

La construction du système national de santé

Par: Dr. Bouyoucef-Barr Djamila
Maître de conférences à l'EHEC - d'Alger

La construction du système national de santé

Par: Dr. Bouyoucef-Barr Djamila
Maître de conférences à l'EHEC - d'Alger

Mots clés :

Distribution de soins, hiérarchisation de soins, régionalisation sanitaire, structure pyramidale, la dépense de santé, le financement partagé, couverture sanitaire

ملخص:

غداة الاستقلال عرفت الجزائر تغيرات على جميع الأصعدة وكان لذلك أثره البارز على المنظومة الصحية فتطور بذلك قطاع الصحة كغيره من القطاعات متأثرا بالتقلبات السياسية الاقتصادية والاجتماعية.

مر قطاع الصحة بمرحلة عويصة بعد الاستقلال. الحالة الصحية كانت مزرية، المؤسسات مشلولة بسبب الهجرة الكثيفة للخبرة و المسيرين، و السياسة آنذاك كانت محدودة نظرا لنقص الوسائل المادية و البشرية.

تطبيق مجانية العلاج عام 1974 سجل تحولا تاريخيا في ميدان الصحة، حيث رافقه مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية، فتم إلغاء التسعيرة على أساس السعر اليومي للاستشفاء وإدخال آلية جديدة للتمويل المسماة الميزانية الإجمالية.

وبعد محاولات عدة ظهرت جليا إرادة الدولة عام 1980 في تعريف وتأسيس المنظومة الوطنية الصحية.

استثمارات كبيرة قامت بها الدولة للاستجابة إلى الارتفاع السريع للطلب على الخدمات الصحية في مجالات العتاد «الطبي» الهياكل الصحية و الموارد البشرية.

هذه الجهود أدت إلى نمو ملحوظ في القطاع وتحسن العديد من المؤشرات الصحية لكن هذا لا ينفي وجود نقائص لم تسمح للأموال المنفقة على القطاع الوصول إلى الأهداف المنتظرة خاصة من حيث تغطية الطلب المرغوبة كما ونوعا.

Introduction :

L'évolution historique du système de santé est marquée par plusieurs étapes sur différentes périodes.

En 1962, l'Algérie a hérité d'une situation sanitaire critique, et la politique de santé était limitée, vu le manque de moyens, et consistait à offrir à la population un minimum de prestations de soins et d'assurer les campagnes de vaccination afin d'éradiquer les foyers infectieux.

L'avènement de la gratuité des soins depuis 1974 marque une mutation historique dans le domaine de la santé, bousculant l'institution sanitaire existante, ainsi que les comportements des principaux acteurs du système de soins.

En effet nous assistons pendant cette période, à l'instauration du forfait hospitalier et la suppression de la tarification en termes de journées d'hospitalisation.

86

Après plusieurs tentatives de définition et d'édification de la politique sanitaire, la volonté de l'Etat pour la construction d'un système national de santé publique, a été exprimée pour la première fois en 1980. Ce dernier devra être unifié, décentralisé, démocratisé et intégré au plan de développement économique et social.

1 : L'organisation des activités des soins et les moyens de soutien du système national de santé (1974-1989) :

Dans le souci d'une organisation cohérente et efficiente des activités de soins , les pouvoirs politiques se sont appuyés sur l'organisation des activités de distribution de soins, l'organisation de l'administration sanitaire et la création de différents organes constituant les moyens de soutien au système national de santé, et dont la mission consiste à organiser de manière intégrée les fonctions de conception, de consultation, de production et de distribution des activités de soins.

1-1: L'organisation des activités de distribution des soins:

Par souci de mener à bien l'intégration continue des activités de prestation de soins préventifs et curatifs, le système national de santé s'est appuyé sur la décentralisation de l'administration sanitaire, une hiérarchisation cohérente des soins et sur l'autonomisation par région sanitaire.

1-1-1 : La hiérarchisation des soins :

Afin de permettre une prise en charge rationnelle et efficiente des problèmes

.....La construction du système national de santé.....

de santé de la population, le système national est conçu de manière à offrir à cette dernière toute la gamme des soins préventifs, des soins curatifs, des soins intensifs, des soins d'urgences, des soins ambulatoires, des soins de longue durée, de convalescence et de réadaptation.

