

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE-MIRA DE BEJAIA.
FACULTE DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, DES SCIENCES DE GESTION
ET DES SCIENCES COMMERCIALES**

Mémoire

**En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques,
Option : Economie de la Santé**

Thème :

**Financement des hôpitaux publics
en Algérie : cas de l'EPH
d'Akbou**

Préparé par:

BENARAB Soufyane.

HADJAR Allaoua.

Encadré par :

Mr DERMEL A.

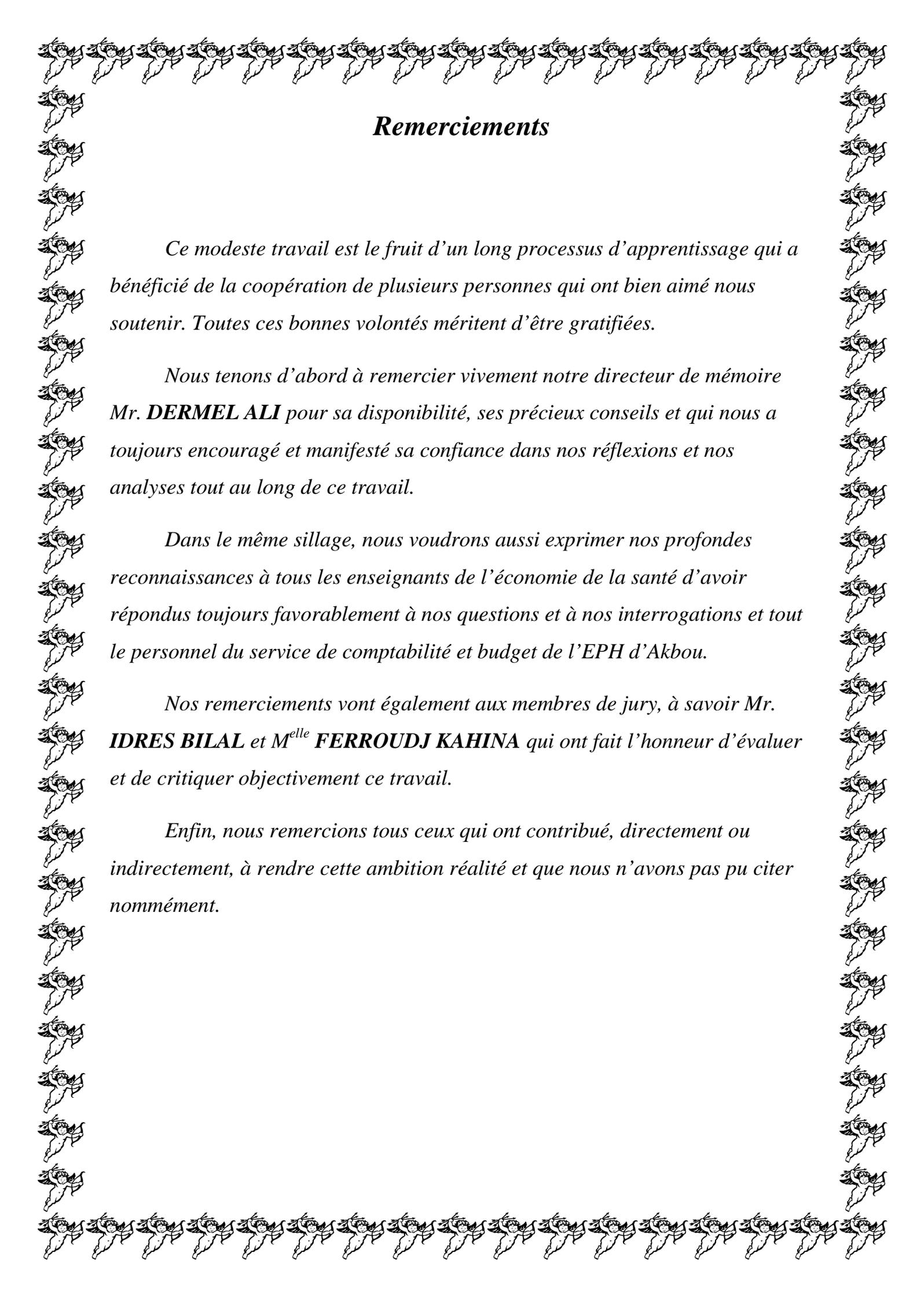
Jury de soutenance :

Président : IDRES B.

Rapporteur : DERMEL A.

Examinatrice : M^{elle} FERROUDJ K.

2012-2013



Remerciements

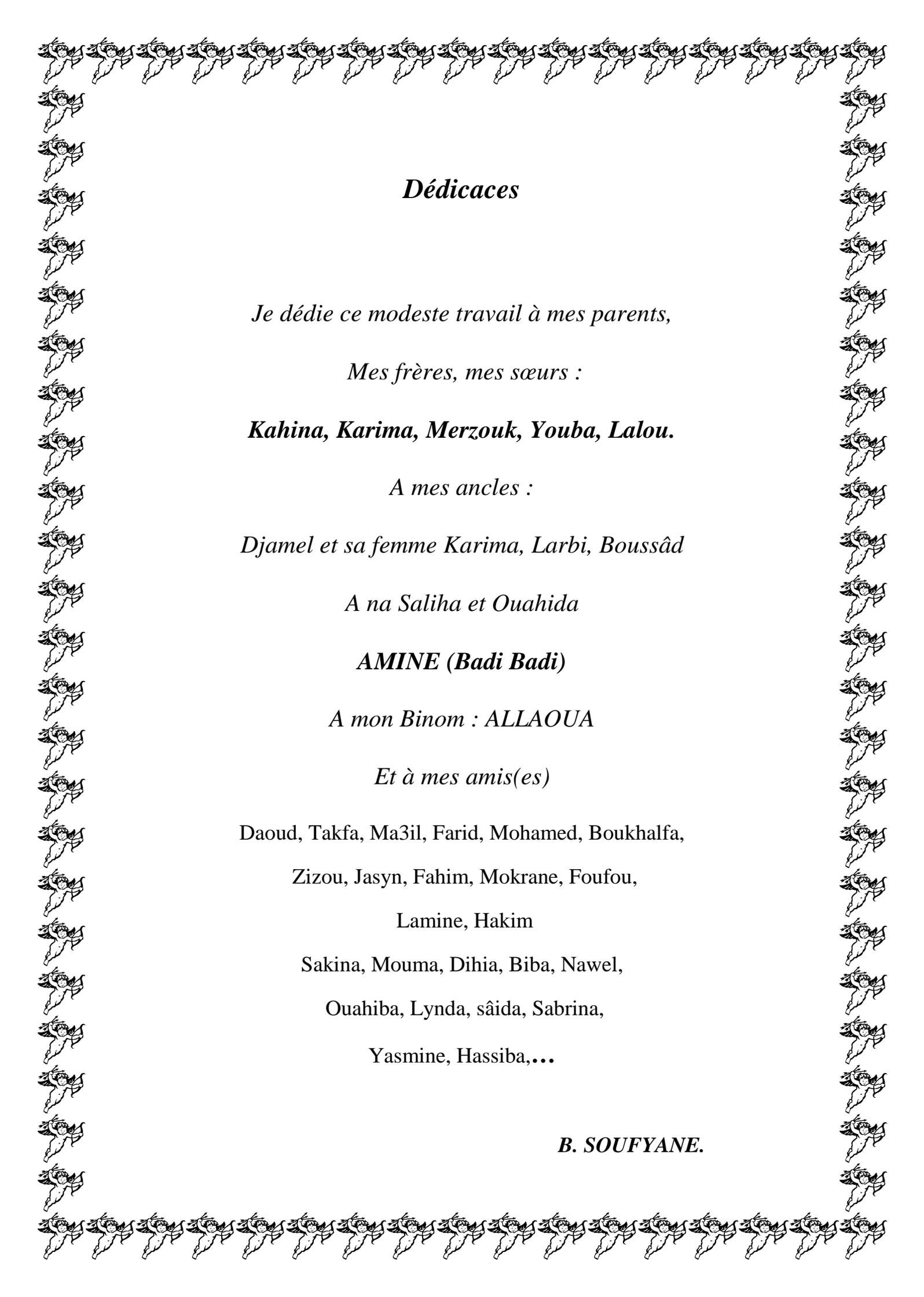
Ce modeste travail est le fruit d'un long processus d'apprentissage qui a bénéficié de la coopération de plusieurs personnes qui ont bien aimé nous soutenir. Toutes ces bonnes volontés méritent d'être gratifiées.

*Nous tenons d'abord à remercier vivement notre directeur de mémoire Mr. **DERMEL ALI** pour sa disponibilité, ses précieux conseils et qui nous a toujours encouragé et manifesté sa confiance dans nos réflexions et nos analyses tout au long de ce travail.*

Dans le même sillage, nous voudrions aussi exprimer nos profondes reconnaissances à tous les enseignants de l'économie de la santé d'avoir répondu toujours favorablement à nos questions et à nos interrogations et tout le personnel du service de comptabilité et budget de l'EPH d'Akbou.

*Nos remerciements vont également aux membres de jury, à savoir Mr. **IDRES BILAL** et M^{elle} **FERROUDJ KAHINA** qui ont fait l'honneur d'évaluer et de critiquer objectivement ce travail.*

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué, directement ou indirectement, à rendre cette ambition réalité et que nous n'avons pas pu citer nommément.



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes parents,

Mes frères, mes sœurs :

Kahina, Karima, Merzouk, Youba, Lalou.

A mes ancles :

Djamel et sa femme Karima, Larbi, Boussâd

A na Saliha et Ouahida

AMINE (Badi Badi)

A mon Binom : ALLAOUA

Et à mes amis(es)

Daoud, Takfa, Ma3il, Farid, Mohamed, Boukhalfa,

Zizou, Jasyn, Fahim, Mokrane, Fougou,

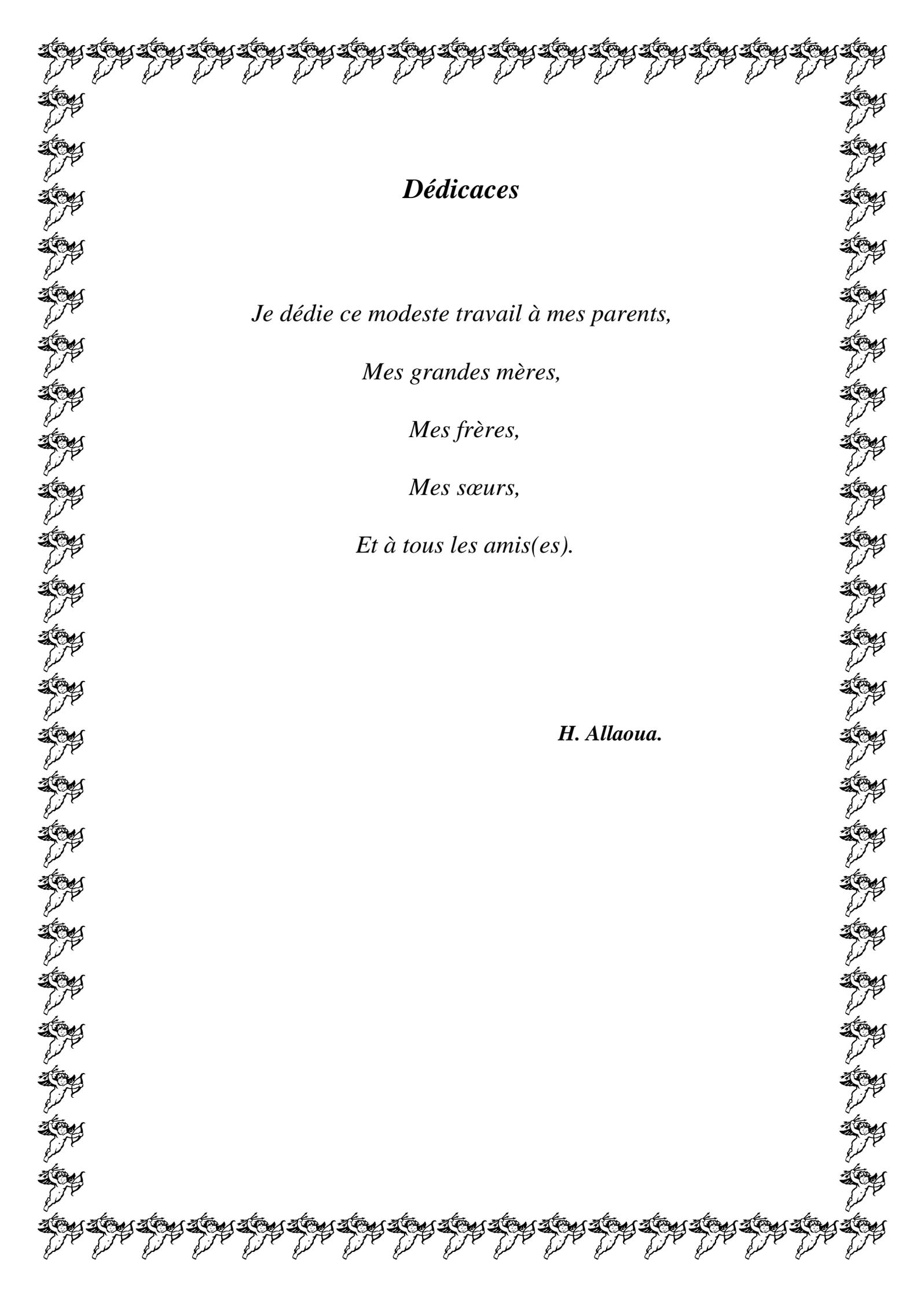
Lamine, Hakim

Sakina, Mouma, Dihia, Biba, Nawel,

Ouahiba, Lynda, sâida, Sabrina,

Yasmine, Hassiba,...

B. SOUFYANE.



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes parents,

Mes grandes mères,

Mes frères,

Mes sœurs,

Et à tous les amis(es).

H. Allaoua.

Sommaire :

Remerciement.

Dédicaces.

Liste des abréviations.

Sommaire.

Introduction générale.

Chapitre 01 : les systèmes de santé dans le monde.....	1
Introduction.....	5
I- Les différents types de systèmes de santé dans le monde.....	5
II- Les acteurs de financement de la santé dans le monde.....	14
III- La « T2A » nouveau mode de financement des hôpitaux dans le monde.....	21
Conclusion.....	24
Chapitre 02 : Système de santé en Algérie.....	26
Introduction.....	26
I- Aperçu historique sur l'évolution du système de santé Algérien.....	26
II- Dépenses et financement de la santé en Algérie.....	48
III- Le financement des hôpitaux en Algérie.....	59
Conclusion.....	61
Chapitre 03 : Elaboration et exécution du budget de l'EPH d'Akbou.....	62
Introduction.....	62
I- Présentation de l'organisme d'accueil	62
II- Les étapes d'exécution du budget.....	67
Conclusion.....	80
Conclusion générale.....	81
Annexes.....	81
Liste des tableaux.....	84
Liste des figures.....	86
Références bibliographiques.....	87
Table de matière.....	90

Le système de santé représente l'une des conditions du développement économique, social et individuel, le premier objectif d'une politique de santé est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. L'objectif secondaire de la politique de santé est d'assurer un accès équitable aux soins médicaux de gérer efficacement les établissements médicaux et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable.

Si le droit à la santé est proclamé dès 1948¹ par les Nations Unies, rares encore sont les pays où ce droit a été réalisé pour tous. Pour réduire les inégalités, le bon nombre de pays mettent l'accent sur les soins de santé primaire, notamment, l'immunisation, la fourniture d'assainissement et d'accès à l'eau potable.

Partie intégrante de secteur et du système de santé, le domaine de la santé publique représente traditionnellement la composante d'évoluer aux problèmes censés concerner d'avantage, les populations que les individus. Jusqu'à la fin des années quarante, la santé publique s'est vue attribuer les activités de protection de santé en œuvre essentiellement dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles. Toutes fois, vers les années soixante le secteur de la santé publique s'est ouvert aux préoccupations plus large du publique. Dès le début des années quatre-vingt, la santé publique est définie comme « *l'ensemble des activités de consultation médicale exclues, contribuent au maintien, à la restauration et à l'amélioration de la santé des individus et des groupes* ». Ainsi, la stérilisation du lait, le développement et la production des vaccins, la gestion des hôpitaux sont des activités de santé publique.²

Un système de santé répond à deux questions : Comment permettre aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés pour les soins ? Comment financer et organiser l'offre de soins ?

Il s'agit, d'un côté, de donner les moyens financiers aux individus d'obtenir un revenu de remplacement en cas de maladie et de pouvoir couvrir les frais engagés par le malade. Il

¹Toute personne, en tant que membre de la société, a le droit à la sécurité sociale, elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la collaboration internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays (ART.22, déclaration universelle des droits de l'homme, 1948).

² Touazi A : Le financement du système de santé algérien : Etat et réformes, Mémoire de master en sciences économiques, Université de Béjaia, 2012, p 2.

s'agit, de l'autre côté, d'organiser la production de soins : les lieux de soins (hôpitaux notamment), les professions médicales et, plus récemment, la production et la distribution des médicaments et autres technologies médicales.³

Aujourd'hui, l'hôpital représente un véritable enjeu économique non seulement du fait de son rôle dans la lutte contre les maladies, et pour l'accès aux soins, mais aussi du fait que la part qu'il représente dans les dépenses de santé.

En Algérie, le financement de ce secteur est pris en charge principalement par l'Etat, ce dernier a accompli des efforts considérables depuis l'indépendance concernant cette prise en charge. Mais, malgré tout cela des insuffisances relatives à la satisfaction des usagers et des professionnels de santé, se manifeste, est ce qui traduit l'absence d'un système pertinent porté sur des principes de la fonction du contrôle de gestion et des techniques économiques adaptées ; donc la santé dans notre pays souffre de faiblesse.⁴

Actuellement, le fonctionnement et le financement des établissements de santé se heurtent à des problèmes majeurs que s'ils ne sont pas résolus, risque non seulement de ralentir le rythme des progrès accompli, mais également de ne pouvoir faire face aux nouveaux problèmes et aux nouvelles menaces pour la santé.⁵

Pour mieux financer les établissements de santé, garantir la qualité de soins, assurer l'accès équitable et pour une maîtrise des dépenses de santé, l'Etat est tenue de prévoir des mécanismes régulateurs de l'ancien mode de financement (financement par le budget global), en introduisant un nouveau mode de financement dit financement à l'activité. Ce mode de financement vise également à dépasser les limites du mode antérieur et restreindre les effets pervers.

Réformer les systèmes de santé en place devient donc, un passage obligé pour consolider les gains sanitaires obtenus et pour répondre aux nouveaux besoins ou encore assurer un meilleur financement des services et des programmes de santé.

Face à ces enjeux, notre problématique s'articulera autour de cette question :

➤ ***Quelles sont les ressources financières de l'EPH d'Akbou ?***

³ Pallier Bruno : La réforme des systèmes de santé, éd PUF 5 édition, 2010, Coll. Que sais-je ?, p 7 et 8.

⁴ Benmansour S : Le financement du système de santé au pays du Maghreb : cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, université de T. Ouzou, 2012, p2.

⁵ Benmansour S, Op.cit, p 3.

Pour appréhender d'avantage cette problématique, d'autres questions subsidiaires méritent d'être posées à savoir :

- *Comment répartir les ressources attribuées aux établissements de santé ?*
- *Quelle place pour les dépenses de santé et leur financement en Algérie ?*
- *Est-ce que l'accroissement des dépenses de santé constitue, à lui seul, un facteur d'efficience d'un système de santé ?*
- *Peut-on adopter un mode de financement à l'activité en Algérie ?*

Pour tenter de répondre à ces questions, notre réflexion est basée sur les hypothèses suivantes :

- L'Etat est le financeur majeur des hôpitaux publics en Algérie ;
- L'augmentation des dépenses de santé induit une amélioration de l'état de santé de la population.
- Le financement des hôpitaux en fonction de leurs activités améliore la qualité des soins et assure la maîtrise des dépenses ;
- La T2A permet une meilleure identification des coûts de l'activité médicale.

Dans ce travail de recherche, nous avons tenté de répondre à la démarche méthodologique suivante :

- D'abord, une recherche bibliographique et documentaire ayant trait aux différents aspects théoriques et réglementaires du système de santé (organisation et financement). Plusieurs bibliothèques universitaires ont été visitées à savoir : université de Béjaïa, université de Tizi-Ouzou et l'institut national de planification et de statistique (INSP). De plus, nous avons réalisés une recherche documentaire et une collecte de données relatives au thème auprès des organismes suivants : le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH) ;
- Ensuite, un état des lieux dans l'EPH d'Akbou.

Dans le but de mener à bien notre travail de recherche et en fonction des données disponible, nous avons structuré notre travail en trois chapitres, présentés comme suit :

Le premier chapitre, porte sur les différents systèmes de santé dans le monde, leurs fondements et leur mode de financement. Ainsi, le financement de la santé par le malade, et le nouveau mode de financement dit financement à l'activité.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude et à l'analyse du système de santé algérien, afin de constater si le système national de santé a joué pleinement son rôle qui consiste à garantir la santé pour tous, avec l'équité et mettre les citoyens au centre du développement.

Le troisième chapitre est relatif au financement des activités hospitalières au niveau de l'établissement public hospitalier d'Akbou. Nous soulignerons dans ce chapitre les étapes d'exécution et d'élaboration du budget dans ce secteur sanitaire.

Introduction

Chaque jour les systèmes de santé exercent en permanence des responsabilités essentielles à l'égard des agents de différentes catégories d'âge. Ils sont indispensables à un développement sain des individus, des familles et des sociétés dans le monde entier.

Le financement des soins repose sur un système d'impôts ou de cotisations à un régime d'assurance ou à la sécurité sociale pour maintenir le niveau de santé dans tous les pays. Les systèmes de santé constituaient des entités de petites taille, généralement privées et caritatives. Au cours de ce dernier siècle, une véritable explosion à mesure que l'on acquérait et que l'on appliquait de nouvelles connaissances. L'histoire des systèmes de santé passe par des politiques sociales visant à couvrir le risque maladie, et celle de profession médicale.

Le financement de l'hôpital est un élément primordial pour assurer aux citoyens les différents services sanitaires et l'application de leurs droits d'accès aux soins.

L'objet de ce chapitre est de présenter les différents systèmes de santé dans le monde et les principales sources de financement.

I. Les systèmes de santé dans le monde

Les systèmes de santé et de protection sociale dans le monde peuvent être regroupés en quatre (4) modèles à savoir : le modèle bismarckien, le modèle Beveridgien, le modèle libéral et le modèle mixte.

I.1. Modèle bismarckien

C'est le premier système de santé mis en place, dès 1871, le chancelier **BISMARCK** avait considéré la question sociale comme une menace pour l'état et il souhaitait lier les salariés à l'état. A partir de quelques expériences locales d'assurance sociale pour les accidents de travail et la maladie, Bismarck va lancer en 1881 une politique sociale dans laquelle l'état aura le contrôle central. Cette politique sociale se traduira par trois lois destinées à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un seuil déterminé, il s'agit de texte pourtant sur :

- L'assurance maladie en 1883 ;
- L'assurance accident de travail en 1884 ;

- L'assurance invalidité et vieillesse en 1889.¹

A partir de 1890, cette couverture est étendue aux familles des cotisants.

Ce système s'appuie sur des caisses d'assurances maladies financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. Il est appelé aussi « professionnel » car son financement est assuré par le travail pour sa part l'état a pour tâche d'assurer le bien être des citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses et redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

Le système bismarckien a été le modèle de nombreux pays européens, il a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Depuis les années 1970, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels.

I.1.1. Fondements

Les grandes caractéristiques du système Bismarckien ²

- Le lien entre le travail et protection sociale ;
- Le caractère obligatoire de cette protection ;
- Le partage des cotisations entre employeurs et employés ;
- La séparation des assurances.

