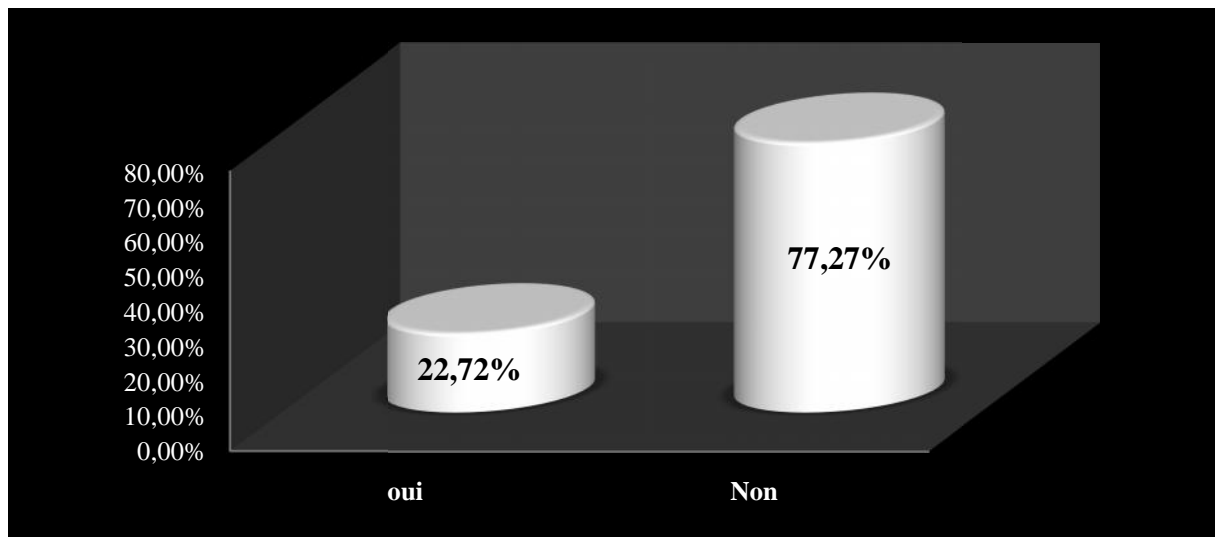
L. Lamri juge qu'il est nécessaire de réfléchir à une meilleure rationalisation au lieu de multiplier les projets de construction, car « *la médecine ce sont des malades et des médecins et non des murs et des bâtisses sans fin* ».

77% des enquêtés trouvent que l'aspect quantitatif, en l'occurrence le nombre de lits, préoccupe le ministère de la santé, mais l'amélioration de la qualité des soins n'a jamais fait l'objet d'un texte de loi. M. Kaddar trouve que les structures déjà existantes sont mal gérées, non fonctionnelles dont l'accès est difficile pour de nombreuses populations, et donc juge à ce stade inutile de multiplier les infrastructures.

Malheureusement à ce jour ces recommandations, pour la plupart, sont restées lettres mortes, et la mesure phare qui était la contractualisation piétine. On ne peut que regretter de n'avoir pas vu les professionnels de la santé, la société civile et les partis politiques se mobiliser pour la concrétisation de cette réforme hospitalière, premier pas vers une réforme profonde de notre système de santé.

²⁵¹ Iddiri M. : Le secteur national de santé : malade de ses ressources humaines, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.

Figure16 : Opinion des spécialistes sur la multiplication des infrastructures sanitaires



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

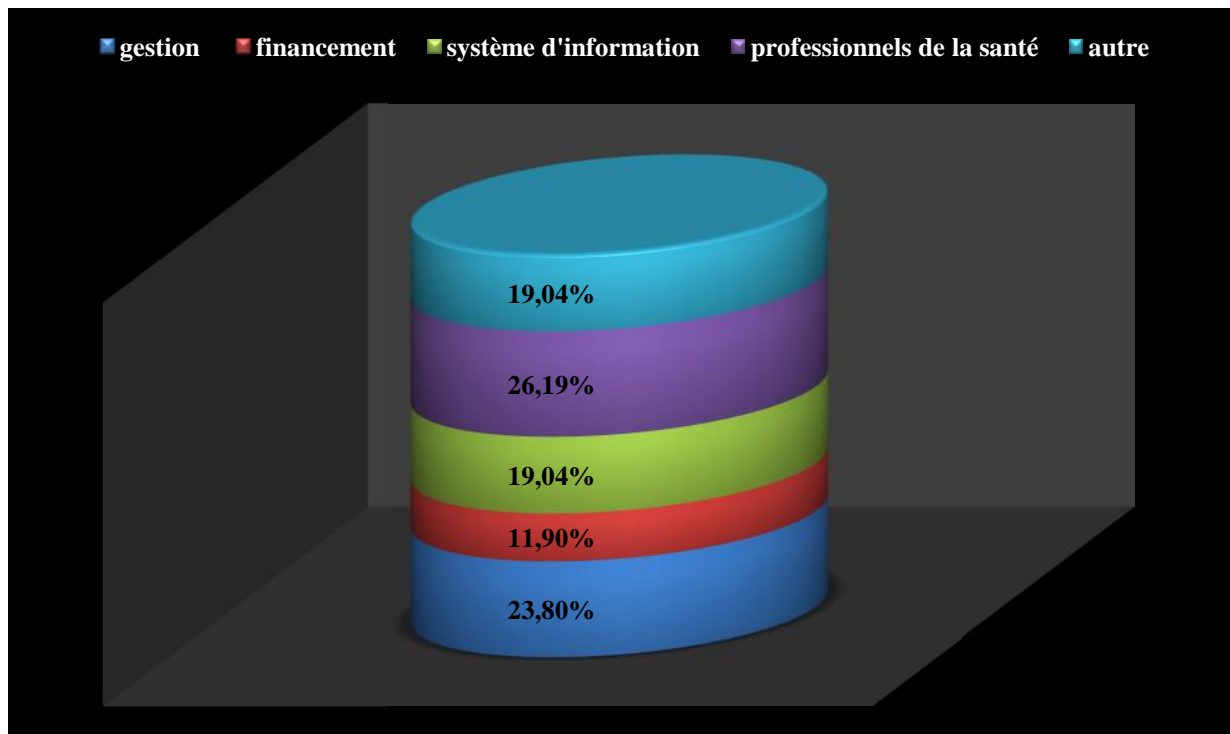
F-Axes de réformes proposés

Question : Si vous proposiez des réformes au système de santé algérien, elles seraient axées sur : le financement, la gestion, le système d'information, les professionnels de la santé, autre (plusieurs réponses sont possibles)

L. Lamri, M. Kaddar insistent sur la nécessité d'une bonne gestion, tout en réfléchissant sur la possibilité d'autonomie. Il est impératif, avant toute augmentation, de gérer au mieux les ressources disponibles (avis partagé par 23% des répondants). Pour les professionnels de la santé, une formation continue (soit 26%) et une mise en place d'un système d'information efficace sont indispensables (19%).

D'autres spécialistes tel que F. Mohammed Brahim jugent qu'une réforme n'a de sens que si elle repose sur une politique nationale de la santé, elle-même déclinée en sous politiques : pharmaceutique, prévention, soins primaires, soins de haut niveau. Il est aussi impératif d'instaurer une culture d'évaluation technique et opérationnelle des performances et de procéder à des sanctions en cas de manquements à l'éthique et à la déontologie médicales.

Figure 17 : Axes de réformes proposées par les interviewés



Source : réalisé par nos soins à partir des résultats de l'enquête.

7-Perspectives de réforme du système de santé algérien et recommandations

En réalité tout projet de réforme doit prendre en considération l'opinion du citoyen qui est le premier concerné. Les perspectives d'amélioration de la santé sont dépendantes de plusieurs paramètres, mais avant tout de l'amélioration du système de gouvernance dans son ensemble.

Nous résumons dans ce qui suit quelques recommandations que nous proposons, ainsi que celles exprimés par les interviewés sélectionnés.

7.1-Donner plus d'autonomie aux structures de santé publiques : La multiplicité des organes et niveaux d'intervention rend la gestion des hôpitaux et établissements de santé, complexe et inefficace. Aussi, il est nécessaire d'assouplir les procédures de gestion administrative, financière et de contrôle après la redéfinition des missions des établissements de santé, tout en adaptant les rôles au statut déterminé et mettre en place une politique réaliste sur la satisfaction des besoins de santé en modulant l'offre de soins afin d'obtenir le meilleur rapport coût /efficacité.²⁵²

²⁵² Réforme portant : autonomie de gestion, contractualisation pour les 2 secteurs public et privé et encadrement, contrôle et orientation dans le sens de la complémentarité du secteur privé :

-Selon L. Lamri, la réforme du statut des établissements publics de santé est nécessaire. Aujourd'hui, ces établissements ne sont que des administrations sans aucune autonomie de gestion. Du coup, il n'est pas possible à leurs gestionnaires d'agir librement, de valoriser leurs ressources et de développer l'offre et l'efficacité de soins. Un hôpital ne peut pas être une administration. La réforme à venir devrait instaurer dans les hôpitaux un

7.2- Personnel médical : Mettre fin à la démotivation du personnel médical du fait de mauvaises conditions de travail et de rémunération.

7.3- Mise en place d'une nouvelle carte sanitaire : Face à l'inégalité de la répartition des ressources humaines et d'équipement sur le territoire national, un nouveau plan de redéploiement du personnel doit être mis en place avec la mise en commun des moyens matériels (prévu dans la nouvelle loi sanitaire).

7.4-Equipement médical : La problématique de l'équipement insuffisant ou vétuste dans quelques structures constitue un frein à la prise en charge des malades algériens. C'est ainsi que la réhabilitation, le renouvellement du matériel ainsi que l'adaptation d'une politique de maintenance sont jugés nécessaires.

7.5-Produits pharmaceutiques : Les établissements publics de santé sont connus pour leurs ruptures en produits pharmaceutiques qui sont dues à des contraintes financières et organisationnelles suite au dysfonctionnement de la gestion hospitalière du médicament. C'est ainsi que la PCH doit être responsabilisée et doit répondre aux objectifs qui lui ont été assignés. Mais ceci ne sera possible qu'après une autonomisation dans la gestion.

7.6-Nomenclature des actes : Actualiser la nomenclature des actes médicaux et la tarification en vigueur, car cette liste n'a pas été revue depuis plusieurs décennies. Nous sommes convaincus que cette procédure engendrera certainement une augmentation des dépenses de la sécurité sociale mais permettra également de réduire la participation des ménages au financement de leurs dépenses.

7.7-Accès aux soins : Etablir et rendre visible la hiérarchisation des soins par l'information des usagers.²⁵³

- Améliorer les conditions d'accueil, de séjour et d'hygiène.
- Améliorer l'information des patients tout en leur expliquant leurs droits et les possibilités de recours mises à leur disposition.

7.8-Qualité des soins :

- Assurer la présence effective d'un personnel médical expérimenté.
- Mettre en place une structure chargée d'évaluer les activités médicales et la qualité des soins²⁵⁴.

7.9-Financement : Face à la nouvelle crise économique que traverse l'Algérie, la recherche de sources de financement du système de santé est indispensable²⁵⁵ sans oublier la nécessaire maîtrise des dépenses :

conseil d'administration qui veillerait à une gestion moderne, mais surtout qui demanderait et rendrait des comptes. (Ce projet existait pourtant lors de la réforme lancée précédemment mais n'a pas vu encore le jour.)

²⁵³ Mise en place des réseaux de soins pourtant une attention particulière aux urgences.

²⁵⁴ Pour ce faire, il est impératif de mettre en place, au sein des hôpitaux, les structures, les mécanismes, les moyens et les outils d'évaluation.

- Attribuer un contenu réaliste à la contractualisation par la mise à jour des actes médicaux et de la tarification ;
- Identifier les personnes en situation de précarité tout en définissant les modalités de leur prise en charge financière²⁵⁶ ;
- Mettre en place une commission de contrôle qui veillera à ce que tous les hôpitaux soient soumis au seul contrôle conformément à la réglementation ;
- Budgétiser les recettes générées ;
- Autoriser les hôpitaux à réaliser des contrats de prestations de service avec les institutions nationales et internationales, et les entreprises.
- Exonérer les hôpitaux publics des taxes douanières concernant les équipements ;
- Adopter la T2A (Tarification à l'Activité) et renforcer les procédures existantes de calcul des coûts.

7.10-Système d'information : Mettre en place un système d'information efficace qui permettra une meilleure évaluation des activités de soins.

7.11-Secteur privé : Plusieurs problèmes sont décelables dans le secteur privé, à savoir : absence de statuts clairs et de cahiers de charges pour les établissements hospitaliers privés ; absence des normes applicables en termes d'organisation des activités médicales ; nomenclatures et tarification non mises à jour ; absence de coopération institutionnelle entre les secteurs public et privé ; anarchie dans les honoraires et dans les actes ; problème d'accessibilité aux soins pour les démunis ; absence de participation au système d'information sanitaire ; non participation effective aux activités de prévention ; problématique du temps complémentaire²⁵⁷ ; C'est pourquoi il est nécessaire de :

- Définir et d'élaborer les statuts des établissements privés ;
- Elaborer des cahiers de charges spécifiés aux établissements ;
- Définir des normes d'organisation des activités médicales et la place du secteur privé dans le système national de santé ;
- Normaliser l'implantation des établissements privés ;
- Intégrer le secteur privé dans la carte sanitaire ;
- Intégrer des services d'urgence ;
- Mettre en œuvre une réflexion avec les organismes de la sécurité sociale sur un mode de financement du secteur privé, permettant ainsi de sauvegarder le principe d'accessibilité de tous à la santé. Les plus nantis doivent

²⁵⁵ La maîtrise de dépenses ne doit aucunement se faire au détriment de la qualité des soins, car cette dernière également entraîne des économies de santé à plus long terme.

²⁵⁶ Le ministère de la solidarité pourrait se charger de leur prise en charge financière et contribuer ainsi au financement d'une partie des soins.

²⁵⁷ Selon L. Lamri: il y a urgence d'encadrer le secteur privé. Il s'agit d'une question de régulation et d'encadrement logique, fonctionnel et scientifique. Il n'est pas interdit au praticien, le plus souvent universitaire, de compléter, en son temps libre, son activité avec le privé, seulement, les moyens de son encadrement n'existent pas à ce jour, ne serait-ce que pour apporter des limitations de telle sorte à ce qu'un praticien ne délaisse pas son service. Il faut un juste équilibre qui n'a jamais pu être préservé jusque-là. Il faut un cahier des charges pour éviter les dérapages et les dépassements.