Selon le niveau de complexité et de spécialisation des soins la hiérarchisation a été la suivante : ¹

- Les soins de premiers recours, dispensés par les centres de santé, les salles de soins et cabinets de consultations et aussi des polycliniques quand elles existent. Ces unités et par leurs fonctions définissent le sous-secteur, auquel le système national de santé donne la priorité.
- Les soins généraux qui sont dévolus aux hôpitaux de la Daïra, de la Wilaya et de la région, assurant chacun, en ce qui le concerne et dans le cadre du secteur sanitaire, les tâches de soins, de prophylaxie, de formation et d'administration de santé.
- Les soins spécialisés, qui sont assurés par les établissements hospitaliers spécialisés au niveau national, régional ou local, en coordination avec le reste du réseau.
- Les soins hautement spécialisés assurés par des structures spécialisées dans un chef lieu de région et dont les activités sont réservées à la prévention et au traitement des maladies « lourdes », telles que les maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatologie, les grands brûlés, la dialyse rénale. Ces structures doivent être de référence nationale.

1-1-2 : La régionalisation sanitaire :

La carte sanitaire tout, en procédant à la hiérarchisation des niveaux des soins, projette cette structure pyramidale sur le plan spatial et découpe le territoire national en treize régions sanitaires, comprenant chacune un certain nombre de wilayas. ²

Cette réalisation a permis de définir les secteurs sanitaires suivants :³

- Secteur sanitaire de type C dont la définition, le nombre de spécialités et les zones d'implantation, sont précisés par voie réglementaire.
- Secteur sanitaire de type B correspondant aux hôpitaux de chef lieu de Wilaya et présentant environ vingt spécialités.

1 MSP, séminaire sur le développement d'un système national de santé, expérience algérienne, p 80.

2 F-Z Oufriha, système de santé et population en Algérie, ANEP, Alger 2002, p 36.

3 MSP, Séminaire sur le développement du système national de santé, op .cit, p 81.

- Secteur sanitaire de type A définissant un chef lieu de région sanitaire, il assure la prestation de 48 spécialités, et apparaît comme un terrain privilégié de formation pratique.

1-2: Organisation des activités d'administration sanitaire : l'organisation de l'administration sanitaire est structurée comme suit :

1-2-1: Au niveau central: Le ministère de la santé assure la définition et la mise en œuvre de la politique nationale de santé et veille à l'équilibre régional.

1-2-2: Au niveau de la wilaya: le schéma organisationnel permet une gestion décentralisée au niveau des fonctions de prévention, de réglementation d'hygiène et salubrité, d'assistance technique aux communes, de contrôle de fonctionnement des établissements, et de la formation des personnels de santé.

1-2-3 : Au niveau des secteurs sanitaires: Le rôle des secteurs sanitaires est d'identifier les besoins de la population, afin de les prendre en charge d'une manière globale et intégrée.

1-3: Organisations des moyens de soutien du système national de santé:

A côté de cette organisation de l'administration sanitaire aux différents niveaux et dans le souci d'organiser les moyens de soutien au système national de santé, il était opportun de créer des organes qui auront pour mission l'organisation de manière intégrée les fonctions de conception, de consultation, de production et de distribution.

1-3-1 : Les organes opérateurs: ils regroupent les organismes à caractère sanitaire qui ont pour mission de réaliser toute étude relative à la réalisation des infrastructures, ainsi que les organismes à caractère économique de production et distribution de produits pharmaceutiques, dérivés, équipements et matériel médical.

1-3-2: Les organes consultatifs: De nombreux textes ont mis en place des organismes consultatifs dont la mission est d'établir les diagnostics des problèmes de santé, d'analyser les besoins sanitaires, d'identifier les facteurs de risque, de déterminer les actions et programmes de santé, de formuler des recommandations en matière de formation et de susciter la participation de la population à la définition des besoins en matière de santé.

1-4 : Analyse du système de santé mis en place pendant la période (1974-1989) :

Certes, pendant cette période des résultats satisfaisants ont été enregistrés au niveau de l'amélioration du niveau de santé de la population citons à titre d'exemple :

- la réduction, voir disparition, de certaines maladies infectieuses ;

.....La construction du système national de santé.....

- l'espérance de vie a enregistré une amélioration considérable (56 ans en 1962 à 65 ans en 1989) ;
- réduction de la mortalité infantile qui passe de 132 pour mille à 60 pour mille;
- l'amélioration de la couverture vaccinale.