Ce système se traduit en quatre principes fondamentaux :

- Une protection exclusivement fondée sur le travail, et de ce fait limitée à ceux qui ont su s'offrir des droits de protection par leur travail ;
- Une protection obligatoire pour les salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, donc pour ceux qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;
- Une protection fondée sur la technique de l'assurance, qui instaure une proportionnalité des prestations aux cotisations ;
- Une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

¹ Faou AL : l'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume-Unis, Etats-Unis, Canada, Coll. Sciences humaine en médecine. Paris(France) ; 2003.

² Lebrun E, Schwob R : Organisations des systèmes de santé de soins filières. In : santé publique, Paris(France), la conférence Hippocrate, servier ; 2000. www.gipspsi.org le Royaume uni, chiffre clés, consulté le 08/04/2013.

I.1.2. Fonctionnement

Il applique une protection de type catégorielle, ce système est financé par la perception des cotisations sociales et gérés par des interlocuteurs sociaux, certains régimes dits « de remboursement » remboursent les prestations, ce système est aussi caractérisé par la liberté souvent accordé au patient de choisir le prestataire.

Ce système est appliqué en Allemagne comme suit :

Il existe une assurance de soins de santé obligatoire pour tout salarié qui gagne moins qu'un certain plafond. Il s'agit du régime légal. Elle couvre aussi les étudiants, les retraités, et beaucoup de non-salariés ainsi que d'autres groupes ayant besoin de protection. Pour les revenus élevés, il existe une assurance optionnelle privée.

Le financement s'appuie sur des cotisations salariales et patronales collectés par un réseau complexe de 450 caisses autonomes dont le financement n'est pas uniforme (cotisations et prestations différentes).³

Il existe une certaine indépendance, mais la planification est centrale ; on distingue deux secteurs :⁴

1. Les médecins libéraux : ils sont rémunérés par les caisses d'assurance maladie et il existe un contrôle de leur activité;

2. Les hôpitaux : sont essentiellement publics, le secteur hospitalier privée est réduit. Seules les CHU ont des consultations externes.

Ces caisses versent 60% par l'employé et l'employeur (50-50) elles sont en fonction du revenu (environ 13,6%) et les taux sont différents d'une caisse à l'autre.

Pour les pensionnés, les chômeurs et les personnes handicapées, les cotisations sont financées par une caisse sociale : à 21% par la fiscalité, à 7% par les assurances privées, à 11% par la participation aux coûts.

Le système de Bismarckien possède les caractéristiques suivantes :⁵

I.1.3. Les points forts

- Satisfactions des usagers ;

³ Lebrun E, Schwob R : Organisations des systèmes de santé de soins filières, op cit, p5.

⁴ Idem.

⁵ Annick C, Frédéric L : le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif, à Curie, Paris, onc magazine-trimestriel février 2009-vol3 n°1.

- Taux d'équipements en technologies médicales intensives en capital parmi les plus élevés de l'Union Européenne ;

I.1.4. Les points faibles

- Le grand problème de financement de ce système c'est la cas de l'augmentation du chômage ;
- Vieillesse de la population qui menace la stabilité du principe de répartition ;
- Système parmi les plus dispendieux de l'Union Européenne ;
- Dysfonctionnement lié à la stricte séparation entre secteur ambulatoire et hospitalier ;

Longues chaînes de renvois, duplications des équipements techniques, répartitions des tests de diagnostique.

I.2. Système Beveridgien

Le système Beveridgien est également appelé « national », car la tutelle des services de santé et le financement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'état.

Ce modèle a été mis en place en Grande Bretagne après la seconde guerre mondiale sous l'égide de **Lord Beveridge** en 1948.⁶ Ce système est fondé sur le rapport de Beveridge fourni à la demande de Weston Churchill, publié en 1942. Trois étapes principales ont marqué la mise en place et le développement du système de Beveridge :⁷

- Le système national d'allocations familiales (Family Allowance Scheme) en 1946, bénéficiant aux couples ayant deux enfants ou plus ;
- Le service national de santé (National Health Service) en 1946, garantissant la gratuité des soins à toute la population ;
- L'assurance nationale (National Insurance) en 1946, offrant les prestations en espèces.

I.2.1. Fondement

D'inspiration socio-démocrate, ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs, dits des trois « U »⁸ :

⁶ Olivier Vittecoq : Les systèmes de santé : quatre modèles, op cit, p 1.

⁷ Lebrun E, Schowab R : Organisation des systèmes de santé, op cit, p 5.

⁸ Annick C, Frédérick L : : le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif, op cit, p2.

- **Universalité** : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle :
- **Unité** : une administration unique gère chaque type de risque ;
- **Uniformité des prestations en services** : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus.

Le Danemark, la Finlande, l'Irlande, la Suède, l'Angleterre, la Scandinavie et l'Europe méditerranéenne ont adopté les fondements de ce modèle.

I.2.2. Fonctionnement

Il est gratuit, financé par le budget de l'Etat c'est-à-dire l'impôt, géré par l'État, et contrôlé par le Parlement, il est appelé « national » car la tutelle des services de santé et le fonctionnement y sont assurés par le même organisme, qui dépend de l'Etat.

Il a collaboré à l'institution de l'assurance chômage et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu.

Beveridge pense que ce système permettra d'assurer un niveau de vie minimum en dessous duquel personne ne devrait tomber.

I.2.3. Les points forts

Les points forts du système Beveridgien sont ⁹

- L'unification des assurances sociales;
- L'extension des bénéficiaires à toute la population;
- L'universalité d'accès aux soins de santé à toute la population ;
- Niveau de prestation de base trop basse pour empêcher l'entrée dans la pauvreté ;
- La loi sur les prestations familiales qui crée le premier régime d'allocations familiales aux familles d'au moins deux (2) enfants.

I.2.4. Les points faibles

Parmi les points faibles du système Beveridgien :¹⁰

- Un net renforcement de l'approche qualitative des soins et du suivi des patients ;
- Corporatiste et inéquitable de l'accès aux soins de santé à toute la population ;

⁹ Joseph Kutzin: Premier réseau ouvert sur les services publics en Europe, France 2013, www.unilim.fr consulté le 13/05/2013.

¹⁰Lebrun E, Schwob R : organisation du système de santé de soins filières et réseaux, op cit, p7.

- Une forte décentralisation des crédits auprès des agences locales.

I.3. le modèle libéral Américain

Le système de santé américain a pris forme en 1890. Avant la crise de 1929, l'intervention publique en matière de protection sociale était quasi inexistante, notamment dans le secteur de la santé car l'association médicale américaine (Américain Médical Association) constituait un groupe de pression très important pour opposer toute intervention étatique. Dès le début de 20^{ème} siècle, les assurances privées vont trouver dans le secteur de santé une opportunité de marché.¹¹

I.3.1. Fondement :

Le principe de base du système de santé américain est que la santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée. Ce principe se traduit en pratique par :¹²

- L'absence de système national obligatoire ;
- La prédominance des acteurs privés, deux tiers des américains de moins de 65ans sont couverts par une assurance liée à l'emploi ;
- La prise en charge publique ne concerne que les plus vieux et les plus pauvres (Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridgienne).

I.3.2. Fonctionnement :

Aux Etats-Unis, les Américains n'ont pas de système de protection sociale, des systèmes d'assurances privées couvrent les risques liés à leur santé. Chaque salarié peut disposer d'un compte d'épargne santé individuel défiscalisé sur lequel l'entreprise qui l'emploie verse une somme. Ce compte est géré par une société d'assurance santé privée (MCO: Managed Care Organization). Cette société peut être cotée en bourse.

Il n'existe ni de couverture généralisé de la population, ni financement public par le biais d'un prélèvement obligatoire. En 1999, plus de 65% des américains de moins de 65ans sont couverts par le biais d'une assurance privé liée à l'emploi. En 2000 2/3 des entreprises de moins de 200 salaries offrent à leurs salariés une assurance maladie. En 2008, la répartition

¹¹ Anne-Laurance Le FAOU : L'économie de la santé en questions, Allemagne, France, Royaumes-Unies, Canada. Coll. Sciences humaines en médecine. Paris : Ellipses ; 2003, p 50.

¹² Olivier Vittecoq : Les systèmes de santé : quatre modèles, op. cit, p3.

des aides sociales est décentralisée et touche la majorité de la population, le nombre des américains bénéficiaient de la sécurité sociale est de 180 millions américains.¹³

Aux Etats-Unis les soins sont financés principalement par des régimes d'assurances privées, les services de santé et les modes de prestations sont presque essentiellement fournis par des interventions privées.

On distingue dans le financement des soins aux Etats-Unis deux modes de financements, financement privé et public et chacun diffère de l'autre.

I.3.2.1. Le financement privé

Le financement privé se fait par les primes des employés qui versent aux compagnies d'assurances maladie privée, et ce là se fait à travers deux manières à titre individuel et à titre collectif ;

I.3.2.2. Le financement public

Dans le secteur de santé public aux Etats-Unis, L'Etat a mis en œuvre plusieurs programmes depuis la création de l'Etat providence en faveur des personnes en difficulté : Medicare, Medicaid, AFDC puis TANT pour les mères en foyer, SSI pour les personnes âgées, les aveugles et les handicapés, aux familles diminuées, les pauvres, les anciens combattants et les enfants dans l'âge inférieur à 18ans.etc.¹⁴

I.3.3. Les limites du modèle libérale Américaine :

Le système de santé américain est très performant technologiquement, il permet aux plus riches d'avoir un meilleur accès aux soins, mais, il est caractérisé par une forte inégalité dans l'accès aux soins. En outre, le niveau global des dépenses de santé est très élevé, soit 15,3% du PIB en 2005¹⁵, et passent jusqu'à 17.9% en 2011.¹⁶

La Suisse est le seul pays d'Europe dont le système de santé est similaire au système américain. La couverture de l'état se limite aux groupes les plus démunis de la population, la majorité souscrivant une assurance auprès de compagnies d'assurances privées.

¹³ Gilles Duhamel : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Avril 2002, p19.

¹⁴ Dr BINDER-FOUCARD & Dr M.VELTEN: Cours du module économie de la santé, université de Paris-Dauphine (France), 2007, p7.

¹⁵ Palier Bruno : La réforme des systèmes de santé, éd. PUF, 3^{ème} édition 2005, Coll.

¹⁶OCDE (2011), « Dépenses de santé en proportion du PIB », dans *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2011, p4.

I.3.4. La réforme OBAMA :

Le président Barack OBAMA a proposé un projet qui renforce la couverture santé (Health Care For America Now) qui offre par l'employeur, qui responsabilise les compagnies d'assurance et qui assure au patient de pouvoir choisir son médecin et ses soins sans intervention du gouvernement. Le projet vise la construction d'un système où les patients pourront prendre des décisions de santé avec leurs médecins, au lieu d'y être empêchés par les bureaucrates des compagnies d'assurances.¹⁷

Le programme officiel du président des États-Unis dans le domaine de la santé, comporte trois mesures phares à savoir :¹⁸

➤ **Rendre les assurances santé accessibles et abordables à tous :**

Cela s'est traduit par la proposition des mesures suivantes :

- ❖ Exiger des compagnies d'assurance la couverture des risques préexistants;
- ❖ Créer un nouveau crédit d'impôts « santé petite entreprise »;
- ❖ Réduire les charges des entreprises, en prenant en charge une partie du coût de l'assurance accident qu'elles payent;
- ❖ Empêcher les assureurs de faire payer trop cher aux médecins leur contrat de responsabilité civile professionnelle et investir dans des actions visant à réduire les erreurs médicales évitables ;
- ❖ Rendre les contributions des employeurs plus justes;
- ❖ Créer une bourse nationale d'assurance-santé, offrant une gamme d'options proposées par les assurances privées;
- ❖ Assurer à tous ceux qui en ont besoin, l'obtention d'un crédit d'impôt pour leurs primes;
- ❖ Ainsi qu'un nouveau projet public basé sur les avantages offerts aux membres du Congrès, permettant aux particuliers et aux petites entreprises de souscrire à une assurance-santé accessible.

➤ **Réduire les coûts de la prise en charge de santé :**

Abaisser le budget santé d'une famille américaine type de 25000 dollars par an en investissant dans les technologies de l'information pour la santé, la prévention et la coordination de la prise en charge. Quant à cet objectif se sont les mesures suivantes qui sont préconisées :

- ❖ Faire baisser le prix des médicaments;

¹⁷ Patricia Pittman : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Washington, Avril 2012, p7.

¹⁸ Jacques Drucker : La réforme de la santé aux États-Unis, adsp n° 71 juin 2010, p4.

- ❖ Exiger des hôpitaux le recueil de données de qualité et un compte-rendu du coût de santé ;
- ❖ Réduire les coûts de maladies catastrophiques pour les employeurs et leurs employés ;
Réformer le marché de l'assurance pour augmenter la concurrence.

➤ **Favoriser la santé publique :**

Plus de services de prévention, y compris pour le dépistage du cancer, et mieux se préparer localement et au niveau de l'État aux attaques terroristes ou aux catastrophes naturelles.

I.3.4.1. Sa mise en œuvre :

36% des Américains jugent la réforme positive, contre 48% qui l'estiment négative et 15% sans opinion. Mais le 22 Mars 2010, la Chambre des représentants américaine a voté la réforme de la couverture santé.

Cette réforme, qualifiée d'historique, va apporter une couverture sociale à 32 millions d'Américains qui en étaient dépourvus. La plupart des Américains seront désormais obligés de s'assurer, sous peine de se voir affliger des pénalités.

La réforme coûtera 940 milliards de dollars sur les dix prochaines années, mais devrait néanmoins réduire le déficit économique américain de 138 milliards de dollars.¹⁹

I-4 Modèle mixte :

Le système de santé de certains pays, comme la Belgique ou les Pays-Bas, est un système mixte inspiré des deux systèmes précédents (le système Bismarckien et le système Beveridgien). En dehors de l'Europe, le Canada a un système d'inspiration Beveridgienne mais décentralisé (contrairement au Royaume-Uni).

Le système mixte est un autre modèle qui se caractérise par ;²⁰

- Un service national de santé (SNS) financé, conjointement et dans des proportions variables, par l'impôt et les cotisations sociales obligatoires ;
- La coexistence du SNS avec un important secteur de prestataires privés.

¹⁹Patricia Pittman : le système de santé et d'assurance maladie américain, op, cit, p12.

²⁰ Michel Killy G : Le financement de la santé par l'assurance maladie privée, Institut économique de Montréal, 2005.

Les différences entre les pays, selon qu'ils ont opté pour le modèle Bismarckien ou Beveridgien, ont tendance à régresser. Tous les pays sont en effet soumis aux mêmes contraintes :²¹

- Sociales : garantir l'accès aux soins à tous ;
- Organisationnelles : améliorer l'efficacité du système en place ;
- Economique : limiter autant que possible l'inflation des dépenses de santé.

Il faut ajouter qu'aujourd'hui, plus un seul de ces systèmes ne subsiste « à l'état pur ». Dans les différents pays, de nombreux changements ont marqué ces systèmes dans les dernières décennies, qui ont adouci ou encore affaibli les trois premiers systèmes et dans certains cas ont provoqué de complets changements de système. Dans certains pays, par exemple, les assurés doivent s'acquitter de franchises fixes ou mobiles de la dépense totale pour les médicaments ou encore d'une contribution fixe ou journalière aux frais d'hospitalisation. La Suisse, par exemple, a vu il y a quelques années l'établissement d'un système comprenant une assurance publique de base pour laquelle chacun doit s'acquitter d'une cotisation fixe quels que soient ses revenus et une assurance complémentaire privée. Les Pays-Bas ont choisi une voie similaire.²²

II. Le financement de la santé dans le monde :

Dans la majorité des pays dans le monde les soins de santé sont financés à la fois par des sources privées (assurances privées, paiements directs) et par des sources publiques (administrations publiques, organismes de sécurité sociale), mais ils varient selon la nature du système de santé. Il peut être de deux types :

- Les services nationaux de santé, pour lesquels prédomine le financement par les administrations publiques, comme le Royaume-Uni, Danemark, Suède, Finlande, Italie, Espagne, Portugal, Grèce, Canada, Australie et Nouvelle-Zélande.
- Les systèmes d'assurance maladie, financés par la sécurité sociale, comme l'Allemagne, France, Belgique, Luxembourg, Pays-Bas, Autriche, Suisse, Israël, Japon.²³

Dans notre étude de financement des systèmes de financement de la santé dans le monde. La couverture des dépenses de santé est assuré par quatre (4) agents:

²¹ Olivier Vittecoq : Les systèmes de santé : quatre modèles, op cit, p5

²² Thadeus Pato : Systèmes de santé en Europe : changements et résistance, Danemark 2008, p2.

²³ OMS : Guy Carrin, Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France, p12, Genève, novembre 2005.

- ✓ l'Assurance maladie obligatoire, pour la branche de la sécurité sociale ;
- ✓ les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) ;
- ✓ les ménages ;
- ✓ et l'Etat, notamment par le biais des collectivités locales.

Leur part respective dans le financement de santé est très variable d'un pays à un autre.

II.1. L'Assurance maladie obligatoire :

L'assurance maladie est une branche de la sécurité sociale qui est née en Allemagne à la fin du 19^{ème} siècle, à l'époque du Chancelier Bismarck. Sa politique, guidée par un double souci de lutte contre les syndicats et contre la montée du parti socialiste, s'est traduite par la dissolution de ces organisations. En contrepartie, l'Etat a pris la responsabilité d'institutionnaliser la protection sociale.²⁴

La protection sociale fut officiellement employée pour la première fois dans le titre d'une loi des Etats-Unis, le « social Security act » du 14 août 1935 du président ROOSEVELT dans le cadre de la politique du New Deal, Après avoir pris pied dans un bon nombre de constitutions promulguées après la seconde guerre mondiale, elle connut sa consécration la plus solennelle dans la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée le 10 décembre 1948 adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies. En Afrique, les structures actuelles de la sécurité sociale ont été exportées par les pays colonisateurs. Elles ont été plus ou moins adaptées au cours de ces trois dernières décennies.²⁵

C'est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, ainsi qu'un revenu minimal lorsque l'affection prive la personne de travail. Elle contribue au financement du système de santé avec une part très importante d'un pays à un autre.

Dans la plupart des pays occidentaux, une grande part de l'assurance maladie est prise en charge par l'Etat. C'est d'ailleurs l'une des composantes fondamentales de la sécurité sociale, et un devoir de l'État selon la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.²⁶

²⁴ Un site au service des citoyens, www.senat.fr, consulté le 18/05/2013.

²⁵ Clément Pascal & MUKENDI MFUAMBA : Régime de la sécurité sociale des parlementaires: cas de l'Assemblée provinciale du Kasai-Oriental (RDC), Mbuji-Mayi, Congo 2009.

²⁶ Guy Carrin: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France, op, cit, p26.

Un système d'assurance maladie public peut être géré par un organisme d'État, délégué à des organismes privés, le fonctionnement, comme toutes les assurances, est basé sur la mutualisation du risque : chaque personne cotise, en échange de quoi elle est remboursée selon un barème fixé.

Dans son acception globale c'est donc la somme des assurances maladie des différents régimes, chacun de ces régimes s'adressent donc à une catégorie de travailleurs spécifiques, gèrent leur assurance maladie grâce à une organisation administrative qui lui est propre, tout en restant sous la tutelle de l'Etat.

Par exemple en Allemagne, les cotisations d'assurance maladie obligatoire constituent la principale source de financement des caisses, bien que dans plusieurs pays les recettes du budget général soient parfois utilisées pour combler les déficits.

Partout dans le monde, le financement de la santé revêt une importance cruciale pour les personnes et les gouvernements. Le mode d'intervention des assurances privées, associé à un financement public, varie considérablement d'un pays à l'autre, en fonction du contexte historique, économique, culturel ou politique. Ainsi, certains pays ignorent l'assurance privée alors que d'autres la considèrent indispensable.

Il existe différents systèmes de financement de l'assurance maladie dans le monde il y a ceux qui sont financé par la fiscalisation tandis que, d'autres sont financé par des cotisations sociales.

a) Le financement par l'impôt.

Le financement du système national de protection sociale est assuré par les impôts, nationaux et locaux. Et la couverture des accidents du travail, à la charge des seuls employeurs, restent en marge du système national de protection sociale et sont financées par des cotisations sociales. (Par exemple le Danemark et au Royaume-Uni plus de 90% de l'assurance maladie est financé par les impôts)

De même, au Royaume-Uni, le service national de santé et les allocations familiales sont financés par l'impôt. En revanche, l'assurance nationale, qui verse les prestations contributives en espèces, est financée par des cotisations dont le taux varie selon la nature et le niveau des revenus. Ces cotisations alimentent un fonds particulier.

b) Le financement par les cotisations sociales en Allemagne, aux Pays-Bas et en Espagne.

Dans ces trois pays, le financement de la protection sociale est essentiellement assuré par des cotisations.

Il en va ainsi en particulier en Allemagne et aux Pays-Bas où, à l'exception des

prestations familiales financées sur le budget de l'Etat, toutes les autres prestations sont financées par des cotisations sociales. Ces dernières sont partagées entre les employeurs et les salariés. Aux Pays-Bas, pour les assurances sociales des salariés, les modalités du partage varient selon le risque tandis que, pour celles qui couvrent toute la population, les cotisations sont dues uniquement par les assurés, salariés ou non, sans participation de l'employeur.

En Espagne, les cotisations représentent 70 % des ressources de la protection sociale. Dans l'ensemble, les cotisations patronales sont cinq fois plus importantes que les cotisations salariales.

II.2. Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) :

Dans certain pays où il existe un système d'assurance maladie obligatoire public et universel, la couverture qu'il propose n'est pas complète: en effet, l'Assurance maladie obligatoire ne rembourse pas tous les soins à 100%. Toutefois, le fait que l'Assurance maladie obligatoire n'offre qu'une couverture partielle n'implique pas forcément une participation directe du patient. En effet, celui-ci peut bénéficier d'une autre forme de financement de sa consommation de soins par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire privée. Soit par : les mutuelles, les assurances privées, les institutions de prévoyance.

II.2.1. Les mutuelles

Les mutuelles sont des structures qui proposent aux assurés sociaux un complément de couverture sociale ou un complément retraite. Elles sont régies ainsi par le code des mutuelles.²⁷

Elles sont des acteurs principaux de la protection sociale complémentaire, la mutualité occupe une place considérable dans la protection contre le risque maladie, c'est une prévoyance collective volontaire pour quelques entreprises ou activités.

Elles consistent à rembourser aux patients les dépenses de santé non prises en charge par l'assurance maladie.²⁸

II.2.2. Les assurances privées

Régies par le code des assurances, ce qui les oppose dans le droit comme dans les faits

²⁷ Béatrice Buret : Santé publique, Economie de la santé, septembre 2010, p222.

²⁸ Colombo F et Morgan D : Evolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, revue française des affaires sociales, 2006/2 n°2-3, p10.

aux mutuelles et aux institutions de prévoyance. Elles interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire au titre de l'assurance des personnes : opérations de prévoyance (garantie santé, décès, invalidité et chômage) et opérations d'épargne (épargne retraite).

Mais l'assurance privée ne peut répondre aux besoins de financement du risque maladie pour les soins lourds et pour l'ensemble d'une population. Comme aux États-Unis confirment cette analyse et situent l'importance des risques de maladie non assurables, leur système d'assurance maladie est, en effet, fondé sur l'assurance privée volontaire. En d'autres termes : Seule la moitié des dépenses peuvent être couvertes par des compagnies privées.