- contribuer : Assurance privée pour les catégories aisées et CNAS pour la classe moyenne et les démunis (la santé à un coût, la qualité en dépend) ;
- Intégrer dans le système d'information sanitaire les activités du secteur privé ;
- Inciter le secteur privé à la transparence dans les honoraires et les coûts des actes.

IV-MODELISATION DES DETERMINANTS DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE

Dans la plupart des pays en développement les ressources budgétaires consacrées à la santé sont en forte croissance depuis plusieurs décennies. C'est pourquoi il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre. Cette section passe en revue les déterminants des dépenses de santé en Algérie afin de contribuer à la maîtrise de leur progression future.

Les relations entre le système économique et le système de santé sont complexes. En améliorant le niveau de vie, la croissance économique et le développement ont un effet positif sur le niveau de santé. De plus, la croissance permet de dégager des moyens financiers afin de promouvoir les programmes de prévention, d'organiser l'assurance maladie et de financer les soins. On constate en effet que l'espérance de vie à la naissance est plus longue dans les pays où le PIB par habitant est plus élevé. Le raisonnement inverse peut également être défendu. La santé fait partie du capital humain dans le sens où une bonne santé permet également de gagner des heures de travail et de la productivité, donc des points de PIB.²⁵⁸

Pour décrire ou expliquer l'accroissement des dépenses publiques de santé en Algérie, nous avons retenu l'hypothèse suivante pour notre recherche : L'évolution des dépenses publiques de santé en Algérie dépend davantage des facteurs de l'offre que de ceux de la demande de soins.

1-Méthodologie de recherche

Nous allons chercher à tester l'existence de relations de long terme entre les dépenses de santé et des variables dont il semble qu'elles recouvrent aussi bien des effets d'offre que de demande de soins. Ces variables peuvent présenter toutefois une corrélation que nous examinerons à travers une analyse de données pour éviter des biais sur les résultats de notre modélisation.

²⁵⁸ Le sens de la causalité n'est pas connu : est-ce la richesse qui conduit à un bon état de santé ou un bon état de santé permet-il de produire et de consommer plus.

2-Les variables

Les modèles quantitatifs simples tels que les modèles de régression linéaire multiple, objet de notre étude, permettent d'exprimer la relation entre une variable dépendante quantitative (Y) et des variables indépendantes (explicatives) (Xi), qui peuvent être qualitatives et quantitatives.

2.1- Variable endogène

La variable dépendante de cette étude est la dépense de Santé par habitant (DS/h).

2.2- Variables exogènes : Les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude pour l'ajustement linéaire sont :

- La variable liée au progrès technique médical et à l'offre de soins (NM : Nombre de médecins).
- Les variables macroéconomiques (PIB/h : Produit Intérieur Brut par habitant et IPC : Indice de prix à la Consommation) ;
- Les variables démographiques (POP : Population, ES : Espérance de vie, TBN : Taux Brut de Natalité et TBM : Taux Brut de Mortalité).

La modélisation se fera à travers un modèle de régression linéaire multiple pour cerner les différents impacts à court et long terme de nos variables exogènes sur la variable endogène.

Nous testerons d'abord les Dépenses de Santé déflatées par habitant avec toutes les variables exogènes liées à l'offre, à la demande de soins et avec des facteurs liés à l'état de santé pour identifier celles qui influencent le plus la variable endogène (DS/h). Le modèle avec les variables retenues se présente comme suit :

$$DS/h = 0 + 1 NM + 2 PIB/h + 3 IPC + 4 ES + 5 TBN + 6 TBM +$$

L'étude est descriptive et économétrique à séries temporelles. Par rapport aux objectifs de cette étude, nous avons utilisé des techniques quantitatives de collecte de données.

Les données collectées ont été saisies et traitées de manière informatique à l'aide du logiciel Excel 2007 avant d'être introduites dans le logiciel Stastical Package for Social Sciences (SPSS, version 20) pour une Analyse en Composantes Principales (ACP), une technique qui étudie les relations entre plusieurs variables quantitatives et permet de :

- Décrire plus simplement l'ensemble des variables quantitatives ;
- Réduire si possible la dimension des données.

L'ACP transforme les variables originales en de nouvelles variables non corrélées entre elles, nommées composantes principales, pour mesurer la quantité

d'informations contenue dans chaque composante principale. Ces composantes principales sont ensuite ordonnées par ordre décroissant de variance, la première exprimant la plus grande variabilité (information).

Pour réduire la dimension du problème sans perdre trop d'informations, nous nous proposons de ne retenir que les deux premières composantes principales.

L'analyse des données a reposé surtout sur des techniques économétriques, notamment sur les modèles de régression multiple, afin de déterminer :

- Dans quelle mesure les facteurs exogènes considérés expliquent la variable dépendante ;
- L'ampleur et la direction (positive ou négative) de la relation entre chaque facteur et la variable dépendante, après avoir contrôlé les effets des autres facteurs présents dans les modèles ;
- La contribution de chaque facteur à expliquer la variable dépendante au-delà de tous les autres facteurs contenus dans les modèles.

Le logiciel économétrique SPSS (version 20) a été utilisé pour estimer les modèles. Nous nous sommes intéressés aussi à la validation des modèles, aux signes attendus, à la valeur des coefficients ainsi qu'aux variables jugées significatives dans nos modèles. L'interprétation des modèles retenus a été faite pour effectuer notre analyse.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques produits grâce au logiciel SPSS (version 20).

Dans cette section, il sera question d'identifier d'abord les facteurs qui ont le plus d'influence sur les dépenses de santé, à partir d'une analyse à composantes principales sur la base des informations collectées, avant de mesurer l'impact des variables retenues sur l'accroissement des dépenses de santé.

3- Analyse à Composantes Principales (ACP)

Nous avons procédé à une Analyse en Composante Principale (ACP) pour identifier les variables socio-économiques qui influencent le plus l'évolution des dépenses de santé de 1969 à 2014. Les résultats se présentent comme suit :

Matrice de corrélation

	DS/hab	NM	IPC	EV	TN	TM	PIB/hab
DS/hab	1,000	,969	,899	,857	,597	-,532	,962
NM	,969	1,000	,961	,933	,432	-,649	,926
IPC	,899	,961	1,000	,969	,228	-,736	,889
EV	,857	,933	,969	1,000	,199	-,784	,870
TN	,597	,432	,228	,199	1,000	,139	,536
TM	-,532	-,649	-,736	-,784	,139	1,000	-,634
PIB/hab	,962	,926	,889	,870	,536	-,634	1,000

Source : réalisée par nos soins à l'aide du logiciel SPSS.

Il existe une forte corrélation non seulement positive entre les dépenses de santé et le PIB (0,962), entre les dépenses de santé et le nombre des médecins (0,969), et les dépenses de santé et l'espérance de vie à la naissance (0,857). Par contre elle est négative entre la mortalité et les dépenses de santé (-0,532).

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	5,367	76,677	76,677	4,806	68,655	68,655
2	1,278	18,252	94,929	1,839	26,274	94,929
3	,233	3,328	98,257			
4	,062	,887	99,144			
5	,043	,613	99,757			
6	,014	,207	99,964			
7	,003	,036	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

La première composante détient 77% des informations et les deux premières composantes détiennent à elles seules 95% des informations. Donc nous pouvons représenter les données sur deux axes des deux premières composantes.

Matrice des composantes après rotation^a

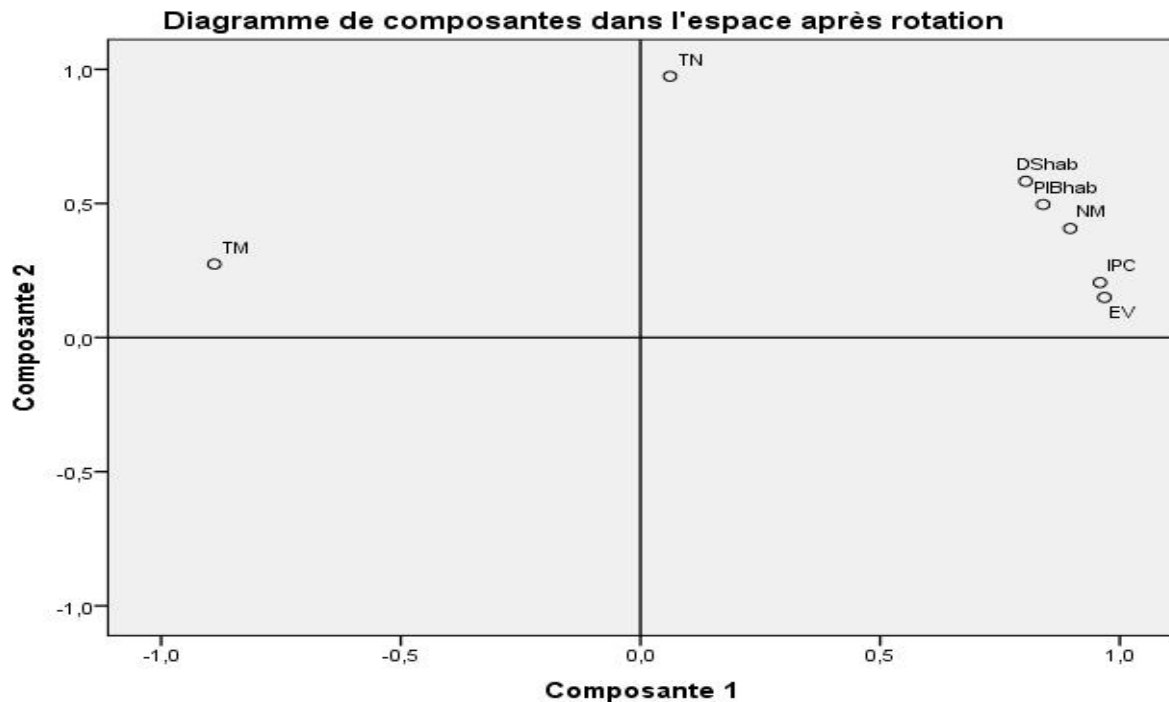
	Composante	
	1	2
EV	,968	,150
IPC	,959	,205
NM	,897	,407
TM	-,889	,274
PIB/hab	,840	,496
DS/hab	,804	,583
TN	,062	,974

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation de Kaiser.

a. La rotation a convergé en 3 itérations.

La représentation graphique des dépenses de santé, du nombre de médecins, de l'espérance de vie à la naissance, de l'IPC et du PIB est de bonne qualité. Par contre les représentations graphiques, de la natalité et de la mortalité ne sont pas adéquates par rapport aux données. Nous pourrions exclure ces dernières pour une meilleure modélisation.



D'après la carte factorielle, nous remarquons que le nombre de médecins, l'espérance de vie à la naissance, le PIB et l'IPC sont plus proches et regroupés sur la même zone contrairement à la natalité et à la mortalité. Par conséquent les quatre premières variables expliquent le mieux l'accroissement des dépenses de santé sur la période d'étude et nous pouvons les retenir comme variables explicatives pour la régression.

4.- Base théorique du modèle

Nous allons chercher à mesurer le degré de relation de long terme entre les dépenses de santé et des variables socio-économiques dont il semble qu'elles recouvrent aussi bien des effets d'offre, de demande de soins que d'état de santé. Certaines variables présentent toutefois une forte corrélation que nous avons déjà examinée à travers l'ACP.

Plusieurs variables indépendantes sont mises en relation pour expliquer l'évolution des dépenses de santé. Ci-après les variables dépendante et explicative retenues dans notre modèle :

A- La variable dépendante de cette étude est la Dépenses de Santé déflatée par habitant (DS/hab).

B- Les variables indépendantes retenues dans le cadre de cette étude sont :

- ✓ L'augmentation du personnel médical peut en effet conduire à un accroissement de la demande (la demande induite par l'offre). Au niveau théorique, la demande induite est engendrée par le monopole de la connaissance médicale des médecins, associés à la faible sensibilité des patients aux prix. L'excès d'offre de soins peut alors contribuer à

la hausse des dépenses de santé. Nous avons retenu, à la place de la densité médicale, le nombre de médecins par an (DM) de 1969 à 2014.

- ✓ Le PIB par habitant est l'un des déterminants importants de la demande de soins dans un système de santé, dans la mesure où il peut accroître la probabilité d'utiliser un service de santé moderne. Lorsqu'on dispose d'un revenu assez important, on ne peut se priver d'un service de qualité pour protéger sa vie. Pour le besoin de la régression nous avons répertorié le PIB réel par habitant (PIB) de 1969 à 2014.
- ✓ Le prix à payer pour accéder aux soins de santé est un facteur qui peut guider le choix de consulter ou non un médecin en cas de maladie. Une manière indirecte d'évaluer l'impact du prix des soins sur les dépenses publiques de santé est de mesurer l'effet de la couverture. Faute de disposer de l'indice de prix relatif de soins médicaux nous nous proposons de mesurer les prix de soins à travers l'Indice de Prix à la Consommation (IPC) qui reflète les variations du coût d'un panier de biens et services acheté par le consommateur moyen. Le contenu de ce panier peut être fixe ou être modifié à intervalles réguliers, notamment chaque année.
- ✓ Le facteur primordial de la demande de soins est la démographie mesurée ici par le taux de natalité (TN). Il induit un taux d'accroissement démographique de 2,15 %/an (2015), avec une augmentation annuelle de la population dépassant souvent le taux de croissance économique et renforçant de ce fait la paupérisation du pays. Néanmoins, la taille de la population n'est toutefois pas le seul facteur démographique qui peut expliquer la croissance des dépenses de santé.
- ✓ La consommation des biens de santé n'est toujours pas uniforme tout au long de la vie, en particulier elle est plus forte aux âges élevés. En effet, l'espérance de vie (ES) conduit à repousser dans le temps les coûts médicaux souvent élevés précédant le décès. Par ailleurs, il faut noter que la liaison entre dépense de santé et vieillissement est complexe car à double sens (si l'espérance de vie augmente, c'est notamment du fait d'une dépense de santé plus élevée).
- ✓ L'évolution de l'état sanitaire de la population façonne les besoins et donc la demande en matière de soins. La demande de soins est donc fonction de la morbidité et de la mortalité mesurée par le Taux Brut de Mortalité (TBM). Des gains en bien-être liés à l'accroissement de la longévité et à l'amélioration de la qualité de la vie sont obtenus en contrepartie des dépenses de santé. Par ailleurs l'évolution de cette dernière variable, peut schématiquement être expliquée en faisant une analyse rétrospective de ces dépenses, notamment par des facteurs de demande (comportement des malades), par des facteurs d'offre (comportement des prestataires) et par des facteurs liés à l'état de santé même si cette distinction est parfois arbitraire.

Le modèle retenu vise à expliquer la dépense de santé par habitant avec toutes les variables exogènes liées à l'offre, à la demande de soins et à l'état de santé, pour

identifier celles qui influencent le plus la variable endogène (DS). Le modèle avec les variables retenues se présente comme suit :

$$DS/hab = 0 + 1 NM + 2 PIB/hab + 3 IPC + 4 EV + 5 TN + 6 TBM +$$

Avec :

DS/hab : Dépense de Santé par Habitant,

NM : Nombre de médecins,

PIB/hab : Produit Intérieur Brut par habitant,

IPC : Indice des Prix à la Consommation,

EV : Espérance de Vie,

TN : Taux de natalité,

TBM : Taux Brut de Mortalité.

5- Résultats de l'estimation du modèle et interprétations

D'après les résultats d'estimations obtenus à partir du logiciel SPSS (20) concernant les déterminants des dépenses de santé, nous pouvons déduire les valeurs des paramètres estimés comme suit :

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	A	Erreur standard	Bêta			Tolérance	VIF
(Constante)	125,369	244,671		,512	,624		
NM	,005	,001	,751	4,810	,002	,028	36,142
IPC	,051	,641	,014	,079	,939	,021	47,913
EV	-5,143	3,705	-,164	-1,388	,208	,049	20,567
TN	1,752	2,099	,056	,835	,431	,152	6,598
TM	8,734	4,510	,104	1,937	,094	,234	4,280
PIB/hab	,023	,005	,433	4,378	,003	,069	14,465

a. Variable dépendante : DS/hab

La session coefficient ci-dessus indique les valeurs de régression à chaque étape de la génération de l'équation de régression :

- La constante $a_0 = 125,369$;
- La colonne des coefficients standardisés désignent les paramètres de notre modèle ;

- La variable NM est associée à un coefficient de 0,751, cette variable a un effet fort et significatif sur les dépenses de santé. De même, le test de Student est très significatif : $t = 4,81$.
- SPSS a introduit d'autres valeurs relatives aux dépenses de santé et qui ont un effet fort ou plus au moins fort que le NM.
- Le PIB/h a un effet similaire que le NM avec un coefficient de 0,433 correspondant à un test de student de 4,378.
- Quant aux autres variables : TM, TN, IPC, elles ont un effet plus au moins faible sur les dépenses de santé avec des coefficients respectifs de 0,104 , 0,056 , 0,014.
- Par contre la variable EV a un effet négatif, avec un coefficient de régression de -0,164.

Ainsi, la fonction de régression linéaire multiple des dépenses de santé est donnée comme suit :

$$DS/h = 125,369 + 0,751 NM + 0,433 PIB/h + 0,104 TM + 0,056 TN + 0,014 IPC - 0,164 EV$$

$$R^2 = 0,995 \quad R^2 \text{ ajusté} = 0,991 \quad V F = 245,68$$

Dans l'ensemble, nous pouvons dire que le modèle est satisfaisant ($R^2 \text{ ajusté} = 0,991$) sous réserves d'autres considérations, en premier lieu la stationnarité des variables ainsi que des tests d'autocorrélation, de multicolinéarité et d'hétéroscédasticité qui pourraient être menés pour une meilleure validation des résultats du modèle économétrique.

Toutefois, les résultats d'estimation permettent de comprendre que toutes les variables n'influencent pas nécessairement l'évolution des dépenses de santé. A première vue, les estimations soutiennent que la variable liée à l'offre des soins (NM) a un impact positif et significatif, et la part du revenu par habitant a un effet sur l'accroissement des ressources consacrées à la santé sur la période d'étude. Aussi, ces résultats montrent que les variables liées la demande de soins et à l'état de santé ont un impact positif faible à ne pas négliger bien qu'elles ne soient pas toutes significatives.

En effet, l'inflation n'est pas significativement différent de zéro. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans notre modèle, nous n'avons tenu compte que de l'indice des prix à la consommation au lieu du prix relatif aux soins.

Une augmentation d'une unité du taux de natalité, de l'espérance de vie combinée avec un faible taux de mortalité entraîne respectivement une réduction du budget santé par tête. En effet une augmentation du nombre de naissance associée à un vieillissement de la population, toutes choses étant égales par ailleurs, accroît la population réduisant ainsi la part du PIB/h qui sera consacrée à la santé.

Une augmentation d'une unité du nombre de médecins entrainerait une hausse des dépenses publiques par habitant : c'est l'effet de la demande induite.

Les résultats présentés ci-dessus sont cohérents avec notre hypothèse selon laquelle l'évolution des dépenses de santé en Algérie dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande des soins.

Les nouvelles infrastructures et équipements médicaux ainsi que le nombre de médecins ont eu un impact important du côté de l'offre. On peut arguer que l'apparition de nouvelles technologies ont non seulement permis de soigner des pathologies auparavant non traitées (effet d'offre), mais également modifié les pratiques des professionnels de santé (demande induite). En effet, l'existence d'asymétries d'information entre le prestataire de soins et le patient donne la possibilité au praticien d'influer sur la demande du patient (puisque ce dernier n'est pas toujours à même de juger de la pertinence du traitement qui lui est prescrit).

L'accroissement du nombre de médecins est un phénomène ambigu : il peut certes n'être que la réponse à une demande croissante de la part des patients ou à des effets de structure démographique (fort poids des personnes âgées).

Toutefois, les médecins ont la possibilité d'induire au moins partiellement la demande de leurs patients, afin par exemple d'augmenter le volume de leurs actes s'ils sont confrontés à une baisse de leurs honoraires. C'est donc le progrès technique médical qui est à l'origine de cette évolution : il fait apparaître continuellement de nouveaux produits et de nouvelles procédures dont la diffusion alimente la croissance des dépenses de santé.

Ces dépenses sont-elles justifiées ? Doivent-elles continuer à progresser ? Grâce aux innovations médicales, nous vivons plus longtemps et en meilleure santé. Évalués en croissance annuelle moyenne, les gains en bien-être obtenus en contrepartie des dépenses semblent gigantesques. Pour les taux de natalité et de mortalité ainsi que l'espérance de vie en Algérie, nous trouvons respectivement un gain annuel moyen égal à 2,99 %, 0,36% et 0,45 %.

Certes, la croissance des dépenses de santé ne relève pas de déterminants exogènes, mais il convient de reprendre la main. Il faut éviter les gaspillages de ressources et adopter des orientations conformes aux préférences collectives.

Améliorer l'organisation des arbitrages est aussi crucial pour maîtriser les évolutions à venir. Il est impératif de favoriser d'autres instances pouvant intervenir sur les arbitrages en matière de dépenses de santé. Concernant le progrès médical, en effet, l'avenir est à la fois radieux et orageux. De très nombreuses innovations sont anticipées pour les prochaines décennies, toutes aussi efficaces pour les soins qu'elles seront coûteuses pour la communauté dès lors qu'elles seraient intégrées au panier de soins hospitaliers qui captent l'essentiel de la dépense nationale de santé.

Plus généralement, il est possible que les gains de longévité observés depuis 1969 ne soient qu'un commencement. Nous sommes peut-être au seuil d'une période où des progrès médicaux décisifs peuvent résulter de l'accroissement de l'effort en matière de dépenses de santé. Pour qu'une telle évolution soit possible, il faut accepter collectivement l'idée que

cette croissance des dépenses puisse être conforme à un optimum. Pour légitimer une telle perspective, des instances doivent être mises en place pour en questionner la pertinence. Un travail d'appropriation collective doit être fourni pour fonder l'adhésion des citoyens.

Les résultats présentés dans cette étude montrent que la croissance des dépenses de santé va spontanément se poursuivre. En effet, les facteurs explicatifs tels que non seulement le revenu par tête mais aussi les facteurs démographiques et le progrès technique, tirent la tendance des dépenses à la hausse.

Notre étude a révélé que seules les variables liées à l'offre des soins (Densité Médicale) ont un impact positif et significatif sur l'accroissement des dépenses de santé sur la période d'étude. Aussi, les variables liées à la demande de soins et à l'état de santé ont un impact négatif à ne pas négliger bien qu'elles ne soient pas toutes significatives.

Cependant, les résultats de notre estimation sont cohérents avec l'hypothèse selon laquelle l'évolution des dépenses publiques de santé en Algérie dépend plus des facteurs de l'offre que ceux de la demande de soins.

En somme, le développement de l'offre de soins durant ces dernières décennies, combiné à des besoins non satisfaits, a engendré une demande induite qui, associée à la faible sensibilité des patients aux prix, a alors contribué à la hausse des dépenses de santé.

6- Contraintes et limites de l'étude

Il est très difficile de mesurer les dépenses de santé en Algérie sachant qu'il existe un sérieux problème d'accès aux données. Face à cette difficulté, nous avons tenté d'effectuer notre analyse sur les dépenses de santé recueillies auprès du MSPRH et les lois de finances ainsi que celles publiées par la Banque Mondiale.

Les limites, quant à elles, sont dues à la fiabilité des données recueillies compte tenu de la multiplicité des sources et l'incohérence des données entre les services des différents organismes. En outre, il existe des années pour lesquelles les données ne sont pas disponibles. A cela il faut ajouter une prédominance des liaisons comptables dans les résultats au détriment des liaisons comportementales, compte tenu du choix des variables explicatives qui, dans leur majorité sont plus quantitatives que qualitatives.

Nous restons conscients des insuffisances que pourraient présenter cette étude et espérons que ce travail exploratoire ouvre la voie à d'autres recherches.

Conclusion

Malgré toutes les réformes apportées en Algérie (qui n'ont d'ailleurs jamais fait l'objet d'un bilan par les ministères concernés), la situation du système de santé algérien reste critique. Cette situation, qui s'explique par un dysfonctionnement à plusieurs niveaux, entraîne de l'insatisfaction et de la défiance du citoyen à l'égard de son système.

La réussite d'une réforme en Algérie nécessite la participation et les sacrifices de toutes les parties prenantes :

- Les citoyens doivent participer au financement de leur système de santé auprès duquel ils ont le droit de réclamer de soins de qualité. Leur participation directe restera modique, la plus grande partie des frais de santé sera payée par les caisses d'assurance pour les assurés et par l'Etat pour les patients démunis et ceux souffrant d'une maladie chronique. Très rares seront les Algériens qui paieront la totalité des frais inhérents à des soins reçus au niveau des établissements hospitaliers. Pour les autres, ils seront tenus de justifier leur situation par un document administratif : carte d'assuré, de démuné, de maladie chronique, etc.
- Les caisses d'assurance sont appelées à accepter une réévaluation des coûts des soins de santé et c'est ce niveau qui constitue le point faible. La conjugaison du nombre de plus en plus réduit d'assurés et la modestie des cotisations limitent de façon drastique les moyens financiers de ces caisses et leur capacité d'accompagner le mouvement de restructuration des établissements hospitaliers. L'Etat est, du moins temporairement, obligé de renforcer sa participation financière afin de réguler cette inadéquation.
- Le praticien est dans l'obligation d'améliorer ses compétences et de produire des soins de qualité sûrs et efficaces afin de minimiser les surcoûts induits par la non-qualité. Il peut, par des actions de maîtrise de la qualité, économiser des moyens financiers considérables et participer à la réduction du déficit de son établissement.
- Le gestionnaire ne doit plus être le simple comptable, tout juste apte à faire une addition ou le quémandeur dont la main est toujours tendue vers la tutelle, mais le manager capable d'innover, de générer des ressources et de rentabiliser son établissement.

Ces réformes qui peuvent être lourdes à terme permettront sûrement à moyen terme de corriger les dysfonctionnements qui pervertissent nos établissements de soins et de produire des soins de qualité aptes à satisfaire les exigences des consommateurs des biens de santé.

Notre tentative de modélisation des dépenses de santé en Algérie, à l'aide de la régression linéaire multiple, a confirmé notre hypothèse stipulant que l'offre de soin est à l'origine de la progression rapide des dépenses.

CONCLUSION GENARALE

Cette thèse s'est intéressée à l'étude et à l'analyse des réformes du système de santé algérien avec une tentative d'évaluation de leurs résultats. Ce sujet est d'actualité et de grande importance pour les pouvoirs publics qui se préoccupent davantage des problèmes de santé et des dépenses qui ne cessent de croître. Nous avons étudié spécifiquement l'impact de la triple transition en Algérie sur les dépenses de santé et les causes du dysfonctionnement du système de santé. Aussi, une série de réformes a été mise en place pour remédier à ses faiblesses. Nous avons soulevé, dans ce travail, les difficultés rencontrées par les autorités pour l'application correcte et totale de ces réformes.

Nous avons commencé par décrire le système de santé algérien qui depuis l'indépendance du pays occupe une place privilégiée dans le cadre des politiques menées par les pouvoirs publics, visant le développement durable du pays. La santé a ainsi toujours bénéficié des moyens les plus importants aussi bien en termes de budget de fonctionnement que d'investissement. Ce secteur s'est développé, au départ, essentiellement en tant que secteur public, puis a connu, depuis plus de deux décennies, un équilibre avec une participation accrue du secteur privé.

En effet, les ressources dédiées au secteur de la santé algérien se sont accrues au cours des dernières années. Le budget de la santé passe de plus de 16 milliards de DA (soit 1 milliard DA en valeur) en 1990 à près de 379 milliards de DA (soit 16 milliards DA en valeur) en 2016. Cette hausse des dépenses de santé traduit les dynamiques du système de santé qui sont affectées par la croissance économique, les transitions démographique et épidémiologique, et les avancés technologiques.

Les dépenses publiques de soins (celles financées par l'Etat ajoutées à celles financées par les caisses de la sécurité sociale) ont connu une diminution progressive, d'année en année, remplacée par un accroissement de la part des dépenses privées. En effet, les dépenses publiques passent de 77,43 % des dépenses totales de santé en 2000, à environ 72,76% en 2014. Le système de santé doit veiller au perpétuel équilibre entre ses principaux objectifs à savoir : l'équité de la prestation des soins, l'état de santé de la population, la répartition des charges financières, la qualité des prestations offertes, le degré de satisfaction des besoins des bénéficiaires et l'efficacité de l'ensemble du système. C'est dans ce sens que l'Algérie s'est engagée dans un processus de réformes de son système de santé dans le but de préserver ces principes.

L'objectif de cette thèse était d'étudier la pertinence des réformes apportées au système de santé algérien. Pour ce faire, nous avons décomposé l'analyse en trois niveaux : en premier lieu : une tentative pour cerner les faiblesses du système, puis une présentation et une analyse des réformes mises en place par les pouvoirs publics, et enfin un essai d'évaluation

des résultats des réformes avec une mise en avant des contraintes rencontrées qui empêchent une meilleure application des réformes.