II.2.2.1. Les défaillances du marché de l'assurance maladie privée :

Le marché de l'assurance privé présente trois défaillances

➤ 1/ L'aléa moral

Il provient du fait que le risque soit endogène au comportement de l'assuré. L'assurance maladie a ainsi tendance à engendrer un effet désincitatif préjudiciable à l'efficacité économique. Se sachant « couvert » par l'assurance, le patient peut, comme tout assuré, ne pas faire tous les efforts nécessaires à la sauvegarde de son « capital santé » (sous prévention ; adoption des comportements risqués) ni user avec parcimonie des droits que lui confère l'assurance sociale (surconsommation médicale du fait d'une demande insensible au prix).²⁹

➤ 2/ La sélection adverse

Elle résulte de la tendance naturelle des personnes craignant le risque et/ou malade à adhérer à des assurances offrant une bonne couverture (large gamme de services accessibles, grande liberté de choix et faibles tickets modérateurs). Par contre, les personnes négligentes à l'égard du risque et/ou bien portantes préfèrent plutôt une faible couverture.

La sélection adverse s'opère entre les bons et les mauvais risques, c'est-à-dire entre les plus malades et les biens portants.

Ainsi, l'assurance maladie ne disposant pas d'informations suffisantes sur les différentes catégories de risque de sa clientèle (elle ne peut pas différencier la prime en fonction du risque de chaque assuré) attire les populations souffrant d'une forte morbidité et ayant une forte aversion pour le risque. Parallèlement, elle repousse les populations biens

²⁹ Marie-Cécile Fagart, Bidénam Kambia-Chopin : Aléa moral et sélection adverse sur le marché de l'assurance, Université de ParisX-Nanterre, Nanterre (France), février 2002, p16.

portante et ayant une faible aversion pour le risque (fuite surtout des assurés jeunes à faible risque).³⁰

➤ **3/ L'asymétrie d'information**

L'asymétrie d'information dans les rapports patient-médecin est totale. Ainsi que celle qui existe entre le « payeur » (la sécurité sociale) et le médecin. Comme nous l'enseigne la théorie de l'agence, l'asymétrie d'information est génératrice de « sélection adverse », source d'inefficacité.

Le patient (la sécurité sociale) n'a aucun moyen de vérifier l'action du médecin.

Le patient (la sécurité sociale) ne peut juger de la qualité des soins ni de la pertinence des prescriptions médicales. Le seul critère est la confiance.

Par exemple, avec la « sélection adverse », un médecin qui prescrit des antibiotiques pour la moindre angine et des arrêts de travail pour un simple rhume, peut parfaitement le faire à l'insu de la sécurité sociale.³¹

II.2.3. Les institutions de prévoyance

Régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural, ces institutions de droit privé à but non lucratif sont gérées paritairement par les syndicats de salariés et les employeurs. Encore appelées institutions paritaires, trois catégories dont les missions sont différentes : les institutions de retraite complémentaire, les institutions de retraite supplémentaire, et les institutions de prévoyance.³²

II.3. Les ménages

La participation financière des patients est un instrument largement utilisé dans les pays européens, en particulier. Ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques.

Dans certains pays, une participation financière des patients peut aussi être demandée pour les soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette section traite exclusivement du reste à charge, c'est-à-dire de la participation des patients au financement de biens et services de santé inclus dans le panier de soins.

³⁰ Marie-Cécile Fagart, Bidénam Kambia-Chopin, Op.cit, p16.

³¹ André Chuffart, Prof. Philippe Maeder: Asymétrie de l'information lors de la souscription d'assurances de personnes : Effets, conséquences et propositions de contre-mesures, Université de Lausanne(Suisse), Infoméd 2007, p5.

³² Emilie Sauvignet: Le financement du système de santé en France, Genève 2004, p38.

On peut considérer qu'il existe quatre principaux instruments de participation financière dans le domaine de la santé :³³

- ✓ **Le ticket modérateur:** c'est une franchise d'assurance, qui correspond à la part des dépenses de santé à la charge de l'assuré. Cette technique vise à inciter l'assuré à la maîtrise de sa consommation de soins. Souvent ce ticket modérateur est pris en charge par des mutuelles.
- ✓ **Le copaiement :** le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple, 5 euros par consultation) ;
- ✓ **La franchise « déductibles » :** le mécanisme de couverture des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont les plus souvent définies sur des périodes de 12 mois ;
- ✓ **Le tarif de référence:** l'assurance ou le financeur public prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé. Le tarif de référence n'est pas un mécanisme de participation financière de la demande au sens strict, puisque les patients peuvent accéder aux biens et services concernés sans participation financière (par exemple, l'instauration d'un prix de référence déterminé comme le prix du générique le moins cher pour une classe de médicaments ne va entraîner une participation financière des patients que s'ils décident d'acheter un médicament plus cher). Cependant, le tarif de référence peut devenir un mécanisme de participation financière de la demande en fonction du niveau auquel il est fixé, soit qu'il n'y ait pas d'offre disponible à ce niveau de prix (par exemple, les prothèses dentaires en France) soit que cette offre ne corresponde pas à des standards de qualité acceptables pour la majorité des patients (par exemple les montures de lunettes en France).³⁴
 - ✓ En France par exemple la « contribution d'un euro » : Entrée en vigueur le 1er janvier 2005, cette participation forfaitaire s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, y compris les examens radiologiques ou les analyses biologiques. Elle vient s'ajouter au ticket modérateur et n'est pas remboursée par l'assurance maladie ni les complémentaires santé dans le cadre des contrats dits responsables.

³³ Fondation Roi Baudouin : Soins de santé et politique de santé : avec la participation des patients, c'est mieux, Bruxelles(Belgique), juin 2008, p8.

³⁴Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann: La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. Paris(France), Septembre 2007, p6.

II.4. L'Etat

L'Etat est le financeur majeur de la majorité des systèmes de santé dans le monde, contrairement à d'autres c'est la sécurité sociale. et l'Etat prend en charge aussi les personnes non couvertes par l'assurance maladie, comme la prise en charge des personnes handicapées.

Il existe aussi d'autres sources de financement comme :³⁵

- Les taxes sur les alcools et le tabac.
- Les taxes sur les ventes directes des médicaments aux pharmacies par les laboratoires pharmaceutiques.
- Les taxes sur les activités polluantes.

15% des primes d'assurances automobile sont versées à l'assurance maladie pour faire face aux dépenses liés aux accidents de la route en France.

Impôts et taxes affectés (Itaf) qui consiste une part croissante des ressources de protection sociale en France qui est de 21.4% en 2007 de l'ensemble des ressources de financement de la santé.

III. La « T2A » nouveau mode de financement des hôpitaux dans le monde

Avant les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant aux services publics étaient financés par le vieux système du prix à la journée en France jusqu'au 1983, suite à la récession économique et la croissance de la population dans le monde un nouveau système est apparu nommé « dotation globale » ou « budget global » ; tandis que les cliniques privés étaient sous le régime de tarification à la journée et au forfait lié aux actes réalisés. Pour juguler les dépenses des hôpitaux, Désormais, chaque hôpital possède un budget limité et ne peut le dépasser. Le directeur de l'hôpital, en collaboration avec les chefs de service, doivent maîtriser leurs dépenses.

Etant donné que ce financement est régulier et constant, la gestion budgétaire s'en trouve facilitée. Au cours de ces vingt dernières années, les hôpitaux se sont modernisés et leurs activités varient d'une année à une autre, c'est-à-dire quel que soit le volume, la nature et l'évolution de leurs activités mais le mode de financement est resté inchangé et les dotations allouées n'évoluent pas, ce nouveau mode de financement a été introduit la première fois aux États-Unis en 1983 par le professeur Fetter de l'université de Yale pour payer les séjours des patients âgés couverts par le programme Medicare.³⁶

³⁵ Dr F.BINDER-FOUCARD, Dr M.VELTEN: Université de Paris-Dauphine, module Economie de la santé, 2007, p27.

³⁶Zeynep Or et Thomas Renaud : Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), IRDES document de travail, DT n°23, Paris(France), mars 2009, p15.

Le nouveau système de financement des hôpitaux, nommé « tarification à l'activité » (T2A), a été mis en place à partir de 2005 en France. Elle implique une évolution radicale dans le mode de financement des établissements de santé publique et privés. Le principe de ce financement est que les ressources allouées à chaque hôpital sont déterminées directement par le volume et la nature des activités réalisées au sein de l'hôpital. Ces activités sont valorisées sur la base de tarifs nationaux de prestation. Donc le système de la tarification à l'activité se sont les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse.

Ce nouveau mode de financement consiste : chaque type de séjour en Hôpitaux et Cliniques est classé en « Groupe Homogène de Malades (GHM) » comme par exemple le GHM : « fracture de la hanche et du bassin ». A chaque GHM correspond un GHS ou « Groupe Homogène de Séjour »³⁷

❖ Les avantages de la T2A

La T2A permet :³⁸

- La T2A améliore la Transparence : elle assure en effet une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers en liant le financement à la production des soins ; elle est également perçue comme un mécanisme équitable dans la mesure où on paie même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins cette équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires : il est impératif que cette classification soit suffisamment fine, et les groupes suffisamment homogènes, pour que les établissements qui attirent systématiquement les patients les plus lourds ne soient pas pénalisés. Il faut également bien prendre en compte les facteurs exogènes liés au contexte local et que les établissements ne contrôlent pas, car ils peuvent influencer fortement les coûts.
- La T2A également à améliorer l'efficacité, à la fois de chaque établissement individuellement et de l'ensemble du marché : elle introduit en effet une forme de compétition stimulant l'efficacité dans un contexte où ces pressions compétitives étaient inexistantes jusqu'alors. Ceci suppose toutefois que les prix reflètent correctement les coûts des producteurs les plus efficaces.

³⁷ Annuaire Sanitaire et social : site référent des établissements sanitaire et médico-sociaux, consulté le 21/05/2013.

³⁸ Zeynep Or et Thomas Renaud, Op.cit, p8.

❖ **Les effets pervers possibles de la T2A**

L'application d'une T2A peut induire des effets non souhaités au départ. À cet égard, il est particulièrement important de prêter attention aux conséquences de la T2A sur la qualité des soins et sur la maîtrise des dépenses de santé.³⁹

➤ **Qualité des soins**

Le système de la T2A ne permet de présager de l'amélioration de la qualité des soins. Ceci est d'ailleurs aussi valable dans un système de financement par budget global. Toutefois, la T2A est souvent critiquée puisqu'elle fournit, de fait, des incitations directes à réduire le coût des séjours. Or, toute la question réside dans la légitimité de ces réductions de coût. S'il est possible, et souhaitable, d'y parvenir par le biais d'un fonctionnement plus efficient, une autre stratégie possible consiste à réduire les soins fournis aux patients, ce qui peut représenter une manière « d'économiser » aux dépens de la qualité.

➤ **Maîtrise des dépenses**

La T2A incite à augmenter l'activité hospitalière. Ceci peut être souhaitable dans certains cas, mais sans une planification rigoureuse et efficace de la capacité d'accueil et de prise en charge des patients, la T2A peut donc à la fois affaiblir la maîtrise des dépenses hospitalières et distordre le financement des soins en fonction des besoins.

➤ **Les modalités de financement de la T2A**

En vue de permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité des patients et éviter les problèmes et comportements stratégiques rencontrés avec un système de tarification à la pathologie pure comme dans MEDICARE, la Tarification à l'Activité met en jeu cinq modalités de financement.

Trois d'entre elles sont directement liées à l'activité réalisée et observée sur la base de la transmission des données P.M.S.I. :

- ✓ le paiement d'un tarif par séjour des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement. Les types de séjours sont classés par Groupes Homogènes de Séjours

³⁹ Zeynep Or et Thomas Renaud, Op.cit, p8.

(G.H.S.) pouvant correspondre à un ou plusieurs Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.),

- ✓ le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et d'actes externes (seulement dans les établissements publics car les établissements privés travaillent avec des médecins libéraux dont les honoraires sont facturés en sus), d'urgence, de prélèvements d'organes et l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.),
- ✓ le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation, notamment certains médicaments onéreux, dont les molécules onéreuses de chimiothérapie, ou certains dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) comme les prothèses de hanche.

En revanche, il existe une modalité particulière de financement mixte. En effet, un forfait annuel sera versé aux établissements pour financer les coûts fixes d'une activité comme les urgences ou les prélèvements d'organes qui peuvent être fort conséquents.

Enfin, une partie du financement ne sera pas fondée sur la Tarification à l'Activité mais relèvera de la dotation : ce sont les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.) que nous détaillerons ultérieurement.

Conclusion

Les systèmes de santé dans le monde sont différents dans leurs organisation comme dans leurs fonctionnement et aucun ne paraît idéal : chacun a ses avantages et ses inconvénients, mais aucun n'est parfait à cent pour cent. Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

Il réunit toutes les organisations, institutions et ressources qui interviennent en matière de santé et qui fournissent des soins formels (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacies), des soins informels (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires) ainsi que d'autres services, comme la recherche. Un système de santé comporte de très nombreux autres éléments soit tout ce qui contribue à promouvoir ou à protéger la santé.

La santé ne semble pas être considérée à la fois comme un bien public et comme un investissement, une source de croissance économique. Pourtant, les efforts de prévention y sont incontestablement importants, notamment dans les réseaux de santé.

Les différents systèmes de financement de la santé dans le monde.

D'un pays à l'autre, les systèmes de santé et les prestations de soins varient fortement, dans certains pays, les régimes de santé publique couvrent les dépenses de soins de santé de l'ensemble de la population résidente, alors que dans d'autres, les systèmes de sécurité sociale intègrent une part d'assurance privée.⁴⁰

Le financement du système de santé est donc assuré par la sécurité sociale, l'Etat, les organismes complémentaires mais également par les malades eux mêmes.

⁴⁰ Dr. Marie-Josiane : SYSTÈMES DE SANTE, Mars 2013.

Introduction

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé.¹

Aujourd'hui, le système de santé en Algérie semble connaître de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances. En effet, l'état de santé de la population algérienne présente à la fois les caractéristiques des pays en développement, par la persistance des maladies transmissibles et celles des pays développés par l'émergence de maladies de civilisation telles que : le cancer, le diabète, l'affection cardio-vasculaire.....etc.

Au cours des deux dernières décennies, le financement du système national de soins a favorisé son orientation curative. En effet, l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution de la mortalité infantile qui est due aux programmes de santé (programmes élargis de vaccination pour les enfants et l'augmentation du niveau de qualification des médecins, des spécialistes et des généralistes algériens). Ainsi, les efforts consacrés par le ministère de la santé et de la réforme hospitalière en vue d'améliorer la qualité de soins et de réduire les dépenses de santé dans le pays.²

Dans ce chapitre, nous présenterons l'évolution du système de santé Algérien mené depuis l'indépendance, puis donner un aspect sur les maladies et les indicateurs de santé en Algérie. En fin, nous présenterons l'organisation et le financement du système de soins en Algérie.

I- Aperçu historique sur l'évolution du système de santé Algérien

Le système de santé Algérien a connu des multiples changements, il est passé par plusieurs périodes.

I-1 Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie

Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie sont les suivantes :

¹Kaid T N : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants : Enquête dans la wilaya de Bejaïa, thèse de doctorat en science économique, université d'Alger, 2003.

² Benmansour S, Op.cit, p48.

I-1-1 La première phase (Avant 1962) : la période coloniale.

Le système de santé en Algérie à l'aube de 20^{ème} siècle, le service médical était assuré par une centaine de médecins isolés, livrés à eux-mêmes, disposaient de moyens réduits, dans des circonscriptions étendues. En 1907, le bactériologue « *ALPHONE LAUVERAN* » réussit le prix *Nobel* en “*Médecine*” en récompense à ses recherches sur le *paludisme* à *Constantine*.³

En 1931, le corps des auxiliaires médicaux indigènes est transformé en celui des adjoints techniques de la santé, dont la durée des études est trois ans.

A l'aube de la seconde guerre mondiale, une circonscription type comporte un auxiliaire de 40 à 50 lits installé au chef lieu, plusieurs salles de consultation réparties dans les villages avec des visites périodiques de l'infirmière ou du médecin. On compte alors environ 150 circonscriptions médicales en Algérie dont 53 pour le département d'Alger, 41 pour le département d'Oran et 57 pour le département de Constantine.⁴

I-1-2 La deuxième phase (1962-1972) : reconstruction d'un système dévasté par la guerre.

Avec 9 millions d'habitants (dont 85% de ruraux), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.⁵

L'Algérie a hérité un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure relativement importante mais hospitalo-centriste, répartie au Nord, en ville et dans les zones agricoles riches couvrant ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas l'accès aux soins. Deux secteurs cohabitent : secteur privé sis dans les villes et secteur public.⁶

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens) pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (80 %), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans et des maladies transmissibles sévissant à l'état

³ Touazi Assia :Le financement du système de santé algérien : Etat et réformes, mémoire de master en sciences économiques , 2012, p21.

⁴ Touzi Assia, op cit, p22.

⁵ Rapport NABNI 2020 : Cinquantenaire de l'Indépendance : Enseignements et vision pour de 2020, Janvier 2013, p 6

⁶ Kaid T N, op cit, p 55.

endémique, d'une ampleur sans égale, responsables d'une importante cause de décès et de handicaps. Les ressources étant limitées, le Ministère de la Santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins. L'action sur le terrain se distinguait par la mise en œuvre de programme de santé destinée à la protection des populations et la prévention des maladies prévalentes. À ce titre, la vaccination obligatoire de tous les enfants a été instituée, le programme d'éradication du paludisme a été lancé avec succès. Le médicament a bénéficié de larges facilités de production, d'importation et de distribution.⁷

La reconstruction du système de santé, pour répondre aux besoins sanitaires de la population algérienne était colossale, en terme, à la fois de structures à construire, et de facteur humain à former comme l'attestent les indicateurs de santé publique de référence suivants :⁸

- Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain ;
- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans ;
- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants ;
- Densité de 1 à 2 chirurgien-dentiste / 100 000 habitants ;
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants ;
- Accès aux soins difficile pour les populations rurales.

Dés l'indépendance jusqu'au début des années 70, l'Algérie a mis en œuvre une politique sanitaire nationale qui s'est caractérisée principalement par :⁹

- La réactivation des structures de santé laissées en place et offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- L'établissement d'un programme de santé, pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité)
- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programme par l'Etat du fait de revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400\$).

⁷ Kaid T N, op cit, p 55.

⁸ Rapport NABNI 2020, op cit, p 6.

⁹ Rapport NABNI 2020, op cit, p 7.

I-1-3 La troisième phase (1973-1986) : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics.

La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les révolutions « industrielle, agraire et culturelle ».

L'instauration d'un programme de santé qui se traduit par un nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973, cette étape a marquée trois faits majeurs :¹⁰

- l'instauration de la gratuité des soins (janvier 1974), ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;
- la réforme des études médicales visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens;
- la création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé.

En février 1973, un décret instaure la structuration du système de santé algérien. Ce qui a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une daïra qui comprend une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques (polycliniques, dispensaires et centre de santé), qui lui sont rattachées administrativement.

Cette réorganisation du système de soins se caractérise par :

- Une unification des services de soins ;
- Une hiérarchisation du système de soins.

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la santé atteint près de 7% du PIB :¹¹

- les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux sont édifiés, cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la couverture nationale en lits, mais pêche malheureusement par une implantation géographique inadéquate des unités par rapport aux évolutions des besoins et souvent par une architecture inadaptée au milieu environnant.

¹⁰ Benmansour A, Op.cit, p 47.

¹¹ Rapport NABNI 2020, op cit, p 8.

- une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans étude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance.

I-1-4 Quatrième phase (1986-2001) : absence d'adaptation du secteur de la santé à double transition démographique et épidémiologique.

La crise de 1986, en raison de la chute des revenus pétroliers (le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10\$ US), imposant à l'Algérie, de faire des emprunts à des taux ruineux en raison de l'augmentation de la demande des soins résultant de l'augmentation des dépenses de santé. Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/1987, mettant une grande difficulté le secteur public hospitalier. Par conséquent, les autorités publiques ont obligées de faire des ajustements de l'organisation sanitaire.¹²

En effet, plusieurs transitions importantes ayant un impact sur le système de santé public s'amorcent :¹³

a) Une transition épidémiologique

- Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique)
- Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes: diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

b) Une transition démographique

- Amorce du vieillissement de la population (6,7% en 1999)
- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999)
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998).

c) Une transition socio-économique

- Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée.

¹² Touazi Assia, op cit, p 11.

¹³ Rapport NABNI 2020, op cit, p8 et 9.

- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique
- Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population.

La crise de l'endettement apparue au début des années quatre-vingt, fait émerger le FMI et la Banque Mondiale comme des institutions incontournables pour tous les débiteurs en difficultés. Dans ces circonstances, l'Algérie a passé un accord qui engage le pays à mettre en œuvre un programme de stabilisation et d'ajustement. Il s'agit d'assainir l'économie par le rétablissement des grands équilibres macro économiques de façon à réunir les conditions de la relance. Or l'application de programme d'ajustement a des effets qu'il faut identifier.¹⁴

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel sont : réduction des importations des médicaments et de réduire les dépenses de santé « Les mesures prise a cet effet n'ont pas répondues à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouties à une augmentation des charges financières sur les ressources collectives, sans que l'efficacité n'ai suivie ». ¹⁵

I-1-5 Cinquième phase (2002-2012) : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure.

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Certains indicateurs de santé connaissent une amélioration significative à savoir :¹⁶

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passe de 3,5% en 2000 à 5,8% en 2009 ;
- Des nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 (35000 praticiens en 2007, dont 13000 spécialistes) ;

¹⁴ Kaid Tililane Nouara, op cit, p 55.

¹⁵ Kaid Tillilane Nouara, op cit, p 60, 61.

¹⁶ MSP : Statistiques sanitaires, cité par la banque mondiale, 2010.

- Promotion du médicament générique et encouragement de la production locale (70% de la couverture nationale en volume des médicaments en 2012).

Depuis Janvier 2008, une nouvelle disposition réglementaire a été prise dans le domaine de l'organisation de santé, instituant une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre :¹⁷

- Des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité, ex Secteur Sanitaire) ;
- Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires) et EHS ;
- Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés) dans par exemple la médecine sportive ou les maladies cardio-vasculaires.

La situation actuelle se caractérise entre autres par :¹⁸

- 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 se traduit par des bouleversements socio-économiques.

¹⁷ Rapport NABNI 2020, op cit, p11.

¹⁸ Saihi A : Le système de santé public : Analyse et perspective, ENA, Alger, Avril 2006.

I-2 Etat de santé de la population et indicateurs de santé en Algérie

Dans cette section, nous essayons d'aborder quelques indicateurs de l'état de santé de la population en Algérie.

I-2-1 Etat de santé de la population en Algérie

L'état de santé de la population est une part d'un indicateur du développement d'un pays, d'autres parts elle reflète la capacité du capital humain qui est un facteur indispensable pour le fonctionnement de tous les secteurs, car une mauvaise santé a un impact négatif sur la production.

L'augmentation des dépenses de santé influence positivement sur l'état de santé de la population, cela lorsque ces dépenses sont rationnelles et orientées dans le bon sens, tout en prenant en considération les autres déterminants de la santé telle que l'effet de l'environnement et les comportements individuels.

Les progrès dans l'amélioration de l'état de santé de la population en Algérie sont clairs depuis l'indépendance, bien que le financement soit resté stable en dinars constant au regard de la croissance démographique et de l'augmentation de la taille du secteur. Malgré une grande insatisfaction résiduelle, les algériens restent attachés à un système de soins basé sur l'égalité d'accès et la solidarité nationale.¹⁹

Au 1^{er} janvier 2013 la population algérienne résidentes est estimée à 37,8 millions d'habitants contre 35,6 millions d'habitants en 2010, soit un accroissement de 748 000 habitants. L'élan démographique sans précédent qui a marqué la période poste indépendance, c'est traduit par un presque quadruplement de la population en 50 ans entre 1962 et 2012. La population algérienne situe ainsi en termes de volume, au premier rang des pays maghrébins. Selon les tendances observées, la population algérienne avoisinerait les 50 millions en 2050²⁰.