Le dysfonctionnement que connaît le système de santé algérien a fortement cristallisé le mécontentement aussi bien des usagers que des professionnels de la santé. Il s'agit d'une crise qui est centrée particulièrement sur le financement des budgets de fonctionnement et d'équipement, le mode d'organisation à instaurer, les moyens d'information à déployer pour l'évaluation des activités, l'amélioration et le développement de la formation des ressources humaines.

C'est pourquoi, la réforme du secteur de la santé exige des arbitrages politiques, sociaux et économiques permettant de déterminer les obligations de chacun (Etat, institutions) en matière de ressources budgétaires, de dépenses de santé, de contribution de la sécurité sociale au financement et la forme de contribution des usagers à la dépense de soins.

Ces réformes doivent répondre aux dysfonctionnements dont souffre le système de santé, dus à l'insuffisance de moyens nécessaires pour faire face à une demande de soins de plus en plus importante. Les contraintes du système se situent principalement en un endettement permanent des hôpitaux, une absence de maîtrise des dépenses, et un système d'information qui ne répond plus aux exigences de l'heure.

Au cours des deux dernières décennies, l'Algérie a lancé un processus de réformes qui se résume principalement en réforme hospitalière, réforme de la sécurité sociale et réforme du financement (adoption de la contractualisation). La lecture et l'analyse de ces réformes nous ont permis de soulever quelques lacunes en termes de textes de loi par rapport aux objectifs tracés pour chaque réforme. Nous avons mis l'accent aussi sur les difficultés rencontrées entravant le bon fonctionnement de ces réformes.

La réforme hospitalière mise en place depuis 2002, est considérée par les pouvoirs publics comme une politique de maîtrise des dépenses ayant pour objectif de mobiliser et de gérer au mieux les ressources disponibles. Elle vise en premier lieu à corriger les iniquités d'accès aux soins, et à améliorer le management des établissements de santé et la qualité des soins offerts. L'analyse des dossiers de cette réforme montre clairement que le problème d'équité a été négligé et persiste toujours dans le service public de soins. A cela s'ajoute la qualité qui ne cesse de se dégrader (nombre important d'erreurs médicales). Quant à la question de la maîtrise des dépenses, nous constatons qu'après plus d'une décennie d'application de la réforme, les dépenses sont de plus en plus importantes. Des problèmes d'ordre organisationnel, de fonctionnement, de gestion, et de ressources ont été révélés empêchant ainsi la rigueur de la réforme. Aujourd'hui, la situation du système de soins reste critique.

Face à l'accroissement des dépenses de santé et à des ressources de plus en plus limitées, l'adoption de la contractualisation a été jugée indispensable en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles. Cette procédure a permis de redéfinir le rôle de l'Etat dans le système de santé et la nature des relations entre les organismes de la sécurité sociale et la santé, en matière de financement de la santé.

Mais actuellement, nous ne pouvons apprécier les résultats de cette réforme vu l'inexistence de bilans après des années d'application.

La seule réforme dont nous pouvons apprécier clairement les résultats est celle de la sécurité sociale. Des mesures de préservation de son équilibre financier ont été mises en place à travers une nouvelle politique de remboursement ayant pour double objectif la maîtrise de ses dépenses et sa modernisation à travers son ambitieux programme de carte Chifa.

Des caractéristiques communes à toutes ces réformes peuvent être résumées en :

- Un retard dans leur application : plusieurs années séparent une intention de réforme et sa mise en œuvre.
- Un rendement jugé faible par rapport aux ressources engagées par les pouvoirs publics.
- Un manque de suivi et d'évaluation des réformes appliquées : après plusieurs années, très peu de travaux descriptifs ont été effectués et aucun bilan d'évaluation des résultats n'a été publié par les ministères concernés.
- Le contenu des réformes en termes de textes est très porteur mais les résultats sur le terrain restent faibles.

Parmi les urgences qui doivent être signalées, l'instauration d'un système d'information qui aura pour rôle de couvrir les activités administratives, cliniques, économiques, financières et comptables, la gestion des activités médicales et paramédicales, la gestion des consommables (médicaments, prothèses...), la gestion des plateaux techniques (laboratoires, blocs opératoires, radiologie), la gestion du circuit de prise en charge des patients, la gestion des équipements médicaux, l'évaluation médico-économique des coûts des prestations.

Une nouvelle restructuration du système de santé est indispensable dans la mesure où elle permettrait la mise en place d'une nouvelle organisation capable de répondre au mieux à la demande en soins tout en assurant une prestation de qualité accessible à toute la population.

Le problème du financement mis en relief dans le cadre de la réforme met l'accent sur les modalités à mettre en œuvre pour impliquer davantage la participation des parties concernées. En réponse à cette problématique, la contractualisation demeure une solution permettant de lier les activités.

Le taux de croissance des dépenses de santé évolue rapidement. Cette croissance est assouplie par les revenus provenant essentiellement des hydrocarbures et assumée également par les ménages. Les réformes en Algérie ont cherché seulement à ajuster le système de santé, les fondements et les principes n'ayant pas changé à ce jour. Il est permis d'affirmer que les réformes ne visaient que l'adaptation du système aux principaux changements opérés dans la société.

Une nouvelle loi relative à la santé a été étudiée depuis quelques années par le MSPRH afin de remplacer la loi n°85-05 du 16 février 1985²⁵⁹. Nous remarquons pourtant, une absence de tout rapport justifiant la nécessité d'une nouvelle loi. Autrement dit, aucun bilan critique des limites et contrainte du système de santé algérien qui a fonctionné depuis longtemps sous la loi n° 85-05 n'a encore été publié à côté de cet avant-projet de loi.

L'analyse critique apportée par M. Kaddar, indique que des notions et des approches relativement nouvelles sont introduites, comme la mise en place de la région sanitaire et de l'agence nationale du médicament, l'évaluation et l'accréditation des établissements, la prévention des violences sous toutes leurs formes, l'introduction des comptes nationaux de la santé, les notions de projet d'établissement et de contacts, d'objectifs et de moyens, de partenariat et de contractualisation public-privé, de possibilité d'emprunts pour les établissements nationaux et régionaux, etc. Mais selon l'auteur, ces approches exigent de nouvelles compétences de planification, tout en définissant les outils de leur mise en œuvre et en les évaluant. En revanche, certaines composantes et approches essentielles sont sous-estimées ou traitées de manière conventionnelle. C'est le cas notamment de la question de la gouvernance des établissements publics, celle des ressources humaines, mais aussi des capacités de gestion d'un système de santé de plus en plus complexe et diversifié tant dans sa composante publique que privée. Plus encore, M. Kaddar affirme qu'on parle encore d'administrateurs de la santé et non de gestionnaires et la question d'autonomie de gestion est encore loin.

Une autre nouveauté concerne l'activité complémentaire dans les établissements publics de santé. Elle vise à autoriser tout fonctionnaire du secteur de la santé à exercer à titre privé après avoir satisfait un cahier des charges des actes médicaux, chirurgicaux ou autres, au sein de son établissement public²⁶⁰. Au sens de cette loi, l'égalité de traitement des usagers au sein des établissements publics est remise en cause. L'activité complémentaire s'applique forcément au détriment du secteur public de santé (conflits d'intérêts, induction et orientation de la demande, réduction du temps de travail effectif dans le secteur public, détournement de moyens et du personnel...).

Les résultats obtenus dans cette thèse concluent que les réformes n'ont atteint que partiellement les objectifs attendus à cause des obstacles rencontrés d'ordre organisationnel, de planification, d'encadrement, de gestion, d'information et de communication. En effet, les pouvoirs publics doivent faire face aujourd'hui à une gestion hospitalière fermée, à une qualité de soins en baisse en raison de la demande importante, à des ruptures de produits pharmaceutiques, à un financement de plus en plus restreint. Ainsi, cette situation profite clairement au secteur privé qui prend plus d'espace et auquel malheureusement la plupart ne peuvent accéder à cause des coûts élevés.

²⁵⁹ Miloud Kaddar a soulevé la problématique d'intitulé : l'intitulé de la loi est "loi relative à la santé", celle de 1985 était relative à la «protection et à la promotion de la santé. » Il estime qu'il est légitime de s'interroger si « cette loi porte essentiellement sur les voies et moyens de protéger et de promouvoir la santé de la population, si elle se concentre sur les questions relatives au système de soins et aux professionnels de la santé ».

Kaddar M. : Santé: L'avant-projet de loi et ses limites. In : www.Reporters.dz.

²⁶⁰ Il y a lieu de consacrer l'exercice libéral au sein et avec les moyens du secteur public pour des fonctionnaires de l'Etat

La réussite d'une réforme nécessite la réunion d'un certain nombre de conditions dont : une volonté et un engagement politiques permanents, un texte de réforme consensuel (implication de l'ensemble des professionnels) et des recommandations pertinentes et réalisables ; des professionnels de santé en nombre suffisant, motivés, engagés et sans soucis socioprofessionnels (statuts/rémunérations/avancements..), une bonne assise à la gouvernance (loi et surtout ses textes d'application) ; un financement suffisant.

Nous trouvons que de nouvelles réformes doivent être lancées en urgence visant la restructuration du système de santé prenant comme leviers :

- La nécessité de donner plus d'indépendance en termes de gestion, aux structures de santé publique et de redéfinir les fonctions de l'établissement hospitalier.
- Améliorer les conditions dans lesquelles travaille le personnel médical et revoir sa rémunération afin que les médecins expérimentés restent dans le secteur public.
- Mettre en place une nouvelle carte sanitaire afin de mettre fin aux inégalités de répartition des ressources humaines et équipements médicaux sur le territoire national. Quant à l'équipement vétuste, il doit être remplacé tout en assurant une bonne maintenance.
- Revoir la gestion hospitalière du médicament tout en faisant face aux ruptures et en gérant au mieux les ressources disponibles.
- Actualiser la nomenclature des actes médicaux.
- Etablir et rendre visible la hiérarchisation des soins par l'information des usagers.
- Définir les urgences des besoins en professionnels de la santé et en profits de la formation.
- Assurer une meilleure organisation du secteur privé et veiller au respect des textes de loi qui régissent cette activité, tout en assurant une coopération avec le secteur public. Nous proposons également de réfléchir sur un mode de financement du secteur privé par la sécurité sociale, permettant ainsi de sauvegarder le principe d'accessibilité de tous les citoyens à la santé sans mettre à leur charge l'intégralité du paiement.

Ainsi, ce travail de recherche contribue à enrichir la réflexion actuelle sur les nouvelles réformes que les pouvoirs publics devraient entreprendre dans les plus brefs délais afin de combler les manques observés notamment, dans le secteur public. Les résultats auxquels nous parvenons ouvrent la voie à de nouveaux développements, dont certains feront l'objet de travaux futurs tel que sur la nouvelle loi sanitaire (modalité de mise en place, étude d'objectifs, l'impact de cette loi sur la nouvelle organisation du système de soins.....), le financement du système de santé algérien face aux mesures d'austérité, problématique d'accès aux soins avec la nouvelle hiérarchie des soins...

L'élaboration d'une recherche susceptible de valoriser le potentiel existant et d'améliorer les performances, passe nécessairement par une connaissance scientifique et rigoureuse du réel. Malheureusement, le système d'information statistique algérien n'est pas encore fiable et les données sont souvent biaisées, lorsqu'elles existent, ou bien elles diffèrent selon les sources (DSPRH, MSPRH, MTESS, CNAS, CASNOS.....). Ce système doit être

amélioré pour être mieux au courant des problèmes, des besoins, et des insuffisances des populations.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

CHAPITRE I : ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : EVOLUTION, ANALYSE ET EVALUATION

Tableau 1 : La répartition des secteurs sanitaires par région en 2007.....	22
Tableau 2 : Evolution des infrastructures hospitalière et extra-hospitalière entre 2008 et 2016.....	24
Tableau 3 : Evolution des structures de santé privé en Algérie entre 2005 et 2016.....	26
Tableau 4 : Répartition du personnel médical selon le secteur d'exercice entre 1995 et 2016.....	27
Tableau 5 : Evolution de la démographie médicale en Algérie entre 1990 et 2016.....	29
Tableau 6 : Evolution du nombre d'assurés sociaux entre 2000 et 2016.....	30
Tableau 7 : Evolution de budget de la santé en Algérie entre 1990 et 2016.....	32
Tableau 8 : consommation médicamenteuse par classe thérapeutique.....	34
Tableau 9 : Evolution de la consommation nationale de médicaments entre 1992 et 2016...36	
Tableau 10 : Evolution de l'espérance de vie dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016.41	
Tableau 11 : présentation de l'espérance de vie des femmes et des hommes dans les trois pays.....	42
Tableau 12 : Evolution de taux de natalité dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016.....	43
Tableau 13 : Evolution de taux de mortalité brut pour 1000 habitant entre 1990 et 2016.....	44
Tableau 14 : Evolution du taux de mortalité des enfants pour 1000 naissances entre 1990 et 2016.....	45
Tableau 15 : nombre de lits par 1000 habitants.....	46
Tableau 16 : Nombre de médecins par 1000 habitant.....	46

Liste des figures

Figure 1 : Evolution de l'encadrement médical en Algérie entre 1990 et 2016.....	28
Figure 2 : Evolution du budget de la santé entre 1990 et 2016.....	32
Figure 3 : Evolution de la part de la production du médicament en Algérie sur le marché entre 2000 et 2016.....	36
Figure 4 : Evolution de la part du générique dans le marché médicamenteux algérien (en%) entre 2004 et 2016.....	37

Figure 5 : Le niveau de couverture de la consommation pharmaceutique par les importations.....	38
Figure 6 : Comparaison de l'espérance de vie entre les pays de Maghreb.....	41
Figure 7 : Comparaison de l'espérance de vie des femmes et des hommes dans les pays du Maghreb.....	42
Figure 8 : Comparaison de taux de natalité dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016...	43
Figure 9: Le taux de mortalité brut dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016.....	44
Figure 10 : Le taux de mortalité infantile dans les pays de Maghreb entre 1990 et 2016.....	45
<u>Liste des schémas :</u>	
Schéma 1 : Les tutelles et les principales structures de soutien du système de santé.....	21

CHAPITRE II

Liste des tableaux :

Tableau 1: La structure des dépenses de soins selon les sources de financement (1980-1989).....	52
Tableau 2 : La consommation budgétaire globale par nature de dépense de 1995 à 1997 (en %).....	56
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des effectifs des praticiens publics et privés (1995-1997).....	56

CHAPITRE III

Liste des tableaux :