¹⁹ Aguersif M : Le financement de la santé publique en Algérie : Evaluation 1974-1989, Oran, In <http://www.santé.dz>.

²⁰ Office National des Statistiques.

Tableau n°1 : Evolution du volume de la population et son accroissement naturel en Algérie
1962-2011.

Année	1962	1990	2000	2007	2009	2010	2011
Volume de la population en milliers	10 200	25 022	30 416	34 096	35 000	36 125	36 717
Taux d'accroissement en%	3,39	2,49	1,43	1,71	1,92	2,01	2,04

Source : Office National des Statistiques.

A travers les résultats des différents recensements réalisés depuis l'indépendance, le taux annuel moyen d'accroissement intercensitaire est passé de 3,39% entre 1962 à 1,43% en 2000, pour atteindre que 2,04 en 2011.

II-2-1-1 Une vue générale sur les maladies en Algérie

D'un point de vue épidémiologique, l'Algérie est confrontée à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et celles des pays développés. La situation sanitaire dans le pays a connue une multiplication des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles.

I. Les maladies transmissibles

Les maladies transmissibles regroupent l'ensemble des maladies évitables par le programme de vaccination, des maladies à transmission hydrique, des maladies à transmission sexuelle et sanguine et des zoonoses.

a) Les maladies évitables par le programme de vaccination

Se sont l'ensemble des maladies inscrites dans le calendrier vaccinal algérien et pour lesquelles, la vaccination est rendue obligatoire. On distingue : la diphtérie, le tétanos, la tuberculose, la polymétrie et l'hépatite. La maîtrise des maladies évitables par le programme

de vaccination dépend principalement de la qualité de la couverture vaccinale et du rappel propre à chaque année.²¹

➤ **La diphtérie** : L'incidence de cette maladie a connue une diminution considérable, soit 3,52/100 000 habitants en 1963 contre 0,01/100 000 habitants en 2006²², à l'exception de l'année 1995 où elle a atteint un taux d'incidence de 3,49/100 000 habitants. La principale cause de cette augmentation peut être justifiée par la baisse de la couverture vaccinale et l'absence des programmes de vaccination et les mouvements de population qui favorisent la propagation de l'infection.²³

Tableau n°2 : L'évolution de la diphtérie en Algérie entre 1990-2006.

Année	1990	1995	2000	2003	2005	2006
L'incidence de la diphtérie	0,12	3,49	0,01	0,02	0,02	0,01

Source : -MSPRH, Direction de la prévention.

-INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

➤ **Le tétanos** : En 2007, 7 cas de tétanos non néonatal ont été déclarés au niveau national contre seulement 3 cas pour le tétanos néonatal durant la même année. Le nombre de cas le plus élevé de tétanos néonatal a été enregistré en 2005 avec 8 cas.²⁴

Tableau n°3 : Evolution du nombre de cas de tétanos en Algérie entre 2000-2007.

Année	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de cas de tétanos néonatal	8	5	3	3	8	5	3

Source : -OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

-INSP, Relevé épidémiologique annuel 2005, 2006,2007.

²¹ Ouali Ahcene : Essai d'évaluation des coûts de la vaccination en milieu scolaire : Cas de la wilaya de Béjaia, Mémoire de master en sciences économiques, Université de Béjaia, juillet 2011, p 23.

²² INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

²³ Lazhar Fellah : Etude exploratoire du système de santé algérien : Déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, Université M/BOURDEAU, 1998.

²⁴ Ouali Ahcene, Op.cit, p 24.

➤ **La tuberculose** : Sur le plan national, l'incidence de cette maladie a baissée durant la période 2001 jusqu'à 2008, soit 60,1 de cas pour chaque 100 000 habitants en 2001 pour atteindre que 58,9 de cas sur 100 000 habitants en 2008.²⁵

Tableau n° 4: L'évolution de la tuberculose en Algérie entre 2001-2008.

Année	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de l'incidence	60,1	60,9	62,8	63,2	65,2	65,2	63,3	58,6

Source : -Alihassala S, Op.cit.

-Ouali Ahcene, Op.cit, p 25.

➤ **La rougeole** : Au cours de ces dernières années, la rougeole ne présente pas un taux d'incidence important au niveau national, soit une incidence de 2,62 pour chaque 100 000 habitants en 2007²⁶ contre un taux de 50,2 pour chaque 100 000 habitants en 2003. La principale cause de cette diminution est due probablement la mise d'une bonne couverture vaccinale et l'introduction du plan vaccinal anti rougeole dans le calendrier vaccinal de l'enfant (à l'âge de 6 ans).

Tableau n°5 : Evolution de l'incidence de la rougeole en Algérie entre 1990-2007.

Année	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
L'incidence de la rougeole	27,46	34,51	11,28	8,97	18,88	50,02	9,14	7,97	2,83	2,62

Source : -MSPRH, Direction de la prévention.

-INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

b) Les maladies à transmission hydrique ((MTH)

Les maladies à transmission hydriques regroupent de la fièvre typhoïde, du choléra, du l'hépatite et des dysenteries.

²⁵25 Ali halassa S : Programme national anti tuberculose, Epidémiologie de la tuberculose en Algérie, Journée mondiale de la tuberculose, 2009.

²⁶ INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

➤ **La fièvre typhoïde** : Le taux d'incidence de cette fièvre a connue une diminution importante, soit 16,3 pour chaque 100 000 habitants en 1997 pour atteindre 10,9 pour chaque 100 000 habitants en 2007. Les causes primordiales de cette amélioration est due essentiellement à l'amélioration des conditions d'hygiène et de l'approvisionnement en eau potable.²⁷

Tableau n°6 : Evolution de l'incidence de la fièvre typhoïde au niveau national entre 1990-2007.

Année	1990	1995	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Incidence de la fièvre typhoïde	11,75	16,25	10,9	9,28	6,87	10,3	2,31	2,64	2,82	2,87	1,91

Source : -INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007. / -Ouali Ahcene, Op .cit, p 28.

➤ **Le choléra** : Au cours des années 1980, cette maladie a connue une évolution en nombre de cas atteint de choléra, soit 2541 cas en 1980. Quelques années plus tard, la maladie a multipliée pour atteindre plus de 8152 cas au niveau national en 1986. Aujourd'hui, aucun cas de choléra n'a été enregistré sur le territoire national.²⁸

➤ **L'hépatite** : L'incidence de l'hépatite virale de type B est plus élevé que cette de type A. En 2007²⁹, le taux d'incidence de l'hépatite virale (tous types confondus) est de 10,37 pour chaque 100 000 habitants contre 8,9 cas pour chaque 100 000 habitants en 2006, soit une augmentation de presque deux points. La propagation de cette maladie est due principalement à la mauvaise hygiène du milieu (mauvaise évacuation des eaux usées).³⁰

➤ **La dysenterie** : Au début des années 1980, l'incidence de la dysenterie est plus important au niveau national, cela peut être justifié par l'absence chronique de l'entretien du système d'adduction d'eau potable et de la dégradation du milieu (la vétusté et l'insuffisance du réseau d'évacuation et de traitement des eaux usées). A partir de 1983, l'incidence de cette maladie a connue une baisse, passant de 48,8 cas pour 100 000 habitants en 1983 contre 5,6 cas pour 100 000 habitants en 1991 pour atteindre que 3,27 cas pour 100 000 habitants en 2007.³¹

²⁷ Ouali Ahcene , Op.cit, p 27.

²⁸ Ouali Ahcene, Op.cit, p 28.

²⁹ INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

³⁰ Ouali Ahcene, Op.cit, p 28.

³¹ Ouali Ahcene, Op.cit, p 29.

Tableau n°7 : Evolution de l'incidence des dysenteries en Algérie entre 1990-2007.

Année	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
L'incidence de dysenterie	48,9	7,25	11,6	8,65	9,36	7,5	7,1	6,56	4,49	3,06	3,27

Source : -INSP, Relevé épidémiologique annuel, 2007.

-Ouali Ahcene, Op.cit, p 30.

c) **Les zoonoses :** se définissent comme étant des maladies infectieuses ou parasitaires affectant principalement les animaux, transmissibles à l'homme et réciproquement (la rage, la leishmaniose).³²

d) **Les maladies à transmission vectorielle :** se sont les maladies qui se transmettent généralement par les piqûres des insectes. On distingue :

➤ **Le paludisme :** 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 cas pour 100 000 habitants.³³

En 2010, 408 cas sont recensés dont 400 importés, 4 cas introduits, 2 cas provoqués, 1 cas autochtone et 1 cas non classé.

Tableau n°8 : Evolution du nombre de cas du paludisme en Algérie entre 2001-2010.

Année	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2009	2010
Nombre de cas de paludisme	435	307	427	299	117	288	94	408

Source : -MSPRH, Direction de prévention, Service paludisme.

-INSP, Le paludisme en Algérie, Rapport annuel 2009.

e) **Les maladies sexuellement transmissibles :** se sont les maladies qui se transmettent d'une personne à une autre par voie sexuelle, on distingue :

³² Ouali A hcene, Op.cit, p 29 et 30.

³³ MSPRH, Direction de prévention, Service paludisme.

➤ **Le SIDA** : Au 31 décembre 2010, le nombre de cas est de 142(50% femme et 50% homme)³⁴. Du 1^{er} au 30 septembre 2011, est apparus 7 nouveaux cas de SIDA et 42 cas de séropositifs. Le total cumulatif de 1985 au 30 septembre 2011 est de 1234 cas de SIDA et de 5381 cas de séropositifs³⁵.

2. Les maladies non transmissibles : se sont les maladies qui ne se transmettent pas d'une personne à une autre. Une grande partie de ces maladies représentée par les maladies chroniques, les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires.

Les indices des maladies non transmissible progressent mais d'une manière relative. La maladie cardio-vasculaire occupe le premier rang avec 20% du total des décès, en termes de prévalence, l'hypertension HTA touche 3% de la population, le diabète atteint 1.5% des cas et l'asthme touche 1.3 des cas.

La localisation broncho-pulmonaire vient en première position chez l'homme, le cancer du sein occupe la première place chez la femme. Ainsi, les leucémies et les lymphomes dominent la pathologie cancéreuse chez l'enfant.

Le cancer constitue la principale cause de la morbidité qui se caractérise par un taux très élevé, cette cause est due à un diagnostic souvent tardif et à une prise en charge difficile et couteuse. Environ 30 000 nouveaux cas de cancer sont enregistrés chaque an, soit 20 000 cas de mortalité, avec une incidence de 85.5 cas pour chaque 100 000 habitants³⁶.

I-2-1-2 Les causes médicales de décès :

En 2008, 141 121 cas de décès ont été enregistrés au niveau national contre 138 256 cas survenus en 2007, soit un écart de 2865 cas de plus au cours d'une année³⁷.

Les maladies cardiovasculaire constituent le premier rang des causes des décès les plus fréquentes, soit 20% du total des décès, suivies des tumeurs avec 8%, des traumatismes avec 6%, des maladies de l'appareil respiratoire avec 5,5% et des maladies endocriniennes avec seulement 5%³⁸.

³⁴ Institut National de la Santé Public (INSP).

³⁵ Institut Pasteur d'Algérie : Laboratoire National de Référence VIH/SIDA.

³⁶ Saihi A, Op.cit.

³⁷ INSP, Causes médicales des décès, 2008.

³⁸ Ouali Ahcene, Op.cit, p 34.

I-2-2 Les indicateurs de santé en Algérie

Les indicateurs de santé actuellement disponibles témoignent l'état de santé de la population en Algérie. L'état de santé de la population à travers les indicateurs de santé sont les suivants :

I-2-2-1 L'espérance de vie en Algérie

L'espérance de vie à la naissance constitue un indicateur de développement, avoisine aujourd'hui les 76 ans, soit 24 ans de plus qu'en 1970 et presque 20 ans de plus qu'en 1980.

L'espérance de vie à la naissance est plus importante pour les femmes que pour les hommes, conformément à la tendance universelle de longévité féminine : l'écart entre les sexes se situe entre un ou deux ans, reste moins creusé que dans les pays occidentaux (6 années de l'écart entre les sexes au profit des femmes)³⁹.

Tableau n°9 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Algérie entre 1970-2012.

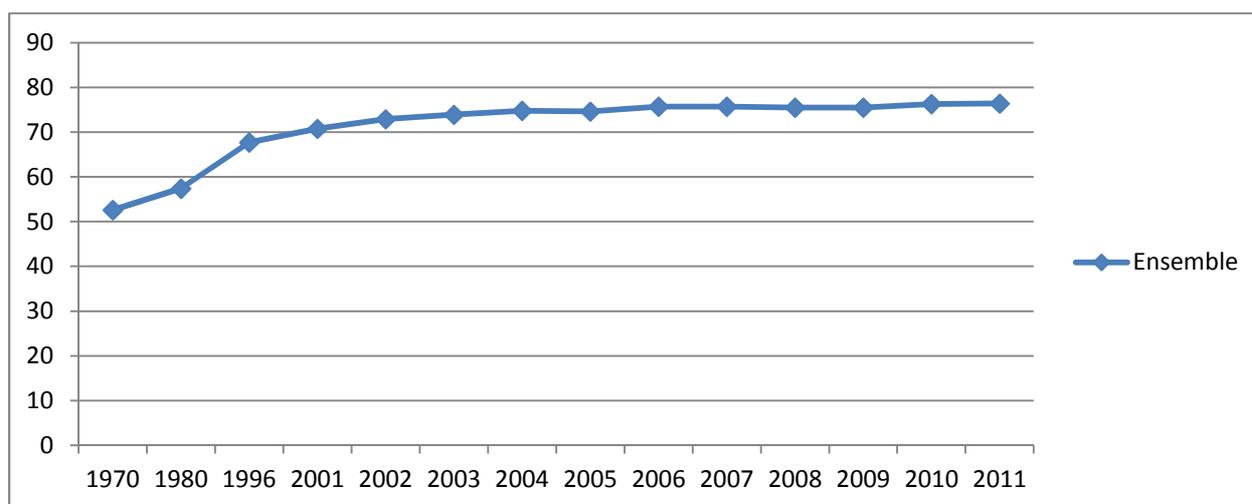
Année	Homme	Femme	Ensemble
1970	52,6	52,8	52,6
1980	55,90	58,8	57,4
1999	69,2	71	70,10
2001	69,43	72,14	70,76
2002	72,50	73,60	72,9
2003	72,9	74,9	73,9
2004	73,9	75,8	74,8
2005	73,6	75,6	74,6
2006	74,7	76,8	75,7
2007	74,7	76,8	75,7
2008	74,9	76,6	75,7
2009	74,7	76,3	75,5
2010	75,6	77	76,3
2011	75,7	77	76,4

Source :- OMS : statistique mondiale, Rapport sur la santé dans le monde n°198, 2011.In [http://www.who.int/whr/2005/11 annexes fr.pdf](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.pdf)

-SAIHI : Le système de santé public en Algérie : Analyse et perspectives, 2011.

³⁹ Office National des Statistiques.

Figure n°1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Algérie.



Source : graphe réalisé à partir des données du tableau n°9.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 52,7 années en 1970 dont 52,6 ans pour les hommes et 52,8 pour les femmes, soit un écart de moins d'un an. Cette espérance a connue une évolution progressive au cours des années récentes, ou elle atteint 70,76 ans en 2001 (dont 69,43 pour les hommes et 72,14 pour les femmes) et 76,4 ans en 2011 (dont 75,7 pour les hommes et 77,2 pour les femmes).

Cette évolution progressive de l'espérance de vie reflète la situation sanitaire de l'algérien ces dernières années. L'évolution de cet indicateur est le résultat d'un programme de lutte contre les maladies (la vaccination, la prévention et l'espacement des naissancesetc), la couverture sociale et l'amélioration de l'accès aux soins.

I-2-2-2 La mortalité en Algérie

La mortalité générale a connu une réduction importante au cours de la période post indépendance. Le nombre de décès dans la population totale va en diminuant et ce malgré l'augmentation de l'effectif global de la population.

➤ La mortalité générale

Par groupe d'âge et conformément au schéma universel, la mortalité, toujours élevé aux premiers mois de la vie, diminue pour atteindre son minimum autour de l'âge de 10 ans ; elle augmente ensuite progressivement aux âges suivants. Il est à noter qu'au delà d'un an, les facteurs endogènes, généralement liés aux malformations, tares génétiques, traumatismes de

grossesses et de la maternité....etc, tendent à devenir nuls. L'essentiel des décès est du alors aux facteurs exogènes, liés ordinairement à l'environnement.

Tableau n°10 : Evolution du taux brut de mortalité et des décès totaux (1970-2011).

Année	1970	1980	1990	2000	2001
Taux de mortalité	16,45	11,77	6,03	5,61	5,44
Effectifs des décès	219 000	220 000	151 000	168 000	268 000
Année	2002	2003	2004	2005	2006
Taux de mortalité	4,41	4,55	4,36	4,47	4,3
Effectifs des décès	138 000	145 000	141 000	147 000	144 000
Année	2007	2008	2009	2010	2011
Taux de mortalité	4,38	4,41	4,51	4,37	4,41
Effectifs des décès	149 000	153 000	159 000	157 000	162 000

Source : Office National des Statistiques.

Selon le tableau n°10, la mortalité en Algérie a connu un infléchissement important au cours des cinq décennies. Le taux brut de mortalité était estimé à 16,45 pour mille en 1970, se situe 5,51 pour mille en 2000, pour atteindre 4,41 pour mille en 2011. De même le nombre absolu de décès en 1970 passe de 162000 en 2011, pour une population qui est plus de trois fois et demie par rapport à la population de 1962.

➤ **La mortalité infantile**

La mortalité infantile a nettement régressé depuis l'indépendance. De 142 pour mille en 1970, elle passe à 84,72 pour mille en 1980 pour atteindre 51,1 pour mille en 2000. Cette baisse résulte à la fois de l'amélioration des conditions générales d'existence et de la mise en œuvre du programme national de lutte contre la mortalité infantile, dans lequel la vaccination occupe une place de choix. Toutefois, il est à souligner que la mortalité pendant les premières années de vie reste toujours un sujet de préoccupation en matière de santé publique.

Tableau n°11 : évolution de la mortalité infantile en Algérie, par sexe pour 1000 naissance entre 1970-2011.

<i>Année</i>	<i>Taux de mortalité infantile/ 1000</i>		
	<i>Garçons</i>	<i>Filles</i>	<i>ensemble</i>
1970	142,00	141,00	142,00
1980	84,40	85,06	84,72
1990	60,00	55,50	57,80
2000	54,20	47,80	51,10
2005	32,40	28,20	30,40
2009	26 ,60	22,90	24,80
2010	25,20	22,20	23,70
2011	24,60	21,60	23,10

Source : - ONS : Données statistiques n° 227.

-OMS : Organisation des enfants mondiale de la santé en 2010à 2012.

A partir du tableau n°11, nous constatons que la baisse de la mortalité infantile est ralentie au cours des années 1990, après une réduction de la moitié durant la décennie 80, le taux de mortalité infantile se situe autour de 55 pour 1 000 enfants dans les années 90. Il reste à signaler que la mortalité infantile est probablement surestimée. En effet, l'enregistrement des décès n'étant pas exhaustif, des réajustements sont opérés ; or, les taux de correction n'ont pas été modifiés depuis le début des années 80. A titre de comparaison, le taux de mortalité infantile a été estimé par les enquêtes de santé, à plus de 51,10 pour 1 000 enfants en 2000 et à 23,10 pour 1 000 enfants en 2011.

➤ ***La mortalité maternelle***

Au cours des deux dernières décennies, l'Algérie a connue une diminution de taux de mortalité maternelle, le taux enregistré en 2012 est de 4.72%. Cette baisse est due à la fois, aux réductions de la fécondité et à l'amélioration générale de la prise en charge des grossesses et l'accouchement.⁴⁰

⁴⁰ Benmansour S, Op.cit, p 58.

Tableau n°12 : Evolution du taux de la mortalité maternelle (taux pour 100 000 naissances) en Algérie entre 1999-2009.

Année	1999	2005	2006	2007	2009
Taux de mortalité maternelle	117,4	96,5	92,6	88,6	81,4

Source : MSPRH : Ministère de la Santé de la Population et de la réforme Hospitalière.

Le taux de mortalité maternelle (TMM) serait de 92,6 décès pour 100 000 naissances vivants en 2006, malgré le fait que 95,3% des accouchements se déroulent en milieu assistés. Les décès maternels constituent 10% de l'ensemble des décès des femmes âgées de 15 à 49 ans, les inégalités sont flagrantes. Le TMM a atteint 230 à Adrar (sud d'Algérie) contre 30 décès pour 100 000 naissances vivantes au niveau de la wilaya d'Alger⁴¹.

I-3 Les moyens du secteur sanitaire de santé en Algérie

L'Algérie durement éprouvée par l'histoire, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « médecine gratuite » instituée par ordonnance du 1er janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés certains effets négatifs qui se traduisent par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondant des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins.

A partir des années 80, l'Algérie a engagé d'importants investissements au niveau des infrastructures, aussi les ressources humaines ont été consenties.⁴²

I-3-1 L'offre hospitalière

En 1981, l'Algérie a adoptée une carte nationale sanitaire ayant la nécessité de corriger les disparités entre les régions, les villes et les campagnes. Cette carte a consacré une hiérarchie des soins qui se situe à quatre niveaux, à savoir :⁴³

- Niveau A : soins hautement spécialisés ;
- Niveau B : soins spécialisés ;
- Niveau C : soins généraux ;

⁴¹ Worldbank.org: Janvier 2010.

⁴² Oufriha F Z : Système de santé et population en Algérie, Ed, ANEP, Année 2002, p 26.

⁴³ Benmansour S, Op.cit, p48

➤ Niveau D : soins de premier recours.

Tableau n°13: Infrastructures sanitaires publiques.

<i>Structures</i>	<i>Nombre</i>	
	<i>1967</i> ⁴⁴	<i>2006</i> ⁴⁵
<i>CHU</i>	-	13
<i>EHS</i>	-	31
<i>Hôpitaux généraux</i>	156	224
<i>Polycliniques</i>	0	504
<i>Centres de salles et salles de soins</i>	188	5368
<i>Centre médico-social</i>	-	515
<i>Unité de santé scolaire</i>	-	1121
<i>Unité de santé universitaire</i>	-	80
<i>Centre de transfusion sanguine</i>	-	120
<i>Officines de pharmacie</i>	-	989

Source : Ministère de la Santé, MSPRH.

L'offre de soins hospitalière est constituée de secteurs dualistes, à savoir le secteur privé à but lucratif et le secteur public à but non lucratif, doté de personnes morales, de droits publics et de l'autonomie financière.

En 2012, l'infrastructure hospitalière est constituée de 192 hôpitaux relevant des secteurs sanitaires, 74 établissements spécialisés (EHS), 14 centres hospitalo-universitaires (CHU) et 392 maternités (environ 5368 lits). Les infrastructures extrahospitalières comprennent 504 polycliniques, 5368 centres de santé et salles de soins, 515 centres médico-sociaux, 1121 unités de dépistage et de suivi de santé scolaire, 80 unités médecine préventive au milieu universitaire, 120 centres de transfusion sanguine et 1012 officines de pharmacie.⁴⁶

En outre, en raison de la qualité insuffisante des prestataires publics, et de l'éloignement de la population globale d'un établissement de soins, le secteur privé se développe rapidement. Ce qui constitue une source importante d'inégalités.