Tableau 1: Evolution de la consommation budgétaire par nature de dépenses pour 2006 et 2016.....	72
Tableau 2 : Evolution des dépenses de sante dans les pays de Maghreb en % du PIB entre 1995 et 2017.	79
Tableau 3 : Comparaison des dépenses de santé par habitant dans les pays de Maghreb.....	81
Tableau 4: Evolution de la population algérienne entre 1990 et 2017.....	83
Tableau 6: L'âge de mariage en Algérie entre 1998 et 2016.....	86
Tableau 7: Evolution de la masse salariale entre 2004 et 2016.....	89
Tableau 8: Evolution des revenue des indépendants entre 2004 et 2016.....	90
Tableau 9 : Evolution de taux de chômage en Algérie entre 1990 et 2017.....	90
Tableau 10 : La pyramide d'âge en Algérie de 1997 à 2015.....	91

Tableau 11 : Evolution de la tranche d'âge des personnes âgées à l'horizon 2060 en % de la population totale.....	94
Tableau 12: La part des dépenses de santé des personnes âgées dans les dépenses totales de santé à l'horizon 2060.....	95
Tableau 13 : Evolution du nombre d'assurés sociaux en Algérie entre 1990 et 2016.....	102
Tableau 14: Evolution du forfait hospitalier en Algérie entre 1990 et 2015.....	114
Tableau 15 : Evolution de nombre de transferts à l'étranger entre 1987 et 2008.....	104
<u>Liste des figures :</u>	
Figure 1 : La répartition des dettes des établissements de santé.....	73
Figure 2 : Evolution de la part des dépenses de santé dans les pays de Maghreb en % du PIB entre 1995 et 2017.....	79
Figure 3 : Evolution des parts respectives des dépenses publiques et privées de la santé en Algérie du 1995 à 2017.....	80
Figure 4 : Evolution des dépenses de santé par habitant dans les pays de Maghreb entre 1995 et 2017.....	81
Figure 5: La tendance d'évolution de la population algérienne du 1990 à 2017.....	84
Figure 6 : Evolution de l'âge de mariage en Algérie entre 1998 et 2006.....	86
Figure 7 : Évolution des transferts sociaux (en milliards de DA).....	88
Figure 8: Tendance d'évolution du chômage en Algérie ente 1990 et 2017.....	90
Figure 9: la répartition de la population algérienne en tranche d'âge	92
Figure 10: Evolution de la population algérienne entre 2010 et 2060.....	93
Figure 11: Prévalence des problèmes de santé déclarés selon l'âge	95
Figure 12 : La prévalence des maladies chroniques en % de la population totale en Algérie.....	101
Figure 13 : Le financement des hôpitaux par le forfait hospitalier	103
Figure 14 : La participation de la SS dans le financement des dépenses de santé en 2016.....	104
Figure 15: Evolution des dépenses de tiers payants en Algérie entre 2002 et 2011.....	105

Chapitre IV :

Liste des tableaux :

Tableau 1: Evolution des dépenses de santé dans le monde entre 1960 et 2016.....114

Tableau 2 : Tableau récapitulatif de diverses initiatives de réformes du système de santé...145

Chapitre V :

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Situation du système CHIFA en 2016.....170

Liste des figures :

Figure1 : Echantillon d'enquête.....175

Figure 2 : Répartition des interviewés selon le sexe et l'âge.....176

Figure 3 : Répartition des interviewés par classe professionnelle.....177

Figure 4 : Opinion sur l'organisation du système de santé algérien.....178

Figure 5 : Causes du dysfonctionnement du système de santé algérien.....179

Figure 6 : La qualité des soins en Algérie.....180

Figure 7 : l'impact de la médecine gratuite sur la qualité des soins.....181

Figure 8 : opinion à l'égard de la nouvelle organisation des soins182

Figure 9 : possibilité de coordination entre le secteur public et privé.....182

Figure 10: Opinion des interviewés sur les principes centralisation et décentralisation.....183

Figure 11 : Opinion des spécialistes sur les réformes engagées184

Figure 13 : Opinion des interviewés sur les résultats des réformes.....185

Figure 14 : Le rôle du secteur privé dans l'échec des réformes.....186

Figure 15 : Ressources déployées pour les réformes.....187

Figure16 : Opinion des spécialistes sur la multiplication des infrastructures sanitaires188

Figure 17 : Axes de réformes proposées par les interviewés.....189

Annexe 1 : Notification des maladies à déclaration obligatoire

Nom de la maladie	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Méningites	4027	4607	6241	3580	2880	3565	3941	3671	3369	5284	3455	3313
Dont : -Méningites à méningocoque	-----	-----	-----	230	190	113	101	85	57	51	34	88
-Autres Méningites	-----	-----	-----	3350	2690	3452	3840	3586	3212	5233	3421	3225
Typhoïde	2077	3218	1110	918	945	637	806	781	223	217	232	177
Dysenterie	2829	2342	1932	1460	1010	1092	1132	721	560	526	150	163
Hépatite virale A	2705	2315	2080	903	895	997	798	905	1853	1262	1466	1556
Hépatite virale B	-----	-----	-----	1083	1264	1593	1802	1985	1783	2004	1797	2342
Hépatite virale C	-----	-----	-----	639	773	877	941	857	526	627	603	785
Trachome	914	1495	1358	822	221	211	374	202	556	414	270	7672
Bilharziose	00	71	221	37	31	07	46	05	15	19	11	35
Paludisme	-----	-----	-----	-----	-----	288	196	94	408	191	887	603
Dont cas de paludisme importé	-----	-----	-----	-----	-----	245	192	90	400	187	828	587
Kyste hydatique	651	644	692	689	593	595	468	419	339	334	315	388
Leishmaniose viscérale*	127	106	131	115	93	104	80	89	121	94	57	46
Leishmaniose (cutanée)	4293	8049	13749	25511	14714	6755	7632	12097	21049	16676	8390	6171
Brucellose	3200	3262	2783	8032	7812	7733	5056	6655	10014	6122	4500	3936
Rage	-----	-----	-----	-----	-----	32	27	18	14	17	17	21
Rougeole	2423	6674	12688	2589	932	823	1547	2248	1486	1899	1891	3544
Diphtérie	03	00	07	03	03	00	01	00	00	00	00	00
Coqueluche	141	60	17	55	17	47	78	117	34	27	132	124
Tétanos	14	04	02	15	05	10	00	07	06	07	10	12
Dont : - Tétanos néonatal	-----	-----	-----	06	02	03	00	02	01	00	03	02
- Tétanos non néonatal	-----	-----	-----	09	03	07	00	05	05	07	07	10
Tuberculose toutes formes	-----	-----	-----	-----	-----	20589	19375	18526	21786	21887	21413	21973
Dont : - tuberculose pulmonaire (TP)**	-----	-----	-----	-----	-----	10209	9676	9034	10321	10033	9393	9275
- tuberculose extra pulmonaire (TEP)	-----	-----	-----	-----	-----	10284	9599	9421	11356	11728	11956	12601
- tuberculose à localisation non précisée	-----	-----	-----	-----	-----	96	100	71	109	126	64	97
SIDA maladie	-----	-----	-----	-----	-----	91	60	131	142	102	93	95
SIDA VIH Séropositifs	-----	-----	-----	-----	-----	735	585	684	411	658	619	654

Annexe 2 : Liste des personnes contactées dans le cadre de l'enquête d'opinion sur l'efficacité et l'état d'avancement des réformes du système de santé algérien

Rachid Bougherbal (professeur CHU)
Mourad Boughrich(1942 pédiatre)
Boudjemaa mansouri (Médecin)
Abdelaziz Graba
Habib Douagui
Oufriha Fatima- zohra
Boulehbel Fadila
Saihi Abdelhak
Fellah Lezher
Mebtoul Mohamed
Tagguer Keddour
Jean paul Grangaud
Abdelhamid Aberkane
Fatma Zohra Fodil
Benanoun Fatima Zohra
Tarik Daho
Oussila Salmi
Chachoua Louiza
Ali ziani
Guettaf Lila
Zidouni Nourdine
Abdelhamid kernan
Zoulikha snouci
Aissa Bensedik
Abbes Ziri
Kaid Tilane Nouara
Kherbachi abdelhamid
Miloud keddar
Idir Mohamed
El hadi benzerroug
Aisssa bensedik
Mustapha Graba
Zoulikha snoussi
Larbi lamri
Abdelhamid kernane
Zehnati Ahcen
Farfara yacine
Farid chaoui

Mohamed Brahim Farouk
Kaoul meguenni
Kamel bournane
Boualem ouzriat
Abdelmalek serraï
Aissaoui Nawel
Ait ahmed Linda
Debzi Nabil
Boumaaza Nadir
Zidouni Noureddine
Mustapha semmoud
Abdellatif Keddar
Madjid Salim

Annexe 3 : Questionnaire d'enquête

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE**

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAÏA
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES
SCIENCES DE GESTION**

Enquête d'opinion sur :

**L'efficacité et l'état d'avancement des réformes du
*système de santé algérien***

Réalisée par Mahfoud Nacera

Sous la direction de Professeur Brahamia Brahim

Objectif du questionnaire :

Dans le cadre de préparation de Thèse de doctorat en Economie de la Santé et Développement Durable, nous nous adressons à vous pour vous demander de bien vouloir répondre à ce questionnaire, dans le but d'apprécier l'efficacité des réformes apportées à notre système de santé et d'envisager de nouvelles réformes dans l'objectif de remédier au dysfonctionnement soulevé notamment dans le secteur public.

Nous tenons à vous rassurer que les informations fournies ne seront utilisées que pour des fins scientifiques, et seront dans ce sens purement confidentielles.

N.B. : N'hésitez pas à rajouter vos commentaires pour chaque réponse. Vos remarques, vos critiques et vos propositions sont les bienvenues

Date effective de début de l'enquête : 05 juin 2015

Partie I : Signalétique

1- Age de l'interviewé :

2- L'interviewé est un : Homme Femme

3- Profession :

Partie II : Etat des lieux du système de santé algérien

1- Comment entrevoyez-vous l'organisation du système de santé algérien ?

2-D'après vous, quels sont les principaux problèmes du système de santé algérien Actuellement ?

Manque de financement Manque de personnel médical Mauvaise prise en charge par les organismes de la Sécurité sociale progrès technique non incorporé Autre

3-Que pensez-vous de la qualité générale des services du système de soins ?

Bonne moyenne Mauvaise

4-Pensez vous que la médecine gratuite en Algérie (dans le secteur public) peut être considérer comme une cause principale de dysfonctionnement du système de santé algérien ?

Oui Non

5- L'introduction des services de soins de proximité (abondant du secteur sanitaire en 2007) a t-il permis à votre Avis de :

Rapprocher les services de soins aux malades Améliorer l'organisation du système de soins un meilleur accès aux soins aucun changement

6-pensez -vous que l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins est possible grâce à une meilleure coordination entre le secteur public et privé ? : oui Non

7-La centralisation est- elle considérée comme un handicap pour l'amélioration du système de santé ? Oui Non

8- Etes-vous pour la décentralisation (régionale et locale) ? Oui Non

Partie III : La réforme du système de santé algérien

1-Que pensez vous des réformes apportées au système de santé algérien? (réforme hospitalière, réforme du système de sécurité sociale) ?

-Les réformes sont bien structurées -Les réformes répondent aux dysfonctionnements
- Les réformes ont été mal conçues - Autre
.....

2- A votre avis, les réformes apportées en Algérie visent à Améliorer :

- La qualité des soins? -L'accès aux soins ? -Maitrise des coûts ?
- Autre

3- Pensez vous que le contenu des réformes répond réellement aux objectifs tracés ?

-Oui -Non

4- Quelle est le degré de réalisation des objectifs de ces réformes, (ou les principaux acquis dans l'application de ces réformes) ?

.....
.....

5- Comment jugez- vous les résultats des réformes envisagées ?

Satisfaisants Faibles aucun changement

6- Penses-vous que le développement important du secteur privé de soins peut être un obstacle à la réussite des réformes ?

Oui Non

.....

7- Pensez-vous que les ressources humaines et financières mobilisées pour la réalisation des réformes sont suffisantes ? Oui Non

8- Le nombre d'infrastructures sanitaires a connu un accroissement important (Projet de réalisation de : 123 hôpitaux, 7 CHU, 22 centres anti-cancer,....., soit plus de 62 889 lits d'ici 2017),pensez vous que la réforme des infrastructures sanitaires consiste en l'augmentation de son nombre ?

Oui Non

9-Si vous proposeriez des réformes au système de santé algérien, elles seront axées sur :

La gestion Financement système d'information
Professionnels de la santé Autre

10-Si vous disposiez d'un financement additionnel, quel pourcentage de cette somme seriez-vous prêt à attribuer dans les différents domaines techniques suivants :

- a. Augmenter le forfait hospitalier ?
- b. Elargir la liste des médicaments remboursables ?
- c. Améliorer le système d'information ?
- d. Offrir de nouveaux services?

11-Pensez vous que le système de santé algérien répondra un jour aux ambitions des algériens en termes de soins ?

Oui Non

12-Quelles sont vos perspectives en termes d'amélioration de l'accès et de la qualité des soins en Algérie ?

Nous vous remercions pour votre collaboration

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

1. Brahamia B. : Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.
2. Brahimi A. : L'Economie algérienne, éd. OPU, Alger, 1991.
3. Destais N. : Le système de santé. Organisation et régulation, LGDJ, Paris, 2003.
4. Dormont B. : Les dépenses de santé, une augmentation salubre ?, Collection du Cepremap, Éditions rue d'ulm, Paris, 2009.
5. Hassenteufel P. et Hennon-Moreau S. : Concurrence et protection sociale en Europe, PUR, Rennes, 2003.
6. Lamri L. : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, éd. OPU, Alger, 2004.
7. Majnoni d'Intignano B. : Économie de la santé, Paris, PUF, 2001.
8. Majnoni d'Intignano B. : Santé et économie en Europe, PUF, « Que sais-je ? », Paris, 2009.
9. Martin C. : La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?, Res Publica, Rennes, 2003.
10. Oufriha F. Z. : Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie, éd. OPU, Alger, 1992.
11. Oufriha f. Z. : De réforme en réforme: un système de sante a la croisée des chemins, éd. cread, Algérie, 2006.
12. Oufriha F.Z. : Système de santé et population en Algérie, édition ANEP, Algérie,2002.
13. Palier B. : Gouverner la Sécurité sociale. Les transformations du système français de protection sociale depuis 1945, PUF, Paris, 2005.
14. Prieur C. : Financer nos dépenses de santé ; que faire, éd. L'Hamattan, Paris, 2011.

REVUES

1. Algerian Business Performance Review, n° 11, Algérie, 1^{er} trimestre 2017. International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences (IJMPS), Vol. 4, Issue 2, 2^{ème} trimestre 2014.
2. Bio santé info, n°24, 2^{ème} trimestre, 2010.
3. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2- 3, 10-14, 2007.
4. Bulletin de la Banque de France, n° 154, 4^{ème} trimestre, 2006.
5. Cahiers de recherche en politique appliquée, Vol. II, Numéro 3, 3^{ème} trimestre, 2009.
6. Cahiers du CREAD, n°35-36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre, 1993.
7. Chronique Internationale de l'IRES, n°91, 4^{ème} trimestre, 2004.
8. Journal d'Économie Médicale, Vol. 28, n°5, 3^{ème} trimestre, 2010.
9. Le magazine des assureurs-maladie suisses: Les différents systèmes de santé en Europe, n° 3, Avril 2010.
10. Les Cahiers du CREAD, volume 8, n°35, 1992.
11. Revue adsp n° 71 juin 2010.
12. Revue Cread, n°22, 1990.
13. Revue d'économie financière, n° 76, 2004.
14. Revue d'Economie et de Statistiques appliquées, Volume 13, numéro 1, Algérie, 4^{ème} trimestre 2016.
15. Revue de l'IRES, n° 30, 1999.
16. Revue de Gestion Hospitalière, 2^{ème} trimestre, 2000.
17. Revue des Sciences Économiques et de Gestion, n° 3, Université de Batna, 2004.
18. Revue des sciences Economiques et de gestion, n°07, 2007.
19. Revue des Sciences Économiques et de Gestion, n° 2, Algérie, 2003.
20. Revue des Sciences Humaines, n° 23, 4^{ème} trimestre, Biskra, 2011.
21. Revue des sciences humaines, 2^{ème} trimestre, n°31, Vol B, 2009.
22. Revue du CREAD, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres 1991.
23. Revue du CREAD, 1^{er} trimestre, 1988.
24. Revue du Secteur Public Marchand Industriel, n°1, 1^{er} trimestre, 2013.
25. Revue française d'administration publique, n° 76, 4^{ème} trimestre, 1995.
26. Revue française des affaires sociales, vol. 49, n° 4, 4^{ème} trimestre, 1995.
27. Revue les échos de la gestion hospitalière, n° 3, 1^{er} trimestre, 2011.
28. Revue médecine/sciences, n° 13, 1997.
29. Revue notes et document, numéro 25, 4^{ème} trimestre, 2005.
30. Revue rupture, transdisciplinaire en santé, n°1, 1994.
31. Revue santé conjugulée, n°29, 3^{ème} trimestre, 2004.
32. Revue santé publique et Sciences Sociales n°11 et 12, édition. Dar El Gharb, Oran, 4^{ème} trimestre, 2004.
33. Revue Santé Publique, n° 11, 2^{ème} trimestre, 1995.
34. Revue Savoir et Compétences, n° 4, 2006.
35. Revue Sciences Sociales et Santé. Volume 21, n°2, 2003.

THESES ET MEMOIRES

1. Ayadi I : Impact de la réforme d'assurance maladie en Tunisie sur l'offre et la demande des médicaments, Thèse de doctorat en Sciences Economique, Université de Sfax, 2009.
2. Brahamia B. : La dynamique du système de santé algérien : Bilan et perspectives, thèse de doctorat en Sciences Economiques université de Montpellier 1, France, 1991.
3. Behlouli Ahmed S. : La politique de santé en Algérie : Le cas de la wilaya d'Oran, mémoire de magister en sciences politiques et relations internationales, université d'Oran, 2012.
4. Chayata K : La prise en Charge des dépenses de santé par la solidarité Nationale : L'exemple du système tunisien d'assurance maladie, thèse de doctorat en Sciences de l'Homme des Organisations et de la Société, Université de Rennes, 2013.
5. Fellah L. : Etude exploratoire du système de prévention algérien : déterminisme et problématique, thèse de doctorat en Sciences Economiques, université de bordeaux, France, 1998.
6. Foudi B. : La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire de magister en Sciences Economiques, université de Béjaia 2011.
7. Huber H. : Vieillesse, dépenses de santé et inégalité de recours aux soins : Essai de micro-économétrie appliquée, thèse de doctorat en Economie, Université de Paris X, 2006.
8. Kaid Tlilane N. : Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Béjaïa, Thèse de doctorat d'Etat en Sciences économiques, université d'Alger, 2005.
9. Kara Terki A. : La régulation de l'offre dans le nouveau système de soin public, thèse de doctorat en Sciences Economiques, Université de Tlemcen, 2010.
10. Mahfoud N. : Essai d'analyse de la part des médicaments dans les dépenses de l'assurance maladie et le phénomène de déremboursement en Algérie : Cas de la wilaya de Béjaïa, mémoire de magister en Sciences Economiques, université de Béjaïa, 2009.

11. Souaidet T.: La réforme du système de santé américain, mémoire de master en Sciences Economiques et Gestion, université de Toulon Var, 2011.
12. Salmi.M. : Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic : Cas du secteur sanitaire de Larbaa -Nath-Iraten, mémoire de Magister, université de Tizi-Ouzou, 1999
13. Talahite F. : Réformes et transformations économiques en Algérie, mémoire d'habilitation aux recherches en Sciences économiques, université de Paris13, 2010.
14. Zehnati A. : Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie, thèse de doctorat en Sciences Economiques en cotutelle, université dijon et université Béjaia, 2014.

RAPPORTS

1. Association des médecins d'urgence du Québec: l'urgence d'agir pour sauver notre système de santé, mémoire déposé à la commission sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux, octobre 2000.
2. Ambassade de France en Algérie: Mission Economique, la santé en Algérie - MINEFI-DREE/TRESOR - octobre 2002.
3. BAFD : Perspectives économiques en Afrique, BAFD, 2008.
4. Commission Economique pour l'Afrique : Rapport économique sur l'Afrique 2011, Gérer le développement : Le rôle de l'État dans la transformation économique, CEA, 2011.
5. Conseil National de la Réforme hospitalière: Rapport préliminaire : les préalables et les actions urgentes, MSPRH, 2002.
6. Cnas: la réforme de la sécurité sociale. In : <http://www.cnas.dz/SiteFrancais/index.php?p=reformes>.
7. Cnes : Rapport de Conjoncture Economique et Sociale, Cnes, 2015.
8. CNAM : Réforme des régimes de l'assurance maladie en Tunisie : Défis et perspectives, CNAM, 2012. In : <http://www.cnam.nat.tn/>

9. Duhamel G.: Le système de santé et d'assurance maladie américain : Action avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire, rapport de l'inspection générale des affaires sociales, n° 73, Avril 2002.
10. Dress : Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence, Dress, 2005.
11. Drees: Les systèmes de santé: danois, suédois et finlandais, décentralisation, réformes et accès aux soins, n°214, Janvier 2003.
12. Direction de la Planification et des Ressources Financières: le financement des services de base: quels enseignements fournissent les comptes nationaux de la santé, DPRF, Maroc, 2003.
13. DSP : point de situation, DSP, 2010.
14. Direction du Médicament et de la Pharmacie: La protection juridique du consommateur du médicament au Maroc, D.M.P., 2009.
15. Groupe de la Banque Africaine de Développement : Algérie : revue de l'expérience de la banque en appui à l'ajustement structurel, GBAD, 2003.
16. Institut de Recherche en Santé Publique: Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français, n° 13, juin 2011.
17. IREF : Réformer et améliorer le système de Santé grâce au privé et à la concurrence La France face aux exemples allemands, suisses et néerlandais, IREF, Octobre 2013.
18. IPEMED : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, défis nationaux et enjeux partagés, IPEMED, Avril 2012.
19. INPS : Enquête nationale de santé par sondage, INPS, 1990.
20. Insee : Situation sociale des pays européens depuis le début de la crise, Insee, 2015.
21. Institut de recherche en santé publique: Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français, n° 13, juin 2011.
22. IRDES: données de cadrage: Les ALD, Mars 2012.
23. IRDES : dépenses de santé, 2011.
24. Kaid Tlilane N. : L'impact de la crise économique sur la situation sanitaire des enfants : Cas de la wilaya de Béjaïa, Projet de recherche, université de Béjaïa, 2000.
25. Laid Y. : Dialogue national et international sur le changement climatique, secteur clé : Santé , Algérie, PNUD, 2010.

26. Le Gouvernement Algérien: Rapport national sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Juillet 2005. Algérie.
27. Le gouvernement Algérien, 2eme Rapport Nationale sur les objectifs du Millénaire pour le développement, Septembre 2010.
28. La documentation française : Le système de santé britannique, 2007. In : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-europe/grande-bretagne>.
29. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. : Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie, MTESS, 2011.
30. Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports : Le nouveau système de soins de santé des Pays-Bas Durabilité, solidarité, choix, qualité, efficacité, MSBES, 2015.
31. Ministère de la Santé : L'expérience de contractualisation au Ministère de la santé – Maroc, MS, Juin 2006.
32. MS: Reforme de santé, Partenariat et intersectorialité , Cas du Maroc, MS, Juin 2006.
33. MSP : Statistiques Sanitaires Annuelles, Ed. 1996, 1997 et 1998.
34. MSPRH : Population et développement en Algérie, MSPRH, 2003.
35. MSPRH : Causes médicales de décès en Algérie 2007-2008, MSPRH, 2008.
36. MSPRH, INSP : Causes médicales de décès- Algérie pour 2013, Algérie, Mai 2015.
37. MSPRH : Plan strategique national multisectoriel de lutte intégrée contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles 2015 -2019, MSPRH. In : https://extranet.who.int/ncdccs/Data/DZA_B3_plan%20strat%C3%A9gique_MNT2015-2019.pdf.
38. MSPRH : projection du développement du secteur de la santé : perspective décennale, MSPRH, 2003.
39. MSPRH : Direction prévention, Services maladies transmissibles. In : <http://www.sante.gov.dz/index.php/2-non-categorise/22-prevention>.
40. OCDE : Panorama de la santé, OCDE, Paris, 2007, 2008 et 2009.
41. OCDE : Etudes économiques de l'OCDE : Réforme des soins de santé et soins de longue durée aux Pays-Bas, OCDE, Juin 2012.
42. OMS: The World Health Report, OMS, 2000.

43. OMS: stratégie OMS de coopération avec les pays, OMS, 2002.
44. UNOP : La facture d'importation des médicaments explose, UNOP, 2015.In : www.unop-dz.org.
45. Vivre Ensemble Education: Les systèmes de santé en Europe, 2010.

ARTICLES

1. Achouri H. : L'Assurance Maladie en Tunisie : Situation Actuelle Perspectives de Réforme, Avril 2004.
2. Aguercif M. et Aguercif Meziane F. : Le système de santé publique en Algérie, évaluation de 1974-1989 et perspectives, les cahiers du CREAD, volume 8, n°35, 1992.
3. Azzouzi I. : La santé au Maroc : situation actuelle et déficits,2014.In : http://ensp.sante.gov.ma/Manifestations_scientifiques/Seminaires/Documents/seminar_ehealth_20141204/Session1/3-Idrissi-Azzouzi-SG-HMM.pdf.
4. Abid L. : L'offre de soins dans les différentes régions d'Algérie en 2014.In : http://www.santemaghreb.com/algerie/pdf/poivue_86.pdf.
5. Beghriche M. : Le système de santé en Algérie : Analyse et commentaires sur l'organisation de l'offre de soins, Congrès Maghrébin de pédiatrie, Casablanca, 13, 14, 15 Octobre 2011.
6. Berthod-Wurmser M. : Régulation et réformes de la protection maladie en Europe, Revue française d'administration publique, n° 76, octobre-décembre 1995.
7. Boulahbel B. : L'Algérie de demain : relever les défis pour gagner l'avenir, Besoins sociaux à l'horizon 2025.
8. Brahamia B. : Transition sanitaire en Algérie et défis de financement de l'assurance maladie, Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, 18 – 19 Janvier 2014.
9. Brahamia B. : La santé entre économie et médecine, revue des sciences humaines, n° 10, 4^{ème} trimestre, université de Constantine,1998.
10. Bertrand.D. : Consommation médicale et économie de la santé » in : Revue du praticien, n°53, Paris, 2003.

11. Berman Peter A. : Health sector reform in developing countries : Making health development sustainable. HSPH, Harvard university press, 1995.
12. Bouazziz K. : La santé de la population âgée de 60 ans et plus en Algérie ; Caractéristiques et déterminants, Revue des sciences de l'homme et de la société, n°7, 3^{ème} trimestre, Algérie,2013.
13. Bouthevillain C. et de Hervé K.: La croissance tendancielle des dépenses de santé : un problème sensible pour les finances publiques des pays développés, Bulletin de la Banque de France ,n° 154, Octobre 2006.
14. Benzerroug E. : les éléments critiques à considérer dans la réforme d'un système de santé, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.
15. Chambareaud S., lequet-Slama D. : le système de santé américain,adsp, n° 36,2001.
16. Chachoua L : Le système national de santé, 1962 à nos jours, Colloque International sur les Politiques de Santé, Alger, 18 et 19 Janvier 2014.
17. Chaoui F. : Quel système de santé pour l'Algérie, 2013.In :www.santémg-dz.com.
18. Cheriet f. : Effet de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé : quelques difficultés méthodologiques en matière d'évaluation. In : Oufriha F. Z. : De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd. cread, Algérie, 2006.
19. Cancer en Algérie : les chiffres inquiétants d'Oxford Business Group.In : <http://www.algeriepatriotique.com/article/cancer-en-alg%C3%A9rie-les-chiffres-inqui%C3%A9tants-d%E2%80%99oxford-business-group>.
20. Cohu S. et alii : Pays-Bas, une réforme du système de santé fondée sur la concurrence et la privatisation, Revue française des affaires sociales (n° 2-3), 2^{ème} trimestre, 2006.
21. Desjourdy A.: Les réformes de santé en Suède : quelles leçons pour le Québec ?, Cahiers de recherche en politique appliquée, Vol. II, Numéro 3, 3^{ème} trimestre, 2009.
22. Destexhe A. : Crise économique et financement de la santé. In : <http://www.politique-africaine.com/numeros/pdf/028053.pdf>

23. Drucker J.: La réforme de la santé aux États-Unis, adsp n° 71 juin 2010.
24. Guezguez K. : La mise à niveau: Un levier durable pour l'amélioration de la qualité des soins, revue les échos de la gestion hospitalière, n° 3, 1^{er} trimestre, 2011.
25. Guettaf L. , Foudi B. : La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, Revue des Sciences Humaines , n° 23, 4^{ème} trimestre, , Biskra, 2011.
26. Guillermou Y. : Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne. Revue Sciences sociales et santé. Volume 21, n°2, 2003.
27. Grignon M. : Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, Questions d'économie de la santé, CREDES, n° 66, mars, Paris, 2003.
28. Grignon, M.: La question de la régulation des dépenses : approche 'économique' Revue Française des Affaires Sociales n° 2-3,4^{ème} trimestre 2006.
29. Gerdtham G. : The determinants of health expenditure in the OECD countries, In: Health, the Medical Profession, and Regulation, 1992, In:books.google.tn
30. Hassenteufel P. et Palier B.: Comparing health insurance reforms in bismarckian countries Towards neo-bismarckian health care states? ,Social Policy and Administration, vol. 41, n° 6, , 2007.
31. Hazim J.: Reforme de santé et Partenariat et intersectorialit Partenariat et intersectorialité : Cas du Maroc, Bruxelles les 25 et 26 juin 2006 Bruxelles les 25 et 26 juin 2006. In : http://ec.europa.eu/health/ph_international/int_organisations/docs/ev_20070625_co15_en.pdf
32. healthnet : Le médicament en Algérie, 2006. In : <http://list.healthnet.org/mailman/listinfo/e-med> .
33. Husson M.: Mexique: Les deux faces de la réforme de la santé, Chronique Internationale de l'IRES, n°91, 4^{ème} trimestre, 2004.
34. Iddiri M. : Le secteur national de santé : malade de ses ressources humaines, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.