⁴⁴ Oufriha F Z : Système de santé et population en Algérie. Ed. ANEP, 2002, p74.

⁴⁵ MSPRH. Direction des finances et des moyens : monographie des établissements de santé, Année 20062 .

⁴⁶ Touazi A, Op.cit, p19.

Après l'application du décret 88-204 en 1988 consistant l'ouverture du secteur de santé privé. Ce secteur a connu une importante multiplication, plus de 390 cliniques en 2009 avec 7200 lits. L'armée dispose également de ses propres structures de santé qui dépendent de la direction centrale des services de santé militaire au sein du ministère de santé.⁴⁷

Le décret exécutif n° 07-140 du mai 2007 portant sur la création, l'organisation et le fonctionnement des établissements publics hospitaliers de santé de proximité, fait l'objet de transformation des secteurs sanitaires (comprenant les hôpitaux, les polycliniques et les dispensaires) en établissements publics de santé de proximité ((EPHP). Cette nouvelle carte sanitaire permet une décentralisation de la gestion des polycliniques et les dispensaires.⁴⁸

En 2010, il existe :

- 271 EPSP ;
- 15 CHU-EHU (14+1) (Centre hospitalo-universitaire, établissement hospitalier universitaire) ;
- 209 EPH-EH (établissement hospitalier) ;
- 65 EHS (établissement hospitalier spécialisé) :

La capacité litière d'hospitalisation est estimée à près de 63 000 lits. Le taux d'occupation de lits par habitants est de 1,7 pour 1000.⁴⁹

I-3-2 L'offre humaine

L'Algérie détient une grande masse en ressources humaines, qui est répartie en secteur public et secteur privé. En effet, près de 175000 personnes travaillent dans le secteur sanitaire, soit 12,9% des effectifs de la fonction publique, 33,5% pour le secteur de l'éducation nationale et 28% pour les collectivités locales.⁵⁰

Au lendemain de l'indépendance, en effet, à l'instar des autres secteurs d'activités, le secteur de la santé été déserté par une grande majorité des cadres d'origines européenne qui constituaient l'ossature principale.

⁴⁷ Le Marché de santé en Algérie, Missions économiques, Ambassade de France en Algérie, 2006.

⁴⁸ Abbou Youcef : Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie, Mémoire du magister en sciences économiques, Université A Mira de Béjaia, 2010, p35.

⁴⁹ MSPRH, Direction des finances et moyens : Monographie des établissements de santé, 2010.

⁵⁰ MSP : Développement du système national de santé et perspectives, Ed, 2001.

En 2010, le pays disposait de 28 652 médecins dont 20 963 généralistes et 7 689 spécialistes avec une densité de 1 médecin pour chaque 757 habitant contre 1 médecin pour chaque 25 000 habitant en 1967), 6 521 (avec une densité de 1 dentiste pour chaque 5 215 contre 1 pour chaque 14 500 en 1967), 757 pharmaciens (avec une densité de 1 pharmacien pour chaque 3 141 habitant contre 1 médecin pour chaque 80 000 en 1967) et 103 663 cadres paramédicaux (une densité de 1 paramédical pour chaque 1 000 habitant).⁵¹

I-3-3 Marché du médicament

Le marché pharmaceutique algérien est le troisième marché africain (2,9 milliards de dollars en 2011), en croissance moyenne de plus de 10% par an. Il devrait cependant atteindre, voire même dépasser 8 milliards en 2020 et la part des produits importés sera toujours située autour de 60% en valeur, notamment si les axes de la production locale n'évoluent pas vers plus de diversification et de spécialisation technologique.⁵²

Selon le ministre de la santé, en 2009, le marché algérien de l'offre médicale est constitué de 326 laboratoires, 5 producteurs, 133 importateurs, 95 vendeurs en gros et 9000 pharmacies. Comptant 54 unités de fabrication de produits pharmaceutiques, dont 38 des médicaments. Sur ce total, 7 appartient au groupe public SAIDAL et 2 ont été réalisés en association avec SAIDAL.⁵³

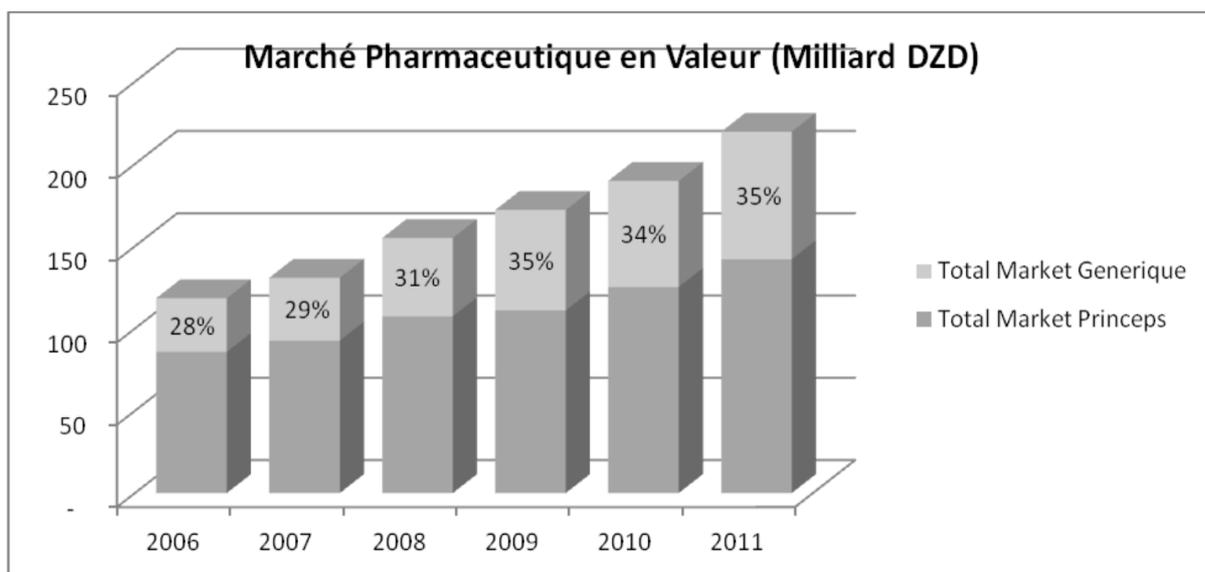
En 2011, le marché compte 56 unités sur le territoire. Elles couvrent 35% des besoins nationaux en valeur et 53% en volume. Le marché algérien reste cependant structurellement importateur car les unités de production locales se concentrent sur les génériques (90 % de la production constituée de médicaments génériques et seulement 10 % de spécialités, aux échéances brevétaires déjà échues ou imminentes) et sur les mêmes formes pharmaceutiques qui ne couvrent qu'une partie des besoins (essentiellement en forme liquides, pâteuses et sèches simples, ainsi que quelques matériels médicaux de base).

⁵¹ MSPRH : Service Planification.

⁵² Rapport NABNI, Op.cit, p16.

⁵³ Touazi A, Op.cit, p21.

Figure n°2: Evolution du marché du médicament en Algérie (2006-2011).



Source : Rapport NABNI2020, Janvier 2020.

L'Algérie s'est donc orientée vers une production de masse de générique depuis 20 ans pour des raisons d'accessibilité plus facile (techniques, humains, financiers) et d'encadrement juridique volontariste (mise en place et réactivation de listes de produits interdits à l'importation basée sur les productions de génériques).

Le prix moyen des médicaments génériques vendus est passé en 5 ans de 162.5 à 244 DZD soit une augmentation de 50 %. Cette évolution est la traduction directe des transitions épidémiologiques citées plus haut et reflète la tendance des laboratoires, même ceux proposant des génériques, à introduire de nouvelles molécules toujours plus chères. Ces prix sont pourtant contrôlés et évalués périodiquement sur les listes de médicaments avec tarifs de référence. Les génériques demeurent aussi relativement chers à cause des coûts des matières premières importées mais également par défaut d'économie d'échelle car les unités de production sont encore récentes, restent de petites tailles et ne travaillent pas encore en synergie.

II- Dépenses et financement de la santé en Algérie

Le financement de la santé constitue une préoccupation importante pour l'ensemble des pays du monde. En Algérie, l'augmentation des dépenses de santé pose des problèmes de financement de ce secteur. Trouver un mécanisme efficace de financement est une priorité qui s'impose dans le pays.

II-1 Les dépenses de santé en Algérie

En Algérie, à l'instar des autres pays, le problème de la forte croissance des dépenses de santé se pose avec acuité ces dernières années. L'Algérie a connu l'émergence du problème des coûts de la santé et de leur évolution alarmante à partir de la fin des années 1980, suite au ralentissement de la croissance économique et à la contraction des ressources nationales ainsi qu'aux difficultés de financement des caisses de la sécurité sociale.⁵⁴

Le système national de santé se situe à un niveau inférieur à celui des pays à revenu intermédiaire, les dépenses de santé connaissent une évolution croissante à un rythme historique supérieur à celui du PIB. Cette croissance est soutenue par la conjonction de plusieurs facteurs: vieillissement, transition épidémiologique et démographique, élévation de niveau de vie des individus, multiplication des infrastructures sanitaires et généralisation de la couverture sociale.

Après l'instauration de la politique du programme d'ajustement structurel (PAS), en raison des difficultés économiques auxquelles le pays était confronté, des mesures de réduction des dépenses de santé ont été prises afin de limiter les importations des médicaments et l'investissement dans le secteur de santé.⁵⁵

⁵⁴ Ziani L, Achouche M : Analyse des dépenses de santé en Algérie, p 1.

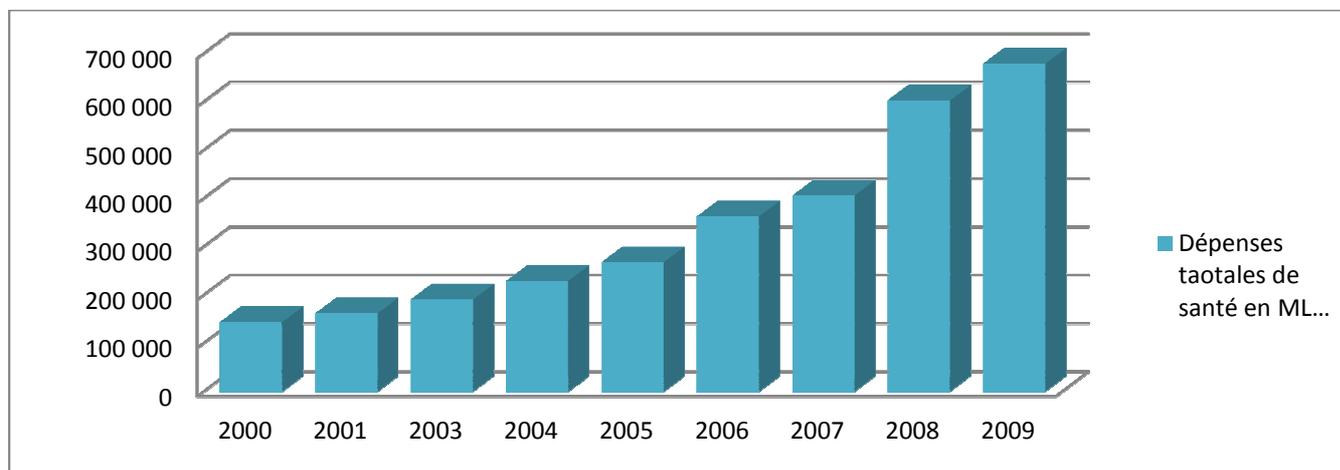
⁵⁵ Kaid T N : Op cit, p61.

Tableau n°14 : Les dépenses de santé en Algérie (2000-2011).

Année	2000	2001	2003	2004	2005
Dépenses totales de santé en millions de DA	143 870	162 231	190 895	228 895	267 795
Dépenses publiques en % des dépenses totales de santé					

A partir des données du tableau n°14, nous avons construit les figures : 3, 4, 5 et 6, qui expliquent les différentes variables de santé en Algérie.

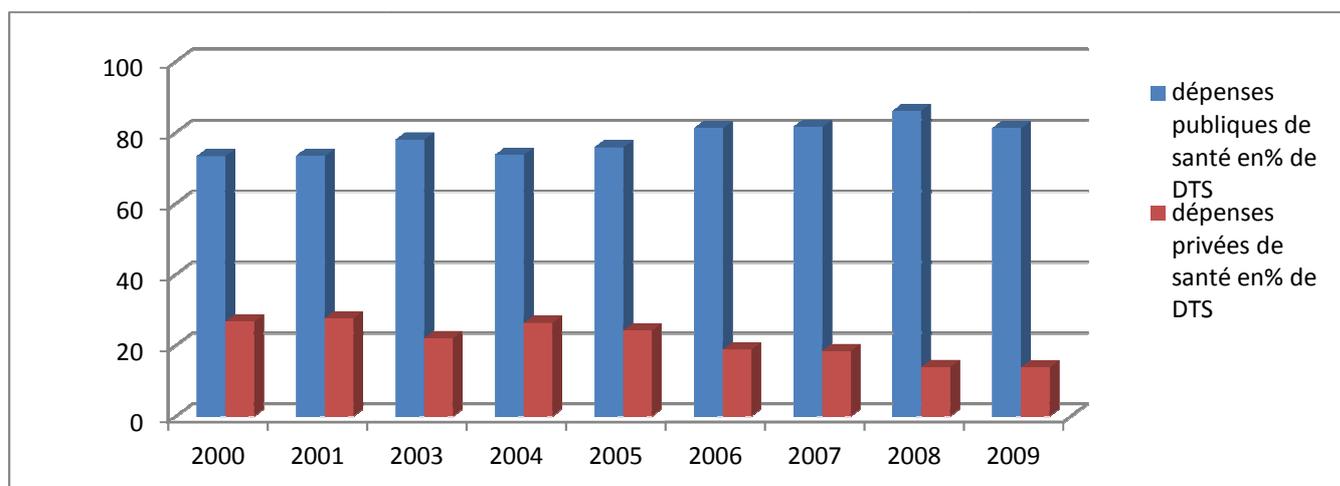
Figure n° 3: Evolution des dépenses totales de santé en Algérie (2000-2009) en millions de DA.



Source : Graphe réalisé à partir des données du tableau n°14.

D'après cette figure, nous remarquons que les dépenses totales de santé sont en augmentation continue, la valeur de ces dépenses est estimée à 143 870 millions de dinars en 2000, 267 795 millions de dinars en 2005 et 679 262 millions de dinars en 2009, soit un accroissement de 253,64 % durant la période 2000-2009.

Figure n° 4: Evolution des dépenses publiques et privées en % des dépenses totales de santé en Algérie (2000-2009).

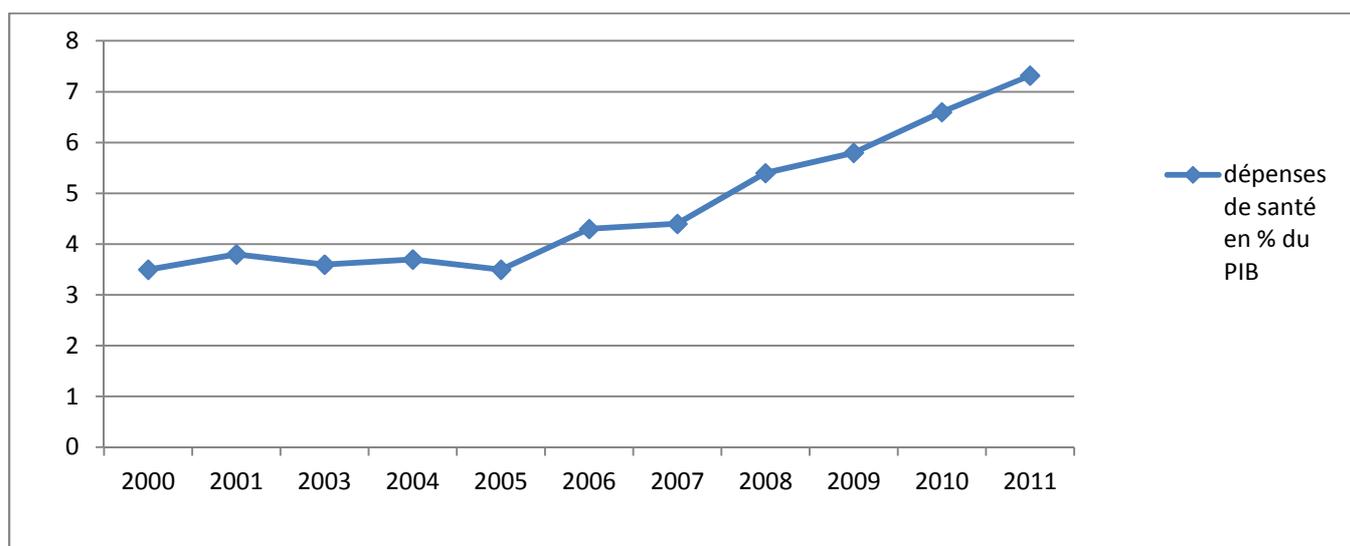


Source : Graphe réalisé à partir des données du tableau n°14.

Les dépenses totales de santé s'agissent des dépenses de santé dans le secteur public et privé. Les dépenses de santé publique se situent à 73,3% en pourcentage de dépenses totales de santé en 2000. Ce pourcentage a augmenté à son tour presque à son état initial de 73,8% en 2004, atteignant 86,2% en 2009. En outre, la part des dépenses privée en pourcentage des dépenses totales de santé a connue une diminution, soit 27,2% en 2000, atteignant que 13,8% en 2009.

L'augmentation de la part des dépenses de santé publiques dans les dépenses de santé s'explique par la part importante de l'état consacrée à la santé à cause de l'émergence des maladies chroniques qui exigent les soins habituels et la consommation des médicaments chers, ainsi que la population algérienne exige de plus leurs besoins en matière de santé et l'importation de technologie moderne.

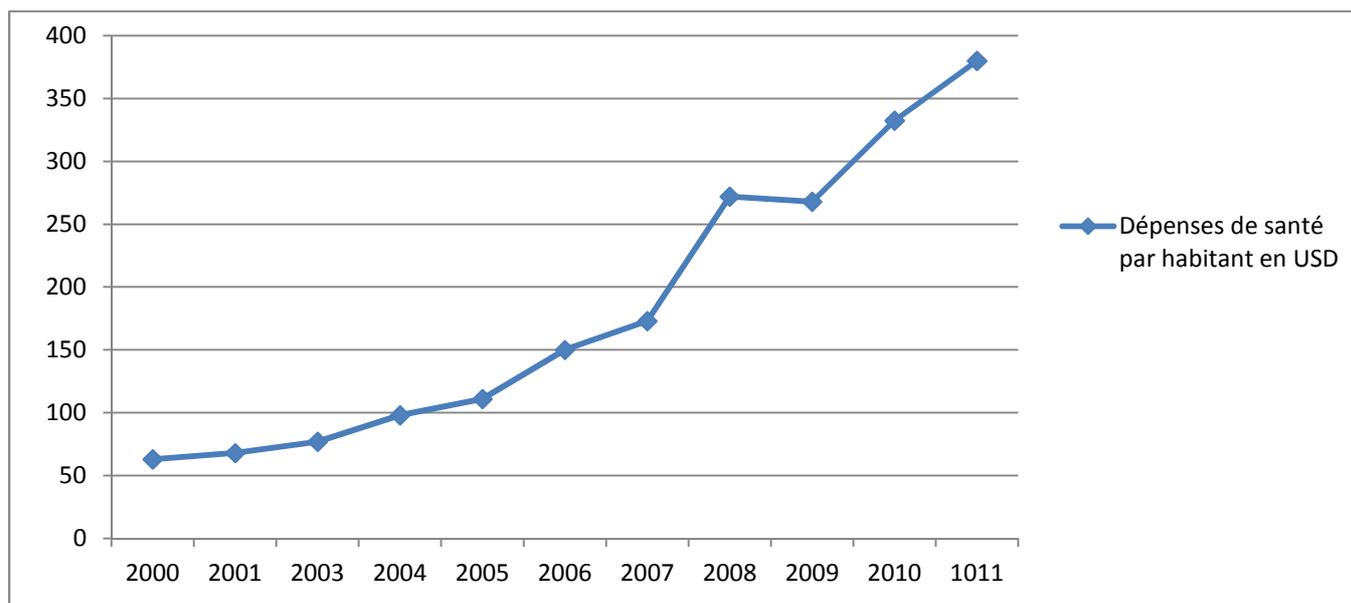
Figure n°5 : Evolution des dépenses de santé en % du PIB.



Source : Graphe réalisé à partir des données du tableau n°14.

D'après cette figure, nous remarquons que les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont une progression non régulière en passant de 3,5% en 2000 à 4,3 en 2006, atteignant 7,32% en 2011. En outre, il est utile de signaler que la part des dépenses totales de santé dans le PIB a connu une situation stationnaire entre les périodes 2000 et 2005. Cela peut se justifier par la crise économique suite à la chute des prix des hydrocarbures qui caractérise cette période.

Figure n°6 : Evolution des dépenses de santé par habitant en USD en Algérie (2000-2011).



Source : Graphe réalisé à partir des données du tableau n°14.

Les dépenses de santé par habitant ont connues une évolution très importante, soit 63 DA en 2000. Cette évolution a été multipliée par 6 au cours de la période 2000-2011, cette augmentation est due principalement aux désengagements de l'Etat progressif du financement de la santé et le développement du secteur privé et la dégradation de la qualité des prestations fournies par le secteur publics, ce qui poussent les ménages à contribuer pour l'amélioration de leur santé.

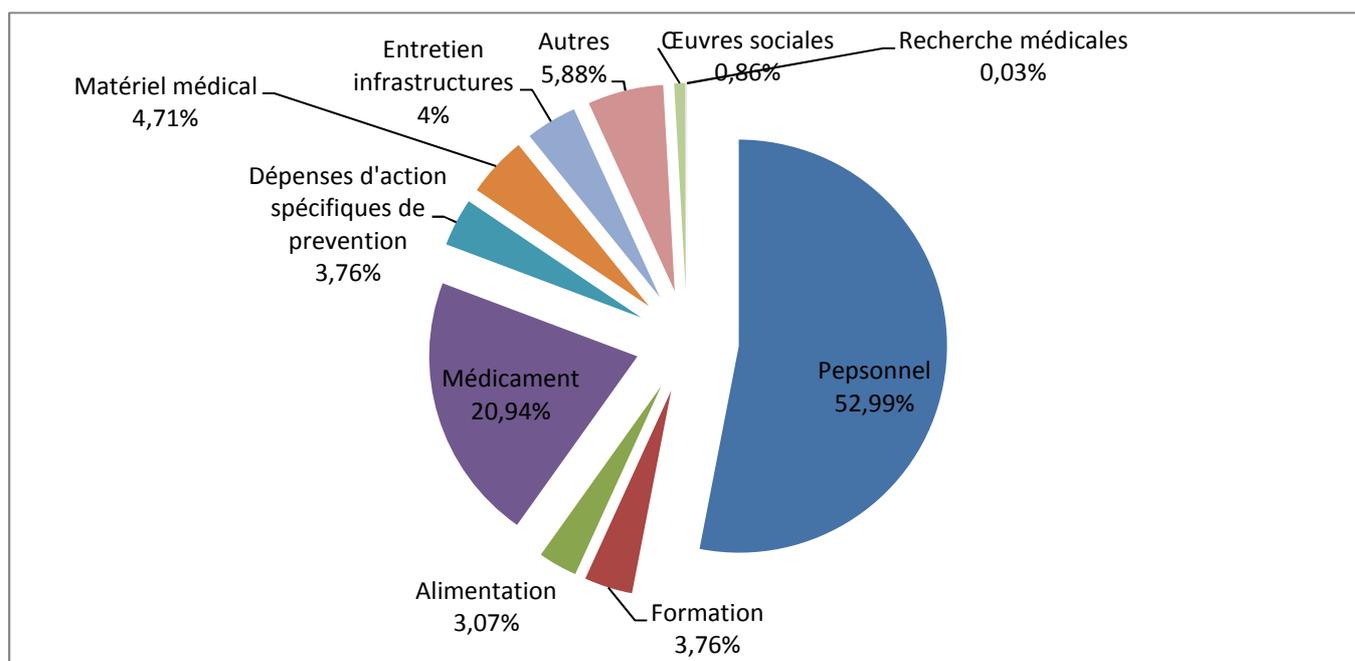
Tableau n°15 : Evolution de la structure des dépenses des établissements publics de santé.

Dépenses de santé	00	02	04	06	07	08	09
Personnel	61,96	65,25	61,62	60,32	55,26	52,07	52,99
Formation	2,57	2,12	2,49	2,33	2,23	3	3,76
Alimentation	2,03	1,55	1,89	2,29	2,39	2,64	3,07
Médicament	14,67	17,4	17,62	18,79	20,69	20,69	20,94
Dépenses d'actions spécifiques de prévention	1,93	2,27	2,38	2,39	2,29	2,54	3,76
matériel médical	2,94	4,1	4,86	3,64	6,55	5,13	4,71
Entretien infrastructures	1,9	1,92	2,66	2,9	3,55	3,86	4
Autres	4,72	4,37	5,36	5,76	5,83	6,17	5,88
Œuvres sociales	1,22	0,99	1,08	1,52	1,17	0,89	0,86
Recherche médicales	0,04	0,02	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03

Source : Tableau réalisé par nos soins à partir de :

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière : statistiques sanitaires de l'année 2007, 2008 et 2009.
- Kaid Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57, Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p 123.

Figure n°7 : Les dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en 2009.



Source : Graphique réalisé à partir des données du tableau n°15.

D'après les données du tableau n°15, le titre personnel occupe le premier rang dans le budget de l'Etat ; il présente plus de 2/3 du budget. Mais ce titre a connu une légère régression ces dernières années, ou sa part était de 67,96% en 2000, passant à 60,32% en 2006 puis à 52,09% en 2009. Cette diminution est due principalement à la des salaires d'une part et de l'autre part à la croissance du nombre de médecins exerçant dans le secteur privé.

Par contre les médicaments viennent dans la deuxième position en absorbant près de 20% dans le budget de l'Etat.

Quant aux autres dépenses de formation, alimentation, matériel médical et entretien infrastructures, les dépenses ne dépassent pas les 5% entre la période 2000-2009.

II-2 Financement de la santé en Algérie

Le financement de la santé en Algérie revêt une particularité spéciale du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale et celle des ménages.

Tableau n°16: Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé

Année	L'Etat	La sécurité sociale	Les ménages
1974	76,51	23,49	00
1979	60,88	38,58	0,54
1986	36,60	61,40	2,00
1992	31,50	38,87	29,63
1996	38,45	35,66	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
2000	47,27	26,03	26,7
2002	48,42	26,88	24,7
2003	50,38	27,01	22,6
2004	48,43	24,01	27,5
2006	53,8	27,4	18,8
2007	50,7	30,9	18,4
2008	55,1	31	13,9
2009	55,2	31	13,8

Source : Kaid Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4vol.57,

Editions scientifiques européennes, octobre-décembre 2004, p.116

OMS, rapport sur la santé dans le monde 2002,2004 et 2006.In www.who.int

OMS : Rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int

II-2-1 Maintien de la participation de l'Etat

La participation de l'Etat au financement de la santé est une priorité, il occupe le premier rang avec une participation majoritaire. Le gouvernement finance tous les titres de dépenses à savoir : les dépenses du personnel, de biens et services, transfert et d'investissement. Cette participation a pour garantir la solidarité sociale, la cohésion sociale et la promotion de la santé.⁵⁶

⁵⁶ Touazi A, Op.cit, p 23.

La plus grande part du financement budgétaire provient du ministère de la santé, plus de trois-quarts de budget général de l'Etat. Toutefois, cette part a connue une augmentation assez importante, en passant de 37,39% en 1997 à 50% en 2003, pour atteindre 55,2% en 2009, soit une augmentation de 18 % au cours de deuze ans.⁵⁷

D'autre part, les départements ministériels contribuent au budget de la santé, tels que : le ministère de la défense par le financement des hôpitaux militaire, le ministère de l'enseignement et de la recherche scientifique par la prise en charge des médecins des CHU, le ministère de l'éducation et le Ministère de la jeunesse et du sport mènent les activités de prévention. Aussi, d'autres ministères finances les établissements de la santé destinés à des groupes biens précis.⁵⁸

II-2-2 Consolidation de la sécurité sociale

La sécurité sociale constitue un important agent « financeur » de la santé en Algérie. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement surtout à partir de 1985, après les premiers signes des difficultés économiques et financières induites après la chute des prix des hydrocarbures à la fin des années 1980.⁵⁹

Durant les années 70, la participation de la sécurité sociale aux dépenses totales de santé connait une faible part, soit 23,49% en 1974. Cette faible participation se justifie par la participation de l'Etat qui couvrait une part dominante (76,51%), en raison de l'excédent financier de cette époque. Cependant, la participation de la sécurité sociale se chiffre suite à la crise qu'a connue le pays (chute des rentes pétrolières), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1999, la part de la sécurité sociale dans les dépenses totales de santé a connue une baisse, soit 29,33%. Cette situation est due à l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières enregistrées, soit 28,9 dollars pour le baril en 2003 et 65,40% en 2006.⁶⁰

⁵⁷ Ziani Zoulikha : Essai d'analyse de l'apport de la politique des dépenses de médicaments dans la régularisation des dépenses de santé en Algérie, Mémoire du magister en sciences économiques, Université A Mira de Béjaia, Mai 2012, p41.

⁵⁸ MSPRH : La politique nationale de la santé. MSPRH, Algérie, 2006.

⁵⁹ Larbi L : Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique, p 51 ;

⁶⁰ Ziani Zoulikha, Op.cit, p 41 ;

En 2008, la part de contribution de la sécurité sociale au financement du système de santé est prépondérante, elle présente plus de 33%, comparativement aux années précédentes, celle-ci a baissée, puisque elle était de 45% auparavant.⁶¹

II-2-3 Contribution des ménages

L'article 165 de la loi de finance institué en 1995 consistait l'application du ticket modérateur en Algérie, prévoit une participation des usagers aux déferents frais de soins par le biais de restauration et d'hôtellerie dans les établissements de santé.

Les dépenses de santé des ménages commencèrent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé du pays.⁶² En effet, elles représentent près qu'un quart des dépenses de santé entre 1992 jusqu'à 2005.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître, soit 18,8% en 2006, 18,4% en 2007 et atteindre 13,8% en 2009. Cette situation peut être expliquée par la part importante de l'Etat suite à l'embielle financière qui a caractérisée l'économie algérienne à partir de cette période, et cela grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures.

II-2-4 Recherche d'autres sources alternatives du financement des dépenses de santé

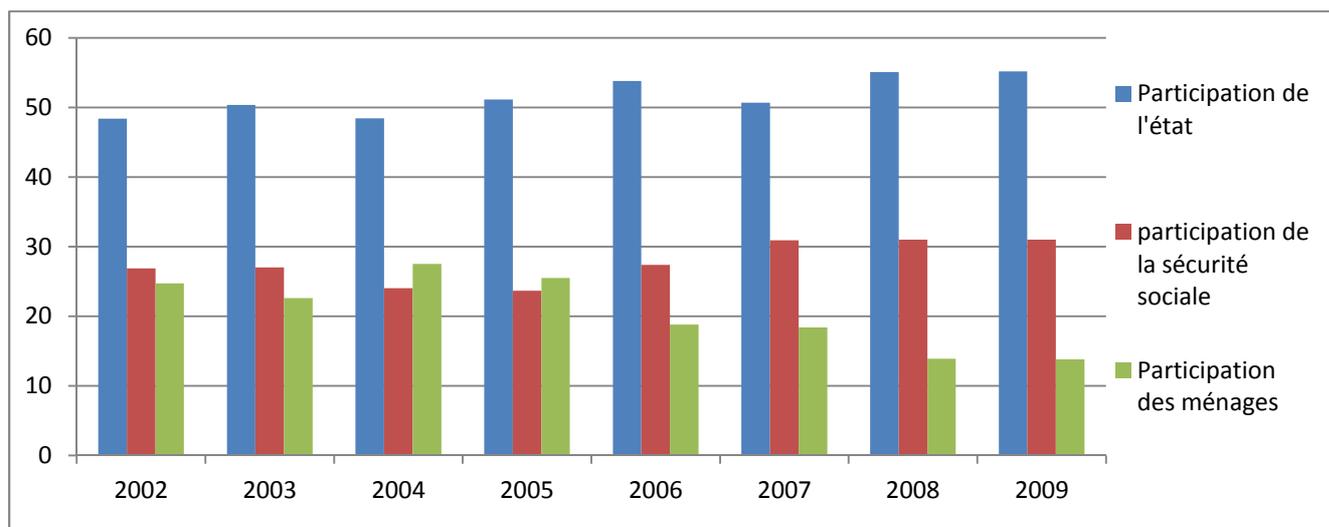
Le financement du système de santé en Algérie est à la recherche d'autres sources alternatives du financement à savoir :

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

⁶¹ Foudi Brahim : La contractualisation dans le système de santé Algérien et Marocain : Etat des lieux, Mémoire de magister en sciences économiques, Université A Mira de Béjaia, 2011, p117.

⁶² Ziani Zoulikha, Op.cit, p40.

Figure n°8: les sources de financement de la santé en Algérie en 2009.



Source : Réalisé par nos soins à partir du tableau n°13.

A partir de ce graphique, nous constatons que le financement des dépenses de santé au niveau des secteurs sanitaires est assuré principalement par l'Etat et la sécurité sociale. En 2009, la contribution de l'état était de l'ordre de 52,20% et la participation de la sécurité sociale dans les dépenses totale de santé était de 31%. Quant la participation des ménages est de 13,80%, cela peut s'expliquer par la place occupée par l'état qui couvrait une part importante dans les dépenses de santé.

III- Le financement des hôpitaux en Algérie :

Durant cette période qui s'est étalée de 1962 à 1974, les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes. Une deuxième période durant laquelle il fut institué la médecine gratuite allant de 1974 à nos jours et caractérisée par la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de financement appelée budget global (budgétisation) qui s'est substituée à l'ancien mécanisme de financement basé sur la tarification au prix de journée. Cette réforme du financement, datant de 1974, constitue une dangereuse mutation dans la mesure où il s'est réalisé un passage d'une logique de gestion à une logique de dépense de crédits budgétaires.⁶³

⁶³ La santé au Maghreb sur : www.santémaghreb.com, consulter en 2013.

III-1- Le financement par le budget global :

L'Ordonnance 73/65 du 28/12/1973 va instituer la Médecine gratuite dans le secteur public de soins, et la santé se trouve alors financée par le budget de l'Etat.⁶⁴

Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée incitait les gestionnaires hospitaliers à la tenue d'une comptabilité analytique permettant de suivre l'évolution des coûts et d'agir sur leur maîtrise. A l'inverse, la formule du budget global a conduit les gestionnaires à une déresponsabilisation prononcée dans la mesure où il leur est demandé de «dépenser» simplement un budget déjà réparti dans le détail et de façon centralisée entre titres, chapitres et articles. Les directeurs d'hôpitaux sont passés d'un état de «gestionnaires» à une situation de «dépensiers». La gestion au sens propre du terme se trouve complètement bloquée. Cette façon de faire se caractérise par une forte centralisation. Les incohérences commencent à apparaître dès lors que la répartition des crédits entre les établissements sanitaires n'obéit à aucune logique économique et ne se base sur aucun critère d'efficacité. Le système de santé algérien se caractérise par une inefficacité allocative de ses ressources.⁶⁵

III-1-1- Les modes de paiement :

- *Soit par le prix moyen de la journée d'hospitalisation ;*
- *Soit par le forfait par pathologie.*

Au vue des expériences internationales, le mode de financement privilégié par la sécurité sociale est le : « ***Forfait par pathologie*** »

En s'inspirant des expériences internationales, un catalogue national des coûts forfaitaires par pathologie a été mis en place.

Les pathologies sont classées par groupes d'affections et chaque groupe est classé par appareil (système nerveux, œil,). Le nombre de groupe d'affection est de : 28, et chaque pathologie correspond à un tarif ou forfait (un et un seul).

⁶⁴ Présentation du système actuel de contribution de la sécurité sociale au financement des établissements publics de santé et perspectives de la contractualisation : Séminaire sur le financement de la sécurité sociale, Alger, Août 2008.

⁶⁵ Idem.

Conclusion

Malgré l'énorme effort fait dans le domaine de santé, il ya un long chemin à faire. Dont on trouve que l'Etat contribue en premier lieu au financement de la santé en Algérie. Et pour avoir un système de santé plus performant, il devrait y avoir une révision du rôle de l'Etat en matière de production et de financement des soins de santé, tout en retrouvant des compromis acceptables entre équité, satisfaction des besoins et maîtrise des dépenses de santé.

Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage 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.

Introduction :

Le financement de la santé demeure une préoccupation. Il doit être basé sur la solidarité nationale en vue de l'accès aux soins pour tous. Le financement doit concerner en priorité la prévention, les services de soins de santé de base, la planification familiale et l'éducation sanitaire.

La croissance des dépenses sanitaires est un phénomène commun pour la plupart des pays du monde. Elle est liée en partie à des phénomènes structurels: progrès des techniques médicales, apparitions des nouvelles pathologies et au vieillissement de la population,...etc.

Le financement de l'hôpital est un élément primordial pour assurer aux citoyens les différents services sanitaires et l'application de leurs droits d'accès aux soins.

Aujourd'hui, il représente un véritable enjeu économique et social non seulement du fait de son rôle dans la lutte contre la maladie et pour l'accès aux soins mais aussi du fait de la part qu'il représente dans les dépenses de santé.

L'établissement public hospitalier d'Akbou est l'un des plus importants de la wilaya de Béjaïa nous commençons ce chapitre par la présentation de l'hôpital d'*AKLOUL Ali* puis son administration

Ensuite nous abordons le contenu de ses budgets et les opérations à suivre pour l'exécution du budget et enfin la période d'exécution de ce dernier.

I- Présentation de l'organisme d'accueil

Dans cette section, nous allons présenter l'organisme d'accueil, Historique de l'établissement public hospitalier d'Akbou, Mission de l'organisme d'accueil et l'organigramme de l'organisme d'accueil.

1.1. Historique du secteur sanitaire d'Akbou

L'établissement public hospitalier d'Akbou, avant l'indépendance, son siège était au centre ville d'Akbou (existe avant l'indépendance) en 1959, il fut décidé de construire une nouvelle, les travaux commencèrent en 1960 furent achevés en mars 1962, suivi après par le transfert du siège qui a ouvert ses portes le 02 novembre 1968.

Le secteur sanitaire d'Akbou fait partie de l'une des (05) cinq régions sanitaires du pays, il est situé à 70km du chef lieu de la Wilaya de Bejaïa, dont il dépend. Avec ses 1084km², son relief accidenté, sa position par rapport à la RN°26, il représente l'un des secteurs les plus importants de la Wilaya de Bejaïa. Le nombre d'usagers de ce secteur est estimé à 268394, repartis dans 188 villages constituant 15 communes et dans quelques

localités des Wilayas limitrophes. Il est composé de deux hôpitaux et de soixante structures extra hospitalières.

La nouvelle carte sanitaire a introduit un découpage qui scinde le secteur sanitaire en deux entités l'hôpital, désormais appelé Etablissement Public Hospitalière (EPH) et les unités sanitaires périphériques réparties dans en EPSP ou Etablissement Public de soins de proximité.

1.1.1. Le nouvel hôpital ou EPH « AKLOUL Ali »

En termes techniques, il est classé à la catégorie (B) et devient ainsi le second pôle sanitaire implorant après celui de Béjaïa, son importance stratégique et sa qualification de régional lui sont conférées par son implantation dans une région industrielle.

Mis en service des 1968, c'est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous tutelle du wali. Il relève du Ministère de la santé.

1.1.1.1 Mission de l'organisme d'accueil

L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale de l'autonomie financière, il est placé sous la tutelle du wali et constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrent la population d'une ou d'un ensemble de communes.

La consistance physique de l'établissement public hospitalier est arrête du ministre chargé de la santé.

Pour les missions de prise en charge, de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires sont :

- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- D'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

L'établissement public hospitalier peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de convention sièges avec établissement de formation.

1.1.2. Les services de l'hôpital d'Akbou

Il est constitué des services suivant :

- | | |
|--|---------------|
| ✓ <i>Médecine interne homme</i> | <i>33lits</i> |
| ✓ <i>Médecine interne femme</i> | <i>35lits</i> |
| ✓ <i>Pédiatrie et néonatalogie</i> | <i>33lits</i> |
| ✓ <i>Chirurgie générale</i> | <i>44lits</i> |
| ✓ <i>Gynéco obstétrique</i> | <i>34lits</i> |
| ✓ <i>Hémodialyse</i> | <i>13lits</i> |
| ✓ <i>Un pavillon des urgences avec une salle d'observation</i> | <i>10lits</i> |
| ✓ <i>02 Blocs opératoires 04 salles d'opérations</i> | |
| ✓ <i>01 Laboratoire d'analyse médical</i> | |
| ✓ <i>02 Services de radiologie</i> | |
| ✓ <i>01 Point de transfusion sanguine</i> | |
| ✓ <i>Les services administratifs</i> | |
- Une direction générale, attenante au secrétaire général.
- Les sous directions du personnel et de la formation, de l'économat et de l'équipement, des services sanitaires. A ces trois derniers sont rattachés les bureaux d'ordres suivants :
- ✓ *Le bureau des coûts, le bureau des statistiques et de la planification.*
 - ✓ *Le bureau des affaires économiques et sociales, le bureau du contentieux, le bureau de la solde, le bureau de la gestion des carrières, le bureau d'accueil et d'information, la surveillance générale et médicale ou bureau du mouvement et de coordination.*
 - ✓ *Un bureau des admissions (ancien bureau des entrées), une cellule de communication, un bureau du conseil médical, un bureau de la section syndicale et les services annexés et dépendances tels que, la cuisine, la buanderie, la maintenance, le parc auto, la cafétéria ...*

1.1.3. Moyens humains

Le personnel de l'établissement est composé de médecins, de paramédical, de personnels administratifs et d'agent de sécurités. On peut compter leurs nombres selon le tableau suivant :

Tableau n17 : nombre des travailleurs au sein de l'établissement.

<i>Catégories du personnel de l'établissement</i>	<i>Nombre</i>
Médecin	40
Infirmier	200
Personnel administratif et technique	197
Agent de sécurité	15
Total	452

Source : tableau réalisé par nos soins à partir des données collectées auprès de l'hôpital d'Akbou.

1.1.4. Tenue du personnel de l'établissement

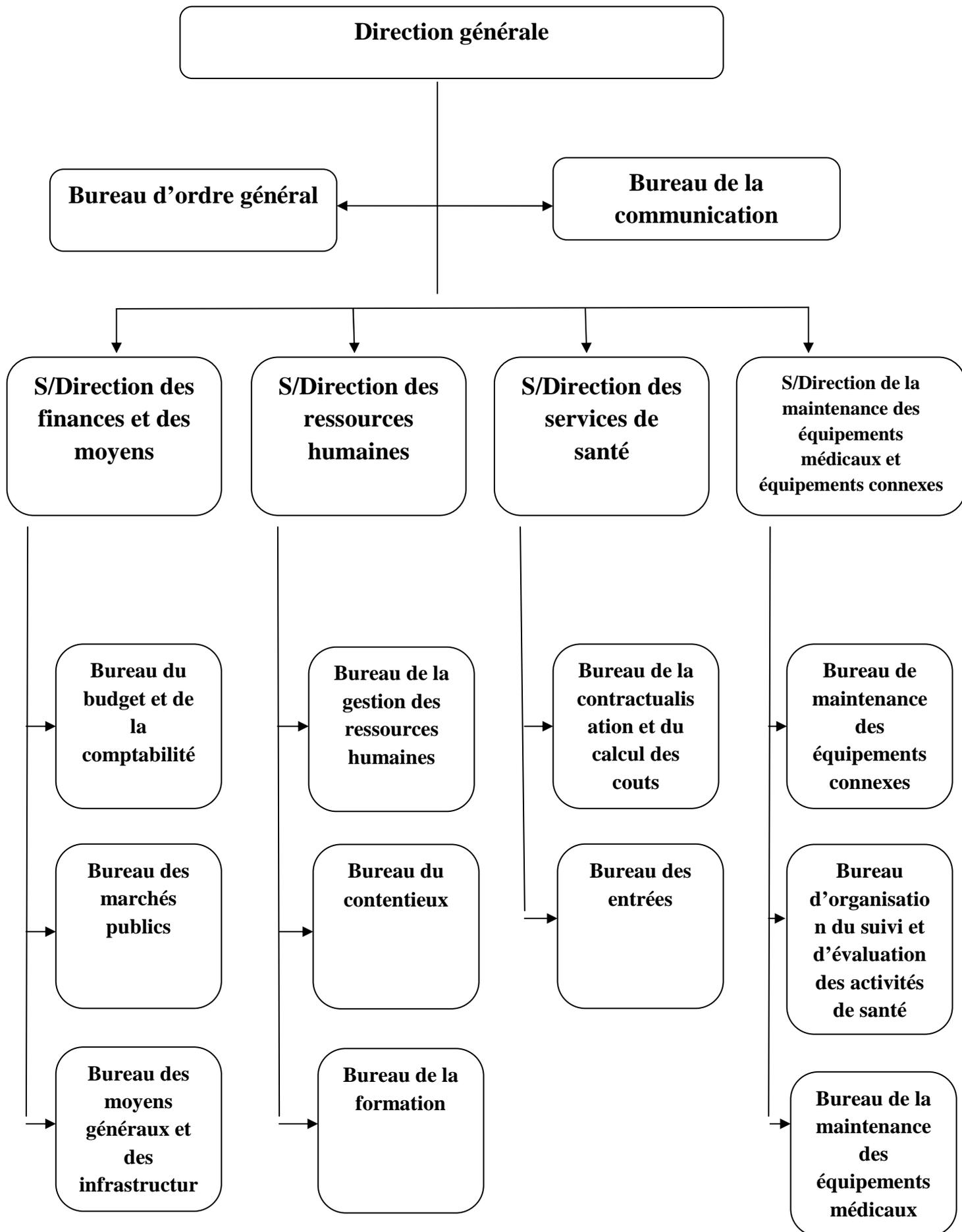
Selon la réglementation, chaque catégorie du personnel a une tenue et une couleur spécifique. En plus, un badge pour l'ensemble du personnel de l'établissement pour mieux les départager et les identifier par l'utilisateur.

Tableau n18 : tenue réglementaire du personnel de l'établissement.

<i>Catégorie du personnel de l'établissement</i>	<i>Tenue réglementaire</i>
Médecin généraliste	<i>Tenue blanche avec blouse blanche</i>
Infirmier	<i>Tenue blanche avec blouse blanche</i>
Chirurgien (Bloc)	<i>Tenue verte</i>
Sage femme	<i>Tenue rose</i>
Femme de ménage	<i>Blouse bleu</i>
Agent d'entretien	<i>Tenue bleu</i>
Agent de sécurité	<i>Tenue marron</i>

Source : IDEM.

1.3. Organigramme de l'organisme d'accueil



II- Les étapes d'élaboration et d'exécution du budget.