35. Immergut E. : Le système de santé allemand : impasse ou révolution ?, carnet de santé de la France, 2009. In : www.sowi.hu-berlin.de/de/lehrebereiche/comppol/publ/pdfs/EMI2009.
36. Kaddar M. et Chougrani S : Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, Journal d'Économie Médicale, vol. 28, n°5, 2010.
37. Kaddar M.: Les réformes des systèmes de santé dans les pays en développement quels enseignements tirés des expériences des dix dernières années. In: http://www.sante.gov.ma/smsm/cmm_web/les_reformes_des_systemes.htm.
38. Kaid Tlilane N. : Crise économique et état de santé des enfants algériens, Revue santé conjugulée, n°29, 3^{ème} trimestre, 2004.
39. Kaid Tlilane N. : La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : Enjeux et Perspectives Séminaire international : L'administration publique en Algérie ; entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation Regards croisés sur les bonnes pratiques Internationales, Constantine, 28-29 Avril 2014.
40. Kaid Tlilane N. : Quelle réforme pour les pays en développement, 1^{er} colloque International d'économie de la santé : Gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou revenue intermédiaire, université de Béjaïa, 13,14,15 Novembre 2009.
41. Kaid Tlilane N. : Les déterminants de la mortalité des enfants d'âge préscolaire en Algérie, revue Sciences Humaines, n° 23, 2^{ème} trimestre, 2003.
42. Kaid Tlilane N., Cheyfa T.: La contractualisation externe dans les hôpitaux publics en Algérie : enjeux et perspectives, revue Economie et société, n° 10, Algérie, 2014.
43. Kaddar M. : Agenda de recherche en économie de la santé en Algérie : 14 questions a l'ordre du jour, revue cread, 1^{er} trimestre, 2017.
44. Kober-Smith A. : Le système de santé anglais à l'épreuve des réformes managériales, Presses universitaires de Rennes, 2010. In : www.pur-editions.fr.
45. Lacronique J.F. : La réforme du système de santé américain : Analyse des causes d'un échec définitif, revue Santé Publique, n° 11, 2^{ème} trimestre, 1995.
46. Lamri L., Brouri M. : Le système de contractualisation, une alternative au secteur, conférence sur l'économie de la santé, faculté de médecine, Alger, Janvier 2016. In :

<https://fibladi.com/index.php/actualit%C3%A9/sant%C3%A9/item/468335-le-syst%C3%A8me-de-contractualisation-une-alternative-au-secteur>.

47. Lamri L. : Changeons le système de santé algérien, revue savoir et compétences, n° 4, 2006.
48. Lamri L. In : <http://www.reporters.dz>.
49. Lange B.-P.: La réforme du système de santé en Allemagne, CERFA(Comité d'Etudes des Relations Franco-allemandes), n° 32, Avril 2006.
50. L'horty et Alii. : Expliquer la croissance des dépenses de santé: le rôle du niveau de vie et du progrès technique, revue Economie et Prévision, vol126, n° 3-4,1997.
51. Lardellier R. et Alii : un outil pour l'étude des dépenses de santé et des « restes à charge » des ménages : le modèle omar, revue Economie et Statistique n° 450, 2011.
52. Massy P., Vinchon T., Beratto L.: Algérie-Tunisie : Les systèmes de santé publique vont craquer.In : www.1538mediterranee.com/2018/03/27/algerie-tunisie-les-systemes-de-sante-publique-vont-craquer/
53. Mackenbach John, et al.: Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries, The New England Journal of Medicine,2008.
In: www.nusap.net/spe/mackenbach_overview%.pdf.
54. Mahfoud N., Brahamia B., Coppieters Y.: Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie, Algerian Business Performance Review, n° 11, Algérie, 1er trimestre 2017.
55. Mahfoud N. et Brahamia B. : Evaluation de la part des dépenses pharmaceutiques dans les dépenses d'assurance maladie en Algérie.
Séminaire national sur l'évaluation économique en santé .2012.
56. Mahfoud N., Brahamia B. : Impact de vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : projection à l'horizon 2060, revue d'Economie et de Statistiques appliquées, Volume 13, numéro 1, Algérie, 4ème trimestre 2016.
57. Mahfoud N., Brahamia B. : The problems of Funding the health system in Algeria, International Journal of Medicine and Pharmaceutical Sciences (IJMPS), Vol. 4, Issue 2, 2ème trimestre 2014.

58. Maire B. : l'essor des maladies chroniques liées à l'alimentation dans les pays du sud : Le cas du Maghreb. Journée scientifique « de l'assiette au champs », Montpellier, 22 octobre, 2009.
59. Martin J.: Le rôle des solutions technologiques intégrées dans la réforme du système de santé, In Sysco système: le secteur public de demain, février 2011.
60. Mebtoul A. : Le système de soins en Algérie : 1962-2012, de l'étatisation à son éclatement In : <http://www.djazairess.com/fr/lqo/5173014>.
61. Mebtoul M. : Une anthropologie de la proximité, les professionnels de la santé en Algérie, l'Harmattan, Paris, 2004.
62. Mebtoul A. :50 ans de bilan de l'économie algérienne 1963/2012. In : <https://www.reflexiondz.net/50-ans-de-bilan-de-l-economie->
63. Ministère de l'Industrie, de la Petite et Entreprise et de la Promotion de l'investissement, revue du Secteur Public Marchand Industriel, n°1, 1^{er} trimestre, 2013.
64. Molinier L. : Le système hospitalier Français.In : http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf .
65. Moreau Y. : Dépense de santé, un regard international, La Documentation française, Paris, 1992.
66. Nabni : Cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020, Chapitre Santé, Nabni, 2013.In : <http://www.nabni.org>.
67. Oufriha F. Z. : Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins, revue Cread, n° 27/28, 3^{ième} trimestre 1991.
68. Oufriha F.Z. : Crise PAS et santé des enfants en Algérie, Cread, Alger. In : Oufriha F. Z. ; De réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, éd.cread, Algérie, 2006.
69. Oufriha F.-Z. : Essai d'analyse sur le système de soins en Algérie, revue du CREAD, 1er trimestre, 1988.
70. Oufriha F.Z.: La contractualisation : mode de gestion et mode de financement, 1^{er} colloque International d'économie de la santé : Gestion et réforme hospitalière dans les pays en développement ou revenu intermédiaire, 13,14,15 Novembre 2009, université de Béjaïa.

71. Oufriha F.Z. : La difficile structuration du système de santé en Algérie, quels résultats ?, cahiers du CREAD, n°35-36, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre, 1993.
72. Oufriha F.Z. : La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement. In : Oufriha F. Z. : Transition et système de santé en Algérie, éd. cread,Algérie, 2008.
73. Oufriha F.Z. : Les réformes du système de santé en matière de financement. In : de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, cread, 2006.
74. Oufriha F.-Z. : Les réformes du système de santé en matière de financement revue du CREAD, 2009.
75. Oufriha F.-Z. : Le système de santé dans le monde, Revue du CREAD, 3ème et 4ème trimestres 1991.
76. Oufriha F.-Z. : L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie, revue du CREAD, n°13, 1er trimestre 1988.
77. Oufriha F. Z. : médecine gratuite, forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'Etat socialo-providence en Algérie, revue cread, n°22, 1990.
78. Oufriha F.Z. : PAS, Maîtrise des dépenses et équité au sein du secteur de soins, revue efficacité, versus équité dans les politiques sociales, édition Harmattan, Paris, 2000.
79. Petkantchin V.: La réforme de la santé aux Pays-Bas,Note économique de l'IEM,Juin 2010.In: http://www.institutmolinari.org/IMG/pdf/note0610_fr.pdf .
80. Petkantchin V. : Les limites des systèmes de santé étatisés : l'exemple suédois, Note économique de l'IEM, Décembre 2012.In : <http://www.institutmolinari.org/>.
81. Pouvourville haire G. : L'accès au remboursement et médicament, ESSEC, 20^{ème} journées pharmaceutiques nationales, Algérie, 20 avril 2011.
82. Pouvourville G. : Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas La mise en œuvre de la Tarification à l'Activité, Revue économique – vol. 60, N° 2, 1^{er} trimestre, 2009.
83. Rochaix L., Jacobzone S. : L'hypothèse de demande induite : un bilan économique, revue Economie et prévisions, vol 123, n° 3,1997.
84. Roussillon L. : Le système de santé –qualité de soins-, février 2003.

85. Rodwin V. : La santé à la une, cinq ans après la réforme, revue les tribunes de la santé n° 47 , troisième trimestre, 2015.
86. Saltman R.B., Figueras J. : European Health care reform : Analysis of current strategies. WHO, Regional Publications, European Series, N° 7.1997.
87. Souki M., Boughanem : Les ressources humaines et les réformes sanitaires en Algérie, Journée d'étude sur le système de santé algérien à l'épreuve de la transition plurielle, Alger, 03 Mai 2015.
88. Touaïbia R. : Maladies Chroniques Non Transmissibles : Plaidoyer pour la prévention. In : www.sahtek.net.
89. Tunstall L. : fiche d'information : Le système de santé des Pays-Bas, 2014. In : <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/21543>.
90. Vijay Rao et Lori Ashford : La réforme du secteur de la santé : comment elle affecte la santé reproductive, 2003. In, http://www.prb.org/pdf/HealthSectorReform_Fr.pdf.
91. Zehnati A : Fin de la gratuité des soins, 2015. In : Forumdesdemocrates.over-blog.com.
92. Zehnati A. : L'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie. In : http://www.erudite.univ-paris-est.fr/evenements/colloques-et-conferences/atm-2013-communications-full-papers/?eID=dam_frontend_push&docID=25298.
93. Zemouri M. : La portée du succès du post-ajustement dans le cas de l'Algérie, Laboratoire d'Étude des Économies Maghrébines) Faculté des Sciences Économiques et des Sciences de Gestion université de Batna, Revue des Sciences Économiques et de Gestion, n° 2, Algérie, 2003.

SITES INTERNET

www.banquemonddiale.org.

www.mtess.gov.dz.

www.oms.dz.

www.ons.dz.

www.santemaghreb.com.

www.sante.gov.dz/.

www.unop.dz

www.cnas.dz

SOMMAIRE

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
LISTE DES ABREVIATIONS	III
PLAN	IV
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I: ETAT DES LIEUX DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : EVOLUTION, ANALYSE ET EVALUATION	9
INTRODUCTION	9
I-ANALYSE DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : REVUE DE LITTERATURE ..	9
II- ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : L’OFFRE DE SOINS	16
1-Les principales étapes de l’évolution du système de santé algérien	16
1.1-Le processus d’évolution du système de santé algérien depuis 1962	16
1.1.1- La première phase de 1962 à 1973	16
1.2.2-La deuxième phase s'ouvre en 1973.....	17
1.2.3-La troisième phase s'ouvre en 1980.....	17
1.2.4-La quatrième phase à partir de 1987	18
1.2.5- Les nouveaux défis du système de santé algérien.....	19
2- Organisation du système de santé algérien	20
2.1- Organisation administrative.....	20
2.2- L’offre de soins	21
2.2.1- Les infrastructures sanitaires.....	21

A- La structure du secteur sanitaire public.....	22
B- Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS).....	23
C- Les centres hospitalo-universitaires (CHU).....	23
D- Le secteur parapublic	23
E - Le secteur privé	23
2.2.2- La couverture sanitaire par le personnel médical.....	26
A- La couverture sanitaire par les médecins	26
B- L'encadrement par les dentistes.....	27
C- Les pharmaciens.....	28
2.3- Le système de sécurité sociale algérien.....	29
3- Le financement du système de santé algérien.....	30
4- La consommation de médicaments en Algérie.....	33
4.1- Les facteurs de variation de la consommation médicamenteuse	33
4.2- Evolution de la consommation de médicaments en Algérie.....	34
III- EVALUATION DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN A TRAVERS LES INDICATEURS DE SANTE : ETUDE COMPARATIVE AVEC LES PAYS DU MAGHREB	40
1-L'Espérance de vie.....	41
2- Taux de natalité brut pour 1000 naissances.....	43
3-Taux de mortalité.....	43
4- Taux de mortalité infantile.....	44
5- Le taux de la couverture hospitalière.....	46
CONCLUSION.....	48
CHAPITRE II : CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN DANS SA TRANSITION	49
INTRODUCTION.....	49

I-TRANSITION ECONOMIQUE ET IMPACT SUR LE SYSTEME DE SANTE.....	49
1-Caractéristiques du système de santé algérien en période de crise économique.....	49
1.1- La crise économique et ralentissement du financement du système de santé algérien.....	50
1.2- Crise d'endettement et début de libéralisation du système de santé.....	53
1.2.1- Le PAS et la problématique des dépenses de santé.....	53
1.2.2-Programme d'ajustement structurel et passage à l'économie de marché	54
A- Les implications du PAS sur la situation sanitaire en Algérie.....	54
B- Les principaux résultats macro-économiques du PAS et leurs mpacts sur le système de santé.....	57
2- Caractéristiques du système de santé avec l'amélioration de la situation financière.....	58
2.1- Résultat de la première période de la crise économique.....	58
2.2- Résultat de la deuxième période de la crise économique.....	60
II- LA LIBERALISATION DU SECTEUR PRIVE DES SOINS EN ALGERIE	61
1- L'impact de la politique de la gratuité des soins sur le système de santé algérien.....	58
2- Extension du secteur privé des soins en Algérie : résultat de l'ouverture sur le marché	63
• Les causes du recours vers les soins dans le secteur privé.....	64
3- les nouveaux défis du système de sante algérien à l'ère de la transition à l'économie du marché	66
CONCLUSION.....	67
CHAPITRE III : ETUDE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....	69
INTRODUCTION	69