Le budget est l'acte qui prévoit et autorise pour l'année civile l'ensemble des recettes, des dépenses de fonctionnement et des dépenses d'investissement, dont les dépenses d'équipements publics et les dépenses en capital pour une période donnée qui est en général un an.

La dotation budgétaire de l'établissement public hospitalier d'Akbou est composée essentiellement d'un budget primitif, complémentaire et d'une dotation interne dite « *autorisation d'affectation spéciale* ».

Nous essayerons d'exposer la composition du budget global, ainsi les étapes d'élaboration et d'exécution de ce budget « *au titre de l'année 2012* ». En fin nous analyserons son évolution à travers les années antérieures à 2012.

2-1 Notion du budget

Aux termes de l'article 01 de l'ordonnance 73-65 du 28.12.73 portant institution de la médecine gratuite dans les EPH. Diagnostics du traitement médical et l'hospitalisation des malades sont gratuites.

La réglementation en vigueur a fixé la nomenclature budgétaire des établissements publics hospitaliers comme suit :

2-1-1 Les recettes

Les recettes du budget de fonctionnement attribuées aux établissements de santé proviennent de plusieurs sources à savoir :

Titre I : participation de l'Etat.

Titres II : autres organismes.

Titre III : recettes provenant de la Caisse National des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) au titre des prestations régies par convention.

Titre IV : autres ressources.

Titre V : reliquats sur exercices antérieurs.

Les recettes du budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou proviennent de plusieurs sources, à savoir l'Etat et l'organisme de la sécurité sociale et les autres ressources

Le financement des hôpitaux en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou.

représentées par les remboursements de la CNAS au titre des prestations régies par convention, les reliquats des exercices antérieurs et les ressources propres de l'établissement.

Le tableau suivant illustre la contribution de chaque source au titre de l'exercice 2012.

Tableau n° 19 : Extrait du budget primitif de l'établissement public hospitalier d'Akbou des recettes en 2012 (unité : DA).

<i>Sources</i>	<i>Participation au budget</i>	<i>Pourcentage de participation</i>
<i>L'état</i>	<i>445 869 000,00</i>	<i>70,25%</i>
<i>La sécurité sociale</i>	<i>145 661 000,00</i>	<i>22,95%</i>
<i>Autres ressources</i>	<i>43 160 000,00</i>	<i>6,80%</i>
<i>Total</i>	<i>634 690 000,00</i>	<i>100%</i>

Source : EPH d'Akbou (AKLOUL ALI), services budget.

A partir du tableau n° 19, on remarque que la participation de l'état au budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou est la plus importante, soit **70,25%** de total du budget, ensuite, la sécurité sociale occupe la deuxième place avec **22,95%**. Quant aux autres ressources, elles ne couvrent qu'un faible pourcentage qui est de l'ordre de **6,80%** dont **1,03%** provient des remboursements de la CNAS au titre des prestations conventionnées, **5,77%** provient de l'établissement à savoir les recettes des tickets modérateurs, les ventes des déchets et le matériel reformé, loyers et charges locatives (logement de fonction), remboursement des dégâts divers ou autres, la participation des malades aux soins et les recettes qui proviennent de reliquat de l'exercice pour l'année 2012 ne présente aucun pourcentage(**0%**).

2-2 Les dépenses

Celles – ci sont soumises à toutes les règles de la comptabilité publique mais non soumises aux principes du système comptable financier.

. Classification des dépenses :

Titre I : Dépense du personnel.

Chapitre I : traitement du personnel titulaire et contractuel.

Chapitre II : traitement du personnel coopérant.

Chapitre III : salaire et accessoire de personnel vacataire et journalier.

Chapitre IV : indemnités et allocations diverses.

Chapitre V : charge social et allocation familiale.

Chapitre VI : pension pour service pour dommage corporels.

Chapitre VII : indemnités pour salaire unique.

Chapitre VIII : dépenses sur exercices clos.

Titre II : Dépenses de Formations.

Chapitre I : indemnités aux services enseignants.

Chapitre II : formation du personnel paramédical.

Chapitre III : frais de stage de courte durée à l'étranger.

1-allocation de l'étude.

2-frais de voyage.

3-frais d'inscription et de scolarité.

Chapitre IV : frais liés aux congés, congés et séminaires.

1-frais de déplacement et de séjour à l'occasion de des congés.

2-frais divers.

Chapitre IV : frais de formation de perfection et de recycle Personnel

Chapitre V : alimentation.

Chapitre VI : charges sociales fiscales.

Chapitre VII : autres dépense de fonctionnement.

Chapitre VIII : dépenses sur exercices clos.

Titre III : Alimentation.

Chapitre I : alimentation.

Chapitre II : dépenses sur exercices clos.

Titre IV : Médicaments et autres produits à usages médical.

Chapitre I : médicaments et autres produits médicaux.

Chapitre II : gaz médicaux.

Chapitre III : dépenses sur exercices clos.

Titre V : Dépenses d'action spécifiques de prévention.

Chapitre I : vaccins, sérums, médicaments et autres produits.

Chapitre II : matériel et mobiliers techniques.

Chapitre III : fournitures diverses.

Chapitre IV : dépenses sur exercices clos.

Titre VI : Matériel et outillage médicaux.

Chapitre I : matériel et outillage médicaux.

Chapitre II : dépenses sur exercices clos.

Titre VII : Entretien des infrastructures sanitaires.

Chapitre I : entretien des infrastructures sanitaires.

Chapitre II : dépenses sur exercices clos.

Titre VIII : Autres dépenses de fonctionnement.

Chapitre I : frais divers de gestion.

Chapitre II : fournitures.

Chapitre III : matériel, mobilier et petit outillage.

Chapitre IV : parc automobile.

Chapitre V : transport et déplacement.

Chapitre VI : ergothérapie, réadaptation et réinsertion des malades.

Chapitre VII : remboursement des frais d'hospitalisation.

Chapitre VIII : dépenses sur exercices clos.

Titre IX : Œuvres sociales.

Chapitre I : œuvres sociales.

Chapitre II : quote-part retraite anticipés.

Chapitre III : quote-part financement logement social.

Titre X : dépenses de recherche médicale.

Chapitre I : déplacement et missions.

Chapitre II : consultation et honoraire d'experts participant à la recherche médicale.

Chapitre III : personnels vacataires et journaliers concourants à la recherche médicale.

Chapitre IV : matériel, mobilier et outillage.

Chapitre V : fournitures diverses.

Chapitre VI : dépenses diverses.

Chapitre VII : dépenses sur exercices clos.

Les dépenses de l'établissement public hospitalier d'Akbou sont exécutées par l'ordonnance de l'établissement qui est le directeur général. Ces dépenses sont réparties par titre au niveau de la tutelle et par chapitre et article au niveau local.

Le tableau suivant illustre la part des dépenses de fonctionnement par le budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou par titre pour l'année 2012.

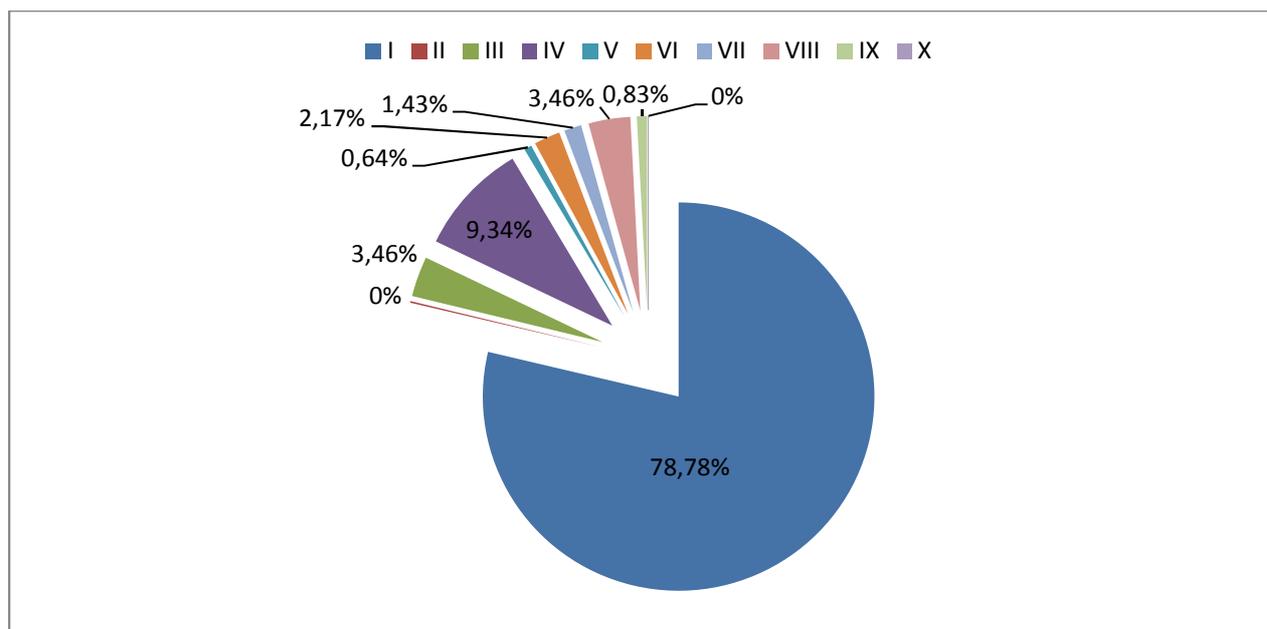
Le financement des hôpitaux en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou.

Tableau n °20 : Tableau des dépenses par le budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou par titre en 2009-2012.

Titre	2009	2010	2011	2012
<i>I-Dépenses du personnel</i>	359 905 000	386 417 000	428 415 000	500 000 000
<i>II-Dépenses de formation</i>	632 000	516 000	720 000	790 000
<i>III-Dépenses d'alimentation</i>	14 598 000	15 456 000	17 000 000	20 500 000
<i>IV-Dépenses du médicament</i>	54 234 000	56 978 000	58 000 000	59 300 000
<i>V-Dépenses de prévention</i>	2 898 000	18 011 000	18 900 000	4 000 000
<i>VI-Matériels et outillages</i>	9 808 000	10 000 000	11 321 000	13 800 000
<i>VII-Dépenses de l'entretien des infrastructures sanitaires</i>	6 463 000	6 463 000	6 763 000	9 000 000
<i>VIII-Autres dépenses de fonctionnement</i>	13 566 000	17 366 000	20 501 000	22 000 000
<i>IX-Œuvres sociales</i>	3 500 000	3 750 000	9 600 000	5 300 000
<i>X-Dépenses de recherche scientifique</i>	00	00	00	00
Total	451 950 000	515 223 000	571 220 000	634 690 000

Source : EPH d'Akbou (AKLOUL ALI), services budget.

Figure n°10 : La part des dépenses par le budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou par titre pour l'année 2012



Source : Graphe réalisé a partir des données du tableau n° 20.

A partir de cette figure, nous constatons que les dépenses du personnel disposent de la grande part de budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou, soit **78,78%** des dépenses sont affectées au titre I. l'importance de cette part est due essentiellement à la masse salariale et aux avancements.....etc. La part attribuée aux dépenses de formation présente seulement **0,12%** du budget, cela peut s'expliquer par le quasi inexistence des plans de formation. Les dépenses d'alimentation concernent essentiellement l'approvisionnement en denrées alimentaires nécessaires à la restauration des malades, soit **3,23%** du budget global du secteur. Les dépenses du médicament occupent la deuxième place après celles du personnel, elles présentent plus de **9,34%** du budget global. Quant aux autres titres, la part des dépenses attribuées sont faible, soit **0,64%** du budget attribué à l'action de prévention, **2,17%** du budget attribué au titre du matériels et outillage, **1,43%** du budget est attribué aux dépenses de l'entretien des infrastructures sanitaires, **3,46%** du budget est attribué aux autres dépenses de fonctionnement, **0,83%** du budget est attribué aux dépenses des œuvres sociales et la dotation destinée à la recherche médicale est nulle, car cette action est une spécificité des CHU.

2-2 Opérations et actes d'exécution du budget

L'élaboration et l'exécution du budget de fonctionnement de l'établissement public hospitalier d'Akbou connaissent plusieurs phases, à savoir :

- *Les prévisions ;*
- *La dotation primitive ;*
- *La dotation complémentaire ;*
- *Les autorisations spéciales d'affectation.*

2-2-1 Les prévisions

Les prévisions budgétaires expriment le fait que le budget prévisionnel de l'exercice 2012 est effectué à la fin du premier semestre de l'année 2011. Il est établi par le directeur à base des informations fournies par le bureau du personnel concernant le titre I et II (traitement du personnel et sa formation), et par le bureau des autres titres (titre III à IX).

Selon les responsables de l'établissement public hospitalier d'Akbou, leurs prévisions budgétaires se heurtent au problème d'inexactitude et du gonflement des chiffres fournis. Cette inexactitude est due essentiellement à l'impossibilité de cerner tous les éléments entrants dans les prévisions tels que :

- *Les augmentations imprévues des salaires ;*
- *Le départ inattendu du personnel ;*
- *Attribution de nouvelles indemnités ;*
- *La fluctuation des prix du marché (l'alimentation, médicament, matériel médical.....etc).*

L'impossibilité de cerner le besoin réel du secteur pousse les responsables à gonfler les chiffres de leurs prévisions.

2-2-2 La dotation primitive :

Le budget primitif est une dotation budgétaire annuelle, qui intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses de fonctionnement au sein de l'établissement. La répartition de ce budget dans l'établissement public hospitalier d'Akbou est faite par titre au niveau de la tutelle, puis par chapitres et articles au niveau de l'établissement.

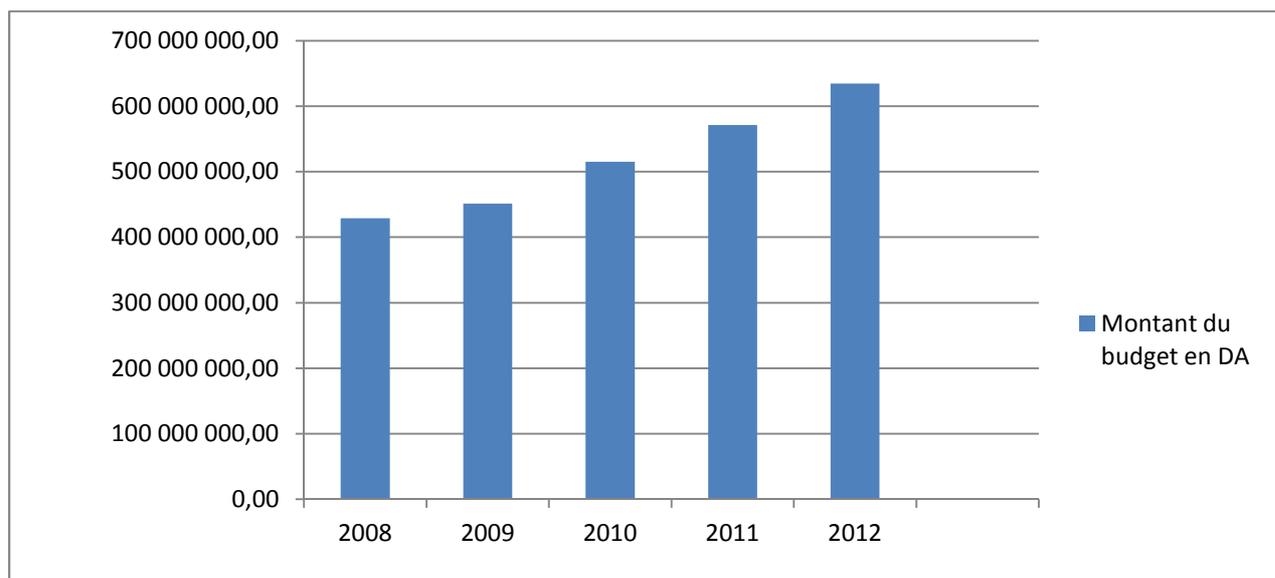
Tableau n° 21 : La dotation primitive du secteur sanitaire d'Akbou 2008-2012.

Année	Montant du budget (DA)	Evolution du budget en % entre les années
2008	428 975 000,00	-
2009	451 950 000,00	5,35%
2010	515 223 000,00	14%
2011	571 220 000,00	10,86%
2012	634 690 000,00	11,11%

Source : EPH d'Akbou (AKLOUL ALI), services budget.

A partir du tableau n° 21, nous constatons que le montant du budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou est très important, en vue de sa place qu'il occupe dans la wilaya de Béjaia. La dotation primitive de l'année 2008 est fixée à 428 975 000,00 DA pour qu'il atteigne plus de 634 690 000,00 DA en 2012, soit une augmentation de 36,32% dans une période de 5 ans.

Figure n°9 : Evolution du budget primitif du secteur sanitaire d'Akbou entre 2008-2012.



Source : Graphe réalisé à partir des données du tableau n° 21.

D'après cette figure, nous constatons que le budget de l'établissement public hospitalier d'Akbou a connu une évolution durant la période 2008-2012. Cette évolution du budget est due principalement à :

- *Augmentation des salaires qui absorbe une part très importante du budget ;*
- *Augmentation de la demande des soins ;*
- *L'évolution technique qui demande toujours le renouvellement du matériel ;*
- *Augmentation des coûts des soins.*

2-2-3 La dotation complémentaire

Le budget complémentaire (additionnel) est une dotation budgétaire qui intervient au cours de l'exercice pour couvrir les dépenses imprévues.

Le recours à la dotation complémentaire est dû à l'insuffisance de la dotation primitive qui ne couvre pas les besoins du secteur, soit 85,72% des besoins en 2010.

Tableau n° 22 : La dotation complémentaire de l'établissement public hospitalier d'Akbou en 2012 en DA.

NATURE DES DEPENSES	Dotation Complémentaire
Dépense du personnel.	00
Dépenses de Formations.	00
Alimentation.	00
Médicaments et autres produits à usage médical.	20 000 000,00
Dépenses d'action spécifiques de prévention.	00
Matériel et outillage médicaux.	00
Entretien des infrastructures sanitaires.	00
Autres dépenses de fonctionnement.	00
Œuvres sociales.	00
dépenses de recherche médicale.	00
Total	20 000 000,00

Source : Hôpital AKLOUL Ali, services budget.

A partir du tableau n°22, nous remarquons que la dotation complémentaire est attribuée seulement pour le titre I (médicaments et autres produits à usage médical), soit un montant de 20 000 000,00 DA. Les autres titres sont négligés malgré les insuffisances rencontrées par certains titres tels que le titre III (dépenses d'alimentation).

2-2-4 Les autorisations d'affectations spéciales

Même avec les dotations complémentaires, le service budget ne pouvait faire face aux dépenses nécessaires et inéluctables telles que les dépenses du personnel, du médicament.

Cette situation pousse le gestionnaire à effectuer des mutations budgétaires entre les titres en faveurs de certains titres au détriment des autres dont les dépenses ne sont pas urgentes.

Ces mutations budgétaires s'appellent « *autorisations d'affectations spéciales* » qui sont exécutées après l'accord de la tutelle sous présentation d'un alibi tel que l'urgence.

Le tableau suivant nous renseigne sur la manière dont laquelle les mutations de trésorerie sont effectuées au titre de l'année 2012.

Le financement des hôpitaux en Algérie : cas de l'EPH d'Akbou.

Tableau n° 23 : Affectations spéciales au niveau de l'établissement public hospitalier d'Akbou en 2012 (Unité : DA).

Titre	Chapitre	Article	Désignation	Montant
II	05	01	<i>Transfert de crédit vers II-08-02 et 03</i>	200 000,00
IV	01	01	<i>Transfert de crédit vers IV-01-03</i>	5000 000,00
IV	01	03	<i>Transfert de crédit vers IV-01-01</i>	4000 000,00
IV	02	03	<i>Transfert de crédit vers IV-01-03</i>	3 000 000,00
VI	01	01	<i>Transfert de crédit vers IV</i>	7 000 000,00
VI	01	01	<i>Transfert de crédit vers IV</i>	440 000 ,00
VII	01	01	<i>Transfert de crédit vers VII-02-01</i>	1 659 608,63
VIII	02	05	<i>Transfert de crédit vers VIII-02-01</i>	150 000,00

Source : EPH d'Akbou (AKLOUL ALI), services budget.

Exemple : Décision de virement de crédit a l'intérieur du titre IV, exercice 2012.

Etat A : Crédits annulés, Titre IV.

<i>titre</i>	<i>chap.</i>	<i>art</i>	<i>Désignation</i>	<i>Crédits disponibles</i>	<i>Crédits annulés</i>	<i>Nouvelle dotation</i>
IV	01	03	Petits instruments, accessoires médicaux et chirurgicaux	7 009 496,90	4 000 000	3 009 496,90

Etat B : Crédits ouvert, Titre IV.

<i>titre</i>	<i>Chap.</i>	<i>art</i>	<i>Désignation</i>	<i>Crédits disponibles</i>	<i>Crédits ouvert</i>	<i>Nouvelle dotation</i>
IV	01	01	Médicaments, pansements et autres produits de laboratoire	10 424 830,99	4 000 000,00	14 424 830,99

Article 01 : il est annulé sur le budget de fonctionnement de l'EPH d'Akbou, un montant de 4 000 000,00 DA du titre IV, chapitre 01, article 03 conformément au tableau (A) joint à cette décision.

Article 02 : il est ouvert sur le budget de fonctionnement de l'EPH d'Akbou, un montant de 4 000 000,00 DA du titre IV, chapitre 01, article 01 conformément au tableau (B) joint à cette décision.

2.3 Période d'exécution du budget

Le budget est exécuté pendant une période appelée «exercice» celle-ci au début du 1^{er} janvier de l'année qui donne son nom au budget et se termine le 31 décembre de la même année. Les opérations de liquidation et mandatement des dépenses se prolongent jusqu'au 31 mars de l'année suivante. Cette période s'appelle «période complémentaire» il est à préciser qu'avant 1997, la période d'exécution des budgets des secteurs qui était du 01 janvier au 28 février de l'année suivante soit une période de 14 mois à été ramenée au 31 mars afin d'uniformiser et d'harmoniser les périodes avec celle des communes.

Tout en ne remettant pas en cause le principe fondamental de la gratuité des soins, de nouveaux textes ont introduit le principe de la participation symbolique des citoyens pour le paiement de tous les actes médicaux excepté les citoyens indigents qui pourront être bénéficié d'un demi-tarif ou de la gratuité au sein des secteurs sanitaires. Ces citoyens peuvent seulement produire un certificat d'indigence délivré après enquête au sein des services concernés.

2.4 Présentation d'un bilan financier de l'EPH d'Akbou ou la situation financière :

Le bilan du l'hôpital appelé aussi situation financière est la justification des dépenses de l'hôpital durant un exercice précis. Ces dépenses qui ne cessent d'augmenter chaque année doivent être contrôlé et mieux gérer.

Pour cela les hôpitaux Algériens disposent d'un outil de gestion nommé la comptabilité analytique à travers laquelle se font les calculs de la situation financière.

2.4.1 Les différents bilans dans un hôpital

1. *Le bilan comptable ou situation financière ;*
2. *Le bilan social ou situation des effectifs :* c'est une fiche sur laquelle on mentionne le membre des effectifs, leurs présences journalières ou le mouvement des effectifs journaliers

c'est-à-dire qui travaille ?, où travaille-il ? et quant travaille t-il ? ainsi que leurs congés de malade.... Pour pouvoir évaluer le salaire du personnel.

➤ **Le bilan financier**

Le bilan financier appelé aussi la situation financière au sein de l'hôpital qui ce fait chaque trois mois et c'est un moyen pour justifier les dépenses de l'hôpital. Pour établir la situation financière il faut passer de quelques étapes :

1. Crédit à allouer

C'est une somme d'argent consacré à une dépense habituel de l'hôpital tel que le paiement du personnel de l'hôpital ou l'achat de médicaments.