I-LES FAIBLESSES DU SYSTEMES DE SANTE ALGERIEN.....	70
1-Difficultés rencontrées dans le secteur public de soins	70
1.1-L'organisation du système de santé et la hiérarchisation des soins.....	70
1.2- Manque de moyens financiers	70
1.3-Endettement des établissements de la santé	72
1.4- Nombre insuffisant de spécialistes.....	74
1.5-Equipement médical	74
1.6- Offre des prestations de soins et relation entre médecin et malade.....	75
1.7-Les ruptures en médicaments et consommables	75
1.8-L'insuffisance de la maintenance.....	75
2- Difficultés rencontrées dans le secteur privé de soins	76
II- ANALYSE DES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....	77
1- Evolution des dépenses de santé.....	78
1.1-Les dépenses de santé en % du PIB.....	78
1.2-Evolution des dépenses de santé publiques et privées en Algérie.....	79
1.3- Comparaison des dépenses de santé par habitant dans les pays de Maghreb.....	80
2-La dimension démographique	82
2.1- Evolution de la population algérienne	82
2.2-Les caractéristiques de la transition démographique	84
2.2.1-Les avantages de la transition démographique	84
2.2.2-Les contraintes de la transition démographique.....	85
2.3- Les causes de l'accroissement démographique en Algérie.....	86
2.3.1- Le Recul de l'âge de mariage	86

2.3.2- Augmentation des revenus et l'amélioration du niveau de vie	87
2.3.3-Baisse de taux de chômage (augmentation de la population occupée).....	90
3-Le vieillissement de la population	91
3.1- Etude de l'impact du vieillissement futur de la population algérienne sur les dépenses de santé : projection à l'horizon 2060	92
3.1.1-Méthodologie.....	92
• La projection de la population par tranche d'âge.....	92
• Projection des dépenses de santé des personnes âgées	93
3.1.2- Résultats et discussion.....	93
• Projection de la population algérienne	93
• Le vieillissement prévisible en Algérie	94
3.2- Etat de santé des personnes âgées.....	94
• Quelles sont les conséquences du vieillissement sur les dépenses de santé à l'horizon 2060 ?.....	95
4-La situation épidémiologique.....	96
4. 1- Les facteurs susceptibles d'influencer l'état de santé des algériens	96
4.1.1- Les facteurs démographiques	96
4.1.2- Les facteurs économiques	96
4.1.3- Les facteurs environnementaux.....	97
4.1.4- Données sociétales	97
4.2- Analyse de la situation épidémiologique en Algérie	98
4.2.1- Les maladies transmissibles.....	98
4.2.2- les maladies chroniques.....	100
5-La gratuité des soins	101
6-La prise en charge des malades par les organismes de la sécurité sociale.....	101
6.1-Evolution de nombre d'assurés sociaux	102
6.2-Le financement des hôpitaux par le forfait hospitalier.....	103

6.4- Les transferts pour soins à l'étranger	104
8-Le progrès technologique	105
CONCLUSION	106
CHAPITRE IV : EXPERIENCE DE QUELQUES PAYS EN TERMES DE REFORMES DE LA SANTE	107
INTRODUCTION	107
I- DEFINITION ET ELEMENTS DE REFORME D'UN SYSTEME DE SANTE	108
1- Définition du concept réforme.....	108
1.1-Définition de la réforme.....	108
1.2-Adoption du concept en Economie de la santé	108
1.3- Composantes de la réforme du secteur de la santé	110
2- Pourquoi et comment réformer un système de santé	110
2.1- Limiter l'augmentation des dépenses publiques	111
2.1.1- Les dépenses de santé augmentent plus vite que les recettes	111
2.1.2- La situation économique européenne	113
2.2- Les facteurs d'augmentation des dépenses de santé.....	114
✓ Le financement des dépenses publiques	116
✓ Libéralisation plus large des systèmes.....	116
2.2.1- l'augmentation de la demande de soins	117
2.2.2-L'influence de l'offre de soins	121
2.3 Différents modèles de régulation de l'offre de soins.....	124
2.3.1-Négociation, marché ou Etat ? Les modèles nationaux de régulation.....	124
A- La régulation négociée allemande	124
B- La régulation par le marché	124

C-La révolution étatique	125
II- PRESENTATION DES PRINCIPALES REFORMES DE LA SANTE MENEES DANS LE MONDE.....	126
1- caractéristiques des systèmes actuels	126
1.1- Le modèle « public intégré ».....	126
1.2- le modèle de « contrat public ».....	126
1.3- Le modèle de « remboursement ».....	127
2- Présentation et fonctionnement de quelques systèmes de santé.....	128
2.1 La France.....	128
2.2. Les Pays-Bas.....	128
2.3- Le Royaume-Uni.....	129
2.4 La Suède	130
3- Caractéristiques des réformes des systèmes de santé.....	130
3.1- Le recours à la concurrence	131
3.2-La décentralisation	131
4- Présentation des réformes	132
4.1- Du marché dans les systèmes nationaux de santé	132
4.1.1-Les réformes Britanniques	132
4.1.2- Le cas suédois	135
4.2-La régulation coûteuse et inégalité du marché américain.....	137
4.3- La mise en concurrence des caisses d'assurance maladie	139
4.3.1- Les réformes allemandes	140
4.3.2- La double mise en concurrence aux Pays-Bas	143

5- Avantages et inconvénients des réformes des systèmes de santé	145
III- Présentation des réformes des systèmes de santé Tunisien et Marocain	145
1-La réforme de santé au Maroc.....	146
1.1- Cadrage stratégique de la réforme du système de santé au Maroc.....	146
1.1.1- La séparation entre financement et production de soins : la réforme du financement	146
1.1.2- La séparation entre tutelle et management des établissements : La décentralisation de la gestion.....	146
1.1.3- Le renforcement de la fonction de régulation	147
1.2- Les choix stratégiques des réformes	148
2- La réforme du système de santé Tunisien.....	150
2.1 Objectif de la réforme d'assurance maladie.....	151
2.2 L'application de la réforme	152
2.2.1 La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)	152
2.2.2 Les principales modalités de la réforme de l'assurance maladie	153
CONCLUSION	154
CHAPITRE V : BILAN DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN : ET MODELISATION DES DEPENSES DE SANTE.....	156
INTRODUCTION.....	156
I- PRESENTATION ET ANALYSE DES REFORMES DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN.....	156
1- La réforme hospitalière.....	156
1.1-La définition de la réforme hospitalière.....	156
1.2- Les objectifs de la réforme hospitalière	157

1.3-Le contexte de la réforme hospitalière.....	157
1.4- Contenu des dossiers de la réforme hospitalière.....	157
1.4.1- Le dossier 1: Structures hospitalières	157
1.4.2- Le dossier 2 : Financement	157
1.4.3- Le dossier 3 : Besoins de santé et demande de soins	157
1.4.4- Le dossier 4 : Ressources matérielles	158
1.4.5-Le Dossier 5 : Ressources humaines.....	158
1.4.6- Le dossier 6 : Inter-sectorialité	158
1.5-Analyse des dossiers de la réforme hospitalière	158
1.6- Les causes de dysfonctionnement et de la non réussite de la réforme.....	160
1.6.1- Problèmes de gestion	160
1.6.2-Problèmes d'organisation	160
1.6.3 -Problèmes de fonctionnement	160
1.6.4-Problèmes de planification	161
1.6.6-Problèmes d'Information et de Communication	161
2-La réforme du financement du système de santé: Introduction de la contractualisation.....	161
2.1- Définition de la contractualisation	161
2.2-Objectifs de la contractualisation	162
2.3- L'utilité de la contractualisation.....	162
2.4- Historique et évolution du processus de contractualisation.....	162
2.5- Résultats de la contractualisation.....	165
3- Les réformes du secteur de la Sécurité Sociale.....	166
3.1- Réformes du dispositif législatif	166

3.2-Réalisations dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations.....	167
3.3- Réalisations dans le cadre de la modernisation	168
3.4- L'introduction du système de la carte électronique de l'assuré social « CHIFA »	168
3.4.1-Etapes de la mise en place de la carte CHIFA	168
3.4.2 Situation du système CHIFA	168
3.4.4-Adaptation des procédures de contrôle médical.....	169
3.5- Préservation des équilibres financiers des organismes de sécurité sociale.....	169
3.5.1-La réforme des instruments de recouvrement des cotisations de sécurité sociale	169
3.5.3- Rationalisation des dépenses de l'assurance maladie	169
3.6- Evaluation des activités des Centres régionaux d'imagerie médicale.....	170
3.7- Opération de dépistage précoce du cancer du sein.....	171
3.8-Signature d'une convention entre la CNAS et la CASNOS.....	171
4- Analyse des réformes et principales critiques adressées	172
II- LES LIMITES DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE ALGERIEN ET DES REFORMES APPORTEES A TRAVERS LES OPINIONS DE CERTAINS AUTEURS RECUEILLIS PAR UNE ENQUETE D'OPINION	
1-Présentation et déroulement de l'enquête	174
2-Objectif de l'enquête.....	174
3-La méthode d'enquête.....	174
4-La taille de l'échantillon	174
5- Dépouillement des questionnaires.....	175
6- Analyse et interprétation des résultats.....	175
6.1- Présentation de la qualité des répondants.....	175

6.2-Exploitation des résultats de l'enquête.....	177
6.2.1- Réalité du système de santé algérien.....	177
A- Une forte inquiétude à l'égard du système de santé actuel.....	177
B- Une opinion mitigée concernant les contraintes du système de santé algérien.....	178
C- Evaluation de la qualité des soins.....	179
D- Le rôle de la médecine gratuite dans le dysfonctionnement du système de santé algérien.....	180
E- Insatisfaction des spécialistes à l'égard de la nouvelle organisation des soins.....	180
F- Nécessité de la coordination entre le secteur public et privé.....	181
G- La centralisation : un handicap pour l'amélioration du système de santé algérien.....	182
6.2.2- Vérité des réformes du système de santé algérien engagées.....	183
A- Opinion unanime sur les réformes apportées au système de santé algérien.....	183
B- Etat d'avancement des réformes.....	184
C- Le développement important du secteur privé : un obstacle à la réussite des réformes.....	185
D- Les ressources déployées pour la réussite des réformes.....	186
E- Le souhait de réforme : pour une adaptation du système de santé plutôt que pour une multiplication des infrastructures.....	187
F- Axes de réformes proposés.....	188
7- Perspectives de réforme du système de santé algérien et recommandation.....	189
7.1- Donner plus d'autonomie aux structures de santé publiques	189
7.2- Personnel médical	190

7.3- Mise en place d'une nouvelle carte sanitaire	190
7.4-Equipement médical	190
7.5-Produits pharmaceutiques	190
7.6-Nomenclature des actes	190
7.7-Accès aux soins	190
7.8-Qualité des soins.....	190
7.9-Financement	190
7.10-Système d'information	191
7.12-Secteur privé	191
III-MODELISATION DES DETERMINANTS DES DEPENSES DE SANTE EN ALGERIE	192
1-Méthodologie de recherche	192
2-Les variables	193
2.1- Variable endogène.....	193
2.2- Variables exogènes	193
3- Analyse à Composantes Principales (ACP).....	194
4.- Base théorique du modèle	196
5- Résultats de l'estimation du modèle et interprétations	198
6- Contraintes et limites de l'étude	201
CONCLUSION.....	201
CONCLUSION GENERALE.....	202
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	208
ANNEXES.....	212
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	219
SOMMAIRE.....	234

RESUME

Le système de santé algérien a connu des changements importants depuis plus de deux décennies en raison de la triple transition économique, épidémiologique et démographique.

A travers cette thèse, plusieurs dysfonctionnements ont été décelés à savoir : problèmes de gestion, vétusté et manque d'équipement au niveau des structures de santé publiques, insuffisance de spécialistes, endettement des hôpitaux, manque de moyens financiers et de coordination entre les secteurs public et privé.

L'objectif de cette thèse est de cerner les faiblesses du système de santé algérien tout en s'intéressant aux différentes réformes mises en place par les pouvoirs publics afin de remédier aux dysfonctionnements. Elle a également tenté d'analyser et d'évaluer les réformes apportées telles que : la contractualisation, la réforme hospitalière et la réforme de la sécurité sociale.

La problématique majeure du système de santé algérien est l'accroissement des dépenses de santé. A travers cette étude, nous avons tenté de modéliser les principaux facteurs déterminants de ces dépenses. Les résultats indiquent que l'offre de soins a un impact direct sur l'accroissement des dépenses de santé en Algérie.

ABSTRACT

The Algerian health system has undergone significant changes for more than two decades due to the triple transition: economic, epidemiological and demographic.

Through this thesis, several dysfunctions have been detected namely: management problems, obsolescence and lack of equipment at the level of public health structures, lack of specialists, hospital debt, lack of financial resources and coordination between the public sector and private.

The aim of this thesis is to identify the weaknesses of the Algerian health system while focusing on the various reforms put in place by the public authorities to remedy the dysfunction of the system. We also tried to analyze and evaluate the reforms introduced, such as: Contractualization, hospital reform and social security reform.

The major problem of the Algerian health system is the increased increase in health expenditure. Through this study, we have tried to model the main determinants of health expenditure. The results of the modeling indicate that the supply of care has a direct impact on the increase of health expenditure in Algeria.

:

شهد النظام الصحي تغيرات جد مهمة منذ أكثر من عشرين سنة وهذا يسبب التغيرات الاقتصادية الوبائية والديموغرافية التي شهدتها الجزائر. من خلال هذه الأطروحة تم تحديد العديد من النقائص التي يشهدها النظام الصحي الجزائري مثل المشاكل الإدارية، نقص وتدهور المعدات في المرافق الصحية العامة، قلة المختصين، تراكم ديون المستشفيات، نقص التمويل، قلة التنسيق بين النظام الصحي . الهدف من هذه الأطروحة هو تحديد نقاط الضعف في النظام الصحي الجزائري مع طرح وتحليل مختلف الإصلاحات التي تم إدخالها وتطبيقها لمعالجة الخلل في : التقاعد، إصلاح المستشفيات، إصلاح الضمان الاجتماعي. من خلال هذه الدراسة، تبين لنا أن تزايد النفقات تمثل المشكلة الرئيسية للنظام الصحي الجزائري. المحددات الرئيسية للنفقات الصحية أن عرض الصحة عامل رئيسي في ارتفاع النفقة الصحية.