2. Engagement

C'est une somme d'argent consacré à une dépense de l'hôpital comme étant des prévisions dans le même Titre, Chapitre et Article ; tel que le paiement d'un nouveau personnel du l'hôpital ou l'achat des médicaments pour les allergiques saisonnières. C'est-à-dire on engage une somme d'argent pour une chose qui ni pas consommé encore.

3. Liquidation

C'est une somme d'argent consacré à une dépense de l'hôpital comme étant des prévisions dans le même Titre, Chapitre et Article ; tel que le paiement d'un nouveau personnel de l'hôpital ou l'achat des médicaments pour les allergiques saisonnières qu'est déjà acheter ou consommer. C'est-à-dire on préserver une somme d'argent pour une chose qui est consommé.

4. Mandatement

Mandatement et le paiement c'est la même mais la déférence réside au niveau du bon de paiement ou la facture. par exemple Si on registre la facture dans le registre des dépenses sans mentionner toutes les opérations faites dans cette période donc le montant mandatement et le paiement ne sera pas le même ; mais elle sera mentionné dans la situation financière suivante dans le même Titre, Chapitre et Article.

Cette étape se fait par des démarches en commençant par la signature du directeur de l'hôpital, en suite elle va être vérifier par un comptable et envoyer après à un agent spécial engagé par le ministère de finance et qui travaille au contribution

5. Paiement

C'est lorsque l'agent comptable vérifie les factures et rassemble le montants des factures pour écrire un chèque. Lorsque ce dernier sera payé aux comptes des destinataires qu'on peut dire que cette étape est effectuée.

La situation financière du l'EPH d'Akbou « *Akloul Ali* » au 31/12/2012 est présenté dans les tableaux suivants :

Tableau n°25 : Récapitulatif général de la situation financière arrêté au 31/12/2012.

<i>Titre</i>	<i>Crédits alloués</i>	<i>Engagement</i>	<i>Liquidation</i>	<i>Mandatement</i>	<i>Paiement</i>	<i>Reste à payer</i>
I	500 000 000,00	495 079 733,65	495 079 733,65	495 079 733,65	495 029 500,20	4 970 499,80
II	790 000,00	209 530,00	209 530,00	209 530,00	209 530,00	580 470,00
III	20 500 000,00	20 051 045,74	20 051 045,74	20 051 045,74	20 051 045,74	488 954,26
IV	59 300 000,00	63 705 432,44	59 281 846,94	59 281 846,94	59 281 846,94	18 153,06
V	4 000 000,00	2 260 078,37	2 260 078,37	2 260 078,37	2 260 078,37	1 739 921,63
VI	13 800 000,00	10 943 285,22	10 943 285,22	10 943 285,22	10 943 285,22	2 856 714,78
VII	9 000 000,00	7 764 174,71	7 764 174,71	7 764 174,71	7 764 174,71	1 235 825,29
VIII	22 000 000,00	19 676 465,71	19 660 890,13	19 660 890,13	19 660 890,13	2 339 109,87
IX	5 300 000,00	5 300 000,00	5 300 000,00	5 300 000,00	5 300 000,00	00,00
X	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00	00,00
Total	634 690 000,00	624 989 745,85	620 550 584,76	620 550 584,76	620 500 351,31	14 196 648,69

Source : service des budgets et de la comptabilité.

Le bilan d'un hôpital public ne contient pas une marge bénéficiaire tel que le cas dans un hôpital privé ou une clinique.

Dans l'hôpital tout le budget accorder est consommé, dans le cas contraire ça va être considéré comme une mauvaise gestion puisqu'ils ont demandé un budget qu'est supérieur à leur besoin et qui va être diminué dans le prochain exercice.

Les composantes de la situation financière forment les étapes respectives de l'élaboration de ce dernier, qui se fait au niveau de plusieurs postes on cite comme exemple : le bureau de budget et de finance, le bureau de calcul des coûts, ...

Conclusion

L'établissement public hospitalier d'Akbou est considéré comme un secteur pilote dans la wilaya de Béjaia, vue son importance géographique et au nombre de citoyens qu'il reçoit chaque année. Il occupe la deuxième place après le CHU de Béjaia en matière de budgétisation.

Le financement de l'établissement public hospitalier d'Akbou reste un problème pour leurs personnels, car les ressources sont insuffisantes non seulement pour le traitement des salaires, mais aussi pour le fonctionnement des autres services, la majorité des titres de dépenses souffrent d'un déficit vu les reste à payer des chaque titre. Cette insuffisance engendre une paralysie de plusieurs actions à savoir le recrutement, la régularisation des factures des fournisseurs.....etc.

En fin, l'établissement public hospitalier d'Akbou nécessite certaines prises en charges par ses responsables et surtout celle du ministère de la santé publique et de la réforme hospitalière afin de résoudre les différents dysfonctionnements pour assurer aux citoyens les différents services sanitaires et l'application de leurs droits d'accès aux soins.

Le système de santé Algérien est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé. Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.¹

Le système de sécurité sociale en Algérie est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux, regroupés en cinq branches. L'assurance-maladie fait partie de la branche des assurances sociales.

L'organisation du système de santé en Algérie se caractérise par l'offre des soins qui se présente à l'offre hospitalière, en ressources humaines et l'offre en matière de médicaments.

De façon générale, les dépenses de santé en Algérie se stabilisent ces dernières années qui sont due à l'amélioration du produit intérieur brute par les rentes pétrolières et efforts du Ministère de la santé et de la réforme hospitalière de maîtrisées des dépenses de santé.

Le manque d'actualisation des tarifications des actes depuis 1987 et la régulation de la comptabilité analytique hospitalière pour fixé le prix de chaque acte médical et chaque pathologie tout sa rend plus difficile d'introduire le nouveau mode de financement la tarification à l'activité (T2A).

Il n'est pas nécessaire de modifier tous les aspects d'une structure pour obtenir une amélioration significative. Des changements intelligents et bien focalisés peuvent quelquefois produire des résultats importants et durables. Les théoriciens de systèmes font référence à ces éléments sensibles de la structure d'un système comme des effets de levier ou des déclencheurs.

Si la surenchère politicienne aveugle ne sert à rien, nous avons tous en tant que citoyens le droit et le devoir de participer par nos réflexions et nos actions à la reconstruction d'un système de santé accessible à la majorité des Algériens et basé sur les réalités économiques du pays.²

Les citoyens doivent participer au financement de leur système de santé auquel ils ont le droit de réclamer de soins de qualité. Leur participation directe restera modique, la plus grande partie des frais de santé est payée par les caisses d'assurance pour les assurés et par

¹ Dr. Marie-Josiane : SYSTÈMES DE SANTE, Mars 2013.

² M. AUDIBERT : financement de la santé dans les pays à faible revenu

l'Etat pour les patients démunies et ceux souffrants d'une maladie chronique. Très rares, seront les Algériens qui payeront la totalité des frais inhérents à des soins reçus au niveau des établissements hospitaliers.

La restructuration de notre système de santé part obligatoirement d'une évaluation du mode de fonctionnement actuel. Cet état des lieux permet de recenser les dysfonctionnements les plus déterminants en matière de production de soins et de proposer des solutions limitées en nombre et restreintes à un champ d'activité, en l'occurrence, les établissements hospitaliers. Cette quête de la qualité et de l'efficacité pour un système de production longtemps défailant, prendra du temps et ne se fera que par étapes.

Les grands axes d'une réforme hospitalière qui peut revitaliser le potentiel sanitaire conséquent dont dispose notre pays. Les actions de restructuration des établissements hospitaliers peuvent s'articuler autour des axes suivants :³

- La régionalisation des soins (des relations intersectorielles, de l'attribution des ressources en fonction des cahiers de charge) ;
- L'information médicale et l'amélioration de la qualité ;
- La formation continue ;
- La maîtrise des dépenses de santé.

L'hôpital algérien ne peut survivre dans les conditions actuelles de fonctionnement où il est obligé d'assurer tous les soins hospitaliers et pré-hospitaliers à des coûts défiant toute concurrence. Il peut alléger ses charges et se désengager de certaines activités au profit du secteur privé. Nous citons :

- L'hospitalisation à domicile, dont l'essence est la médecine de famille, permettra une réduction du recours à l'hospitalisation classique.
- Le transport sanitaire et le transport médicalisé simple.
- L'hémodialyse et la dialyse péritonéale, etc...

La région percevra en contre partie, des taxes qui iront au financement des hôpitaux publics. Les structures privées doivent s'intégrer dans un schéma régional de soins et soumises au contrôle du conseil de région au même titre que les établissements publics.

³ Professeur Mohamed OUCHTATI : La réforme hospitalière, point de vue d'un praticien, Directeur de recherche, Laboratoire des Techniques de la Qualité des Soins, Unité de Recherche en Médecine, Faculté de Médecine, Université Mentouri Constantine, 2002, p2.

Ce point de vue, qui reste personnel, est un acte de foi en un système de santé qui, il est vrai, souffre actuellement de multiples dysfonctionnements mais qui peut surmonter ses difficultés. Il dispose d'énormes potentialités, surtout humaines, capables de relever le challenge et de valoriser ce bien communautaire qui fait peur à ceux qui ont fait d'un métier synonyme de vocation et sacerdoce pour une élite algérienne, citoyenne et dévouée à son pays, un objet d'enrichissement facile. Cette peur justifie les campagnes de dénigrement et les résistances aux changements.

Bibliographie

Ouvrage :

- ❖ Béjean S : « Economie de la santé : du marché à l'organisation », Ed ECONOMICA, Paris, 1994.
- ❖ Faou AL : « l'économie de la santé en question, Allemagne, France, Royaume-Unis, Etats-Unis, Canada », Coll. Sciences humaine en médecine. Paris(France) ; 2003.
- ❖ Larbi L : « Le système de sécurité sociale en Algérie, une approche économique ».
- ❖ Oufriha Fatma Zohra et collaborateurs: « Système de santé à la croisée des chemins », Edition. CREAD, 2006.
- ❖ PALLIER Bruno : « la réforme du système de santé », éd PUF 5^{édits}, 2010, Coll. Que sais-je ?

Mémoires et thèses :

- ❖ Benmansour S : Le financement du système de santé au pays du Maghreb : cas de l'Algérie, Maroc et la Tunisie, mémoire de magister en sciences économiques, université de T. Ouzou, 2012.
- ❖ Foudi Brahim : La contractualisation dans les systèmes de santé Algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire du magister en sciences économiques, Université de Béjaia, 2011.
- ❖ Lazhar Fellah : Etude exploratoire du système de santé algérien : Déterminisme et problématique, thèse de doctorat en sciences économiques, Université M/BOURDEAU, 1998.
- ❖ Kaid T N : Le système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants : Enquête dans la wilaya de Bejaïa, thèse de doctorat en science économique, université d'Alger, 2003.
- ❖ Ouali Ahcene : Essai d'évaluation des coûts de la vaccination en milieu scolaire : Cas de la wilaya de Béjaia, Mémoire de master en sciences économiques, Université de Béjaia, juillet 2011.

- ❖ Touazi Assia : Le financement du système de santé algérien : Etat et réformes, mémoire de master en sciences économiques, 2012.
- ❖ Ziani Zoulikha : Essai de l'apport de la politique de régulation des dépenses de médicaments dans la rationalisation des dépenses de santé en Algérie, Mémoire du magister en sciences économiques, Université de A/Mira de Béjaia, Octobre 2012.

Rapport et document :

- Béatrice Burlet : Santé publique, Econome de la santé, septembre 2010.
- Clément Pascal & MUKENDI MFUAMBA : Régime de la sécurité sociale des parlementaires: cas de l'Assemblée provinciale du Kasai-Oriental (RDC), Mbuji-Mayi, Congo.
- Dr BINDER-FOUCARD & Dr M.VELTEN: Cours du module économie de la santé, université de Paris-Dauphine (France), 2007.
- Guy Carrin: Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France.
- Mahfoud N : cours du module gestion hospitalière, master1, Université de Béjaia, 2011-2012.
- Michel Killy G : Le financement de la santé par l'assurance maladie privée, Institut économique de Montréal, 2005.
- M. AUDIBERT : financement de la santé dans les pays à faible revenu, 2004.
- Olivier Vittecoq : Les systèmes de santé : quatre modèles.
- Rapports sur la santé en France, Débat avenir de la santé, Mars 2009.
- Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann: La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. Paris(France), Septembre 2007.
- Zeynep Or et Thomas Renaud : Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A), IRDES document de travail, DT n023, Paris(France), mars 2009.

Article et revue :

- Annick C, Frédéric L : le cadre social ayant exercé à l'IGR, Villejuif, à Curie, Paris, onc magazine-trimestriel février 2009.
- Colombo F et Morgan D : Evolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, revue français des affaires sociales, 2006/2 no2-3.
- Dr. Marie-Josiane : SYSTÈMES DE SANTE, Mars 2013.

- Emilie Sauvignet: Le financement du système de santé en France, Genève 2004.
- Lebrun E, Schwob R : organisation du système de santé de soins filières et réseaux.
- OMS : Guy Carrin, Rôle et organisation de l'assurance maladie obligatoire en France, p12, Genève, novembre 2005.
- Patricia Pittman : le système de santé et d'assurance maladie américain.
- Patricia Pittman : le système de santé et d'assurance maladie américain, Rapport n°2002-073, Washington, Avril 2012.
- Thadeus Pato : Systèmes de santé en Europe : changements et résistance, Danemark 2008.

Sites :

- ❖ www.gipspsi.org.le
- ❖ www.unilim.fr
- ❖ www.senat.fr
- ❖ www.who.org

Liste des tableaux :

Tableau n°1 : Evolution du volume de la population et son accroissement en Algérie entre (1962-2011).	34
Tableau n° 2: Evolution de la diphtérie en Algérie (1990-2006).	35
Tableau n° 3: Evolution du nombre de cas du tétanos en Algérie entre (1990-2006).	35
Tableau n° 4: Evolution de la tuberculose en Algérie entre (1990-2006).	36
Tableau n° 5: Evolution de l'incidence de la rougeole en Algérie entre (1990-2007).	36
Tableau n° 6: Evolution de l'incidence de la fièvre typhoïde en Algérie entre (1990-2007).	37
Tableau n° 7: Evolution de l'incidence des dysenteries en Algérie entre (1990-2007).	38
Tableau n° 8: Evolution du nombre de cas de paludisme en Algérie entre ((2001-2010).	38
Tableau n° 9: Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Algérie entre (1970-2012).	40
Tableau n° 10: Evolution du taux brut de mortalité et ces décès totaux en Algérie entre (1970-2011).	42
Tableau n° 11: Evolution de la mortalité infantile en Algérie pour 1 000 naissances (2000-2012).	43
Tableau n° 12: Evolution du taux de la mortalité maternelle en Algérie entre (1999-2009). dépendances totales de santé.	44
Tableau n° 13: Infrastructures sanitaires publiques.	45
Tableau n° 14: Les dépenses de santé en Algérie entre (2000-2011).	
Tableau n° 15: Evolution de la structure des dépenses de santé des établissements publics de santé	50
Tableau n° 16: Evolution des sources du financement de la santé en Algérie en % des	54

Tableau n° 17: Nombre des travailleurs au sein de l'établissement sanitaire d'Akbou.	65
Tableau n° 18: Tenue du personnel de l'établissement sanitaire d'Akbou.	65
Tableau n° 19: Extrait du budget primitif du secteur sanitaire d'Akbou des recettes en 2012.	68
Tableau n° 20: Tableau des dépenses par le budget du secteur sanitaire d'Akbou par titre en 2012.	71
Tableau n° 21: La dotation primitive du secteur sanitaire d'Akbou (2008-2012).	73
Tableau n° 22: La dotation complémentaire du secteur sanitaire d'Akbou en 2012.	75
Tableau n° 23: Les affectations spéciales au niveau du secteur sanitaire d'Akbou en 2012.	76
Tableau n° 24: La situation financière du secteur sanitaire d'Akbou.	79

Liste des abréviations :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

CHU : Centre Hospitalo-universitaire.

DMI : Dispositif Médicale Implantable.

EH : Etablissement hospitalier.

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisés.

EPH : Etablissement Public Hospitalier.

EPSP : Etablissement Public de Santé de Proximité.

GHM : Groupe Homogène de Maladie.

GHS : groupe Homogène de Séjour.

HAD : Hospitalisation à Domicile.

HTA: Hyper Tension Artérielle.

MCO: Managed Care Organization.

MG : Mortalité Générale.

MI : Mortalité Infantile.

MIGAC : Missions d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation.

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

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles.

MTH : Maladies à Transmission Hydrique.

OCAM : Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PAS : Programme d'Ajustement Structurel.

PIB : Produit Intérieur Brut.

SNS : Service National de Santé.

T2A : Tarification à l'activité.

TMI : Taux de Mortalité Infantile.

TMM : Taux de Mortalité Maternelle.

Listes des figures :

Figures 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe en Algérie.	41
Figures 2 : Evolution de marché du médicament en Algérie (2006-2011).	48
Figures 3 : Evolution des dépenses de santé totales en Algérie (2000-2009).	51
Figures 4 : Evolution des dépenses publiques et privées de santé en % des dépenses totales de santé.	51
Figures 5 : Evolution des dépenses de santé en % du PIB en Algérie.	52
Figures 6 : Evolution des dépenses de santé par habitant en Algérie.	53
Figures 7 : les dépenses de fonctionnement des établissements de santé en 2009.	54
Figures 8: Les sources de financement de la santé en Algérie.	
Figures 9: La part des dépenses par le budget du secteur sanitaire d'Akbou en 2012.	74
Figures 10: Evolution du budget primitif du secteur sanitaire d'Akbou (2008-2012).	79

Table de matière :

Introduction générale.....	1
Chapitre I : les différents systèmes de financement de la santé dans le monde.....	5
Introduction.....	5
I. Les systèmes de santé dans le monde.....	5
I.1. Modèle bismarckien.....	5
I.1.1. Fondements.....	6
I.1.2. Fonctionnement.....	7
I.1.3. Les points forts.....	7
I.1.4. Les points faibles.....	8
I.2. Système Beveridgien.....	8
I.2.1. Fondement.....	8
I.2.2. Fonctionnement.....	9
I.2.3. Les points forts.....	9
I.2.4. Les points faibles.....	9
I.3. le modèle libéral Américain.....	10
I.3.1. Fondement.....	10
I.3.2. Fonctionnement.....	10
I.3.2.1. Le financement privé.....	11
I.3.2.2. Le financement public.....	11
I.3.3. Les limites du modèle libérale Américaine.....	11
I.3.4. La réforme OUBAMA.....	12
I.3.4.1. Sa mise en œuvre.....	13

I-4	Modèle mixte.....	13
II.	les différents systèmes de financement de la santé dans le monde.....	14
II.1.	L'Assurance maladie obligatoire.....	15
II.2.	Les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM).....	17
II.2.1.	Les mutuelles.....	17
II.2.2.	Les assurances privées.....	17
II.2.2.1.	Les défaillances du marché de l'assurance maladie privée.....	18
II.2.3.	Les institutions de prévoyance.....	19
II.3.	Les ménages.....	19
II.4.	L'Etat.....	21
III.	La « T2A » nouveau mode de financement des hôpitaux dans le monde.....	21
III.1.	Les avantages de la T2A.....	22
III.2.	Les effets pervers possibles de la T2A.....	23
III.3.	Les modalités de financement de la T2A.....	23
	Conclusion.....	24
	Chapitre II : Le système de santé en Algérie.....	26
	Introduction.....	26
I-	Aperçu historique sur l'évolution du système de santé Algérien.....	26
I-1	La première phase (Avant 1962) : la période coloniale.....	27
I-2	La deuxième phase (1962-1973) : reconstruction d'un système dévasté par la guerre.....	27
I-3	Les troisièmes phases (1973-1986) : vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics	29
I-4	La quatrième phase (1986-2001) : absence d'adaptation du secteur de la santé à double transition démographique et épidémiologique.....	30

I-5	La cinquième phase ((2001-2012) : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure.....	31
I-2	Etat de santé de la population et indicateurs de santé en Algérie.....	33
I-2- 1	Etat de santé de la population en Algérie.....	33
I-2-1-1	une vision générale sur les maladies en Algérie.....	34
II-2-1-2	Les causes me la mortalité en Algérie.....	39
II 2-2	Les indicateurs de santé en Algérie.....	40
II 2-2-1	L'espérance de vie en Algérie.....	40
II 2-2-2	La mortalité en Algérie.....	41
1.	La mortalité générale.....	41
2.	La mortalité infantile.....	42
3.	La mortalité maternelle.....	43
II-3	Les moyens du secteur sanitaire de santé en Algérie.....	44
III-3-1	L'offre hospitalière.....	45
III-3-2	L'offre humaine.....	46
III-3-3	Le marché du médicament.....	47
II-	Dépenses et financement de la santé en Algérie	48
II-1	Les dépenses de la santé en Algérie.....	49
II-2	Financement de la santé en Algérie	55
II-2-1	Maintien de participation de l'état.....	56
II-2-2	Consolidation de la sécurité sociale.....	57
II-2-3	Contribution des ménages.....	58
II-2-4	Recherche d'autres sources alternatives du financement des dépenses de santé.....	59

III- Financement des hôpitaux en Algérie	59
III-1 Financement par le budget global	60
III-1-1 Les modes de paiement.....	60
Conclusion.....	61

**Chapitre III : Le financement des activités hospitalières en Algérie cas de l'EPH
d'Akbou**

Introduction.....	62
I- Présentation de l'organisme d'accueil	62
I-1 Historique du secteur sanitaire d'Akbou.....	62
I-1-1 Le nouvel hôpital ou EPH « Akoul Ali ».....	63
I-1-2 Les services de l'hôpital d'Akbou.....	64
I-1-3 Moyens humains.....	64
I-1-4 Tenue du personnel de l'établissement.....	65
I-2 Organigramme de l'organisme d'accueil.....	66
Section 2 : Les étapes d'élaboration et d'exécution du budget.....	67
II-1 Notion du budget.....	67
II-1-1 Les recettes.....	67
II-1-2 Les dépenses.....	68
II 2- Opérations et actes d'exécution du budget.....	72
II-2-1 Les prévisions.....	72
II-2-2 La dotation primitive.....	73
II-2-4 Les autorisations d'affectations spéciales.....	75
II-3 Période d'exécution du budget.....	77
Conclusion.....	80

Conclusion générale.....	81
Liste des tableaux.....	84
Listes de figures.....	86
Références bibliographiques.....	87
Table des matières.....	90

RESUME :

Promouvoir et protéger la santé est essentiel au bien-être humain et au développement économique et social durable. En existe de nombreuses façons de promouvoir et soutenir ce capital. L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont un impact sur la santé. La réduction des inégalités à ces égards diminuera les inégalités en matière de la santé.

Tous les pays du monde se trouvent aux prises des problèmes et aux choix difficiles relatifs au financement de leur système de santé. De nouveaux médicaments, d'autres progrès techniques et augmentation des attentes et vieillissement de la population se traduisent par une demande accrue, en conséquence tendent à augmenter les coûts du système. Les politiques de financement doivent donc essentiellement porter sur les moyens de mobiliser équitablement et suffisamment de ressources en faveur de la santé.

En Algérie, le financement de ce secteur est pris en charge principalement par l'Etat, ce dernier a accompli des efforts considérables depuis l'indépendance concernant cette prise en charge. Mais, malgré tout cela des insuffisances relatives à la satisfaction des usagers et des professionnels de santé, se manifeste, est ce qui traduit l'absence d'un système pertinent porté sur des principes de la fonction du contrôle de gestion et des techniques économiques adaptées ; donc la santé dans notre pays souffre de faiblesse.

Mots clés : système de santé, financement des hôpitaux, Algérie, EPH D'AKBOU.