On note aussi des améliorations au niveau :

- de la formation et de l'augmentation du nombre des personnels sanitaires tous corps confondus (médicaux, paramédicaux, administratifs, gestionnaires) ;
- de l'extension des investissements sanitaires réalisés par les fonds propres de l'Etat et notamment ceux, et qui sont importants depuis 1980, que la sécurité sociale a consenti sur son propre budget au secteur de la santé.

Ajoutant à cela, et au nom de l'unification du système de soins, l'absorption du secteur parapublic par le secteur public en 1983, qui a augmenté les infrastructures appartenant au secteur public ce qui a, malheureusement, entraîné le dépouillement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les dépenses de santé ont connu, sous l'effet de la gratuité des soins, une augmentation sans précédent, en particulier entre 1980- 1986 on a assisté à une explosion des coûts. La dépense nationale passe de 1,6 % en 1973 à 5,4% du PIB (produit intérieur brut) en 1989.⁴

Cette augmentation est le résultat de multiples facteurs : citons entre autres l'expansion de l'offre et la gratuité des soins, le développement extensif des structures sanitaires sans aucune harmonie avec les besoins des populations et la consommation excessive de médicaments vu leur distribution gratuite au niveau des hôpitaux.

En 1990, nous assistons au changement du mode de financement, qui se met en place d'une manière progressive, où l'état se désengage au profit de la sécurité sociale, et la participation des usagers qui est représentée par une modeste contribution des patients dans le secteur public (1,5% du budget de fonctionnement des établissements de santé publique en 2003).⁵

Cette somme correspond aux tarifs fixés en 1987, qui restent très faibles par rapport au coût réel des soins.

Il est clair que l'Algérie a atteint, en termes quantitatifs (6% du PIB) et en termes qualitatifs (structure de la DNS) des limites qui peuvent mettre en péril l'équilibre du système de santé surtout en cette phase difficile de développement. La maîtrise des dépenses de santé doit être au cœur de toute réflexion et réforme envisageable dans le domaine de la santé. ⁶

4 MSP, séminaire sur l'évolution d'un système de santé, op. Cit, p 85.

5 MSP, rapport : évolution du Système national de santé, Alger, 1990, pp. 6, 85.

6 OMS, revue des dépenses publiques 2005-2006, p 177.

2- L'organisation actuelle du système national de santé :

La période allant de 1990 à ce jour est considérée comme historique au regard des changements profonds que connaît la société algérienne dans tous les domaines, ainsi le système de santé publique se trouve dans l'obligation de muter pour s'inscrire dans le projet futur de société tout en défendant les principes de solidarité nationale et de libre accessibilité aux soins.

L'ensemble des réflexions menées par des groupes multidisciplinaires au niveau du ministère de la santé depuis la fin des années quatre vingt a abouti sur une nouvelle organisation du système de la santé sur différents plans.

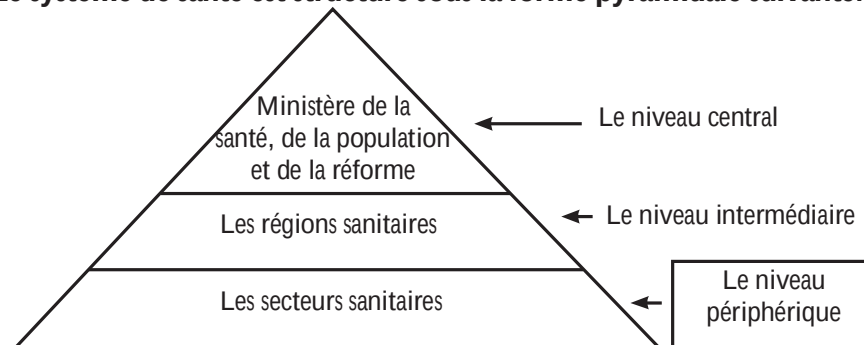
A cet effet nous allons traiter dans ce qui suit l'organisation administrative actuelle du système de santé ainsi que les moyens matériels et humains dont il dispose.

90

2-1 : La structure pyramidale :

2-1-1 : Une dynamique sanitaire verticale :

Le système de santé est structuré sous la forme pyramidale suivante:



Source : fait par nos soins

Cette figure illustre l'organisation pyramidale du système de soins, qui sera détaillée dans les points suivants :

a) Au niveau central: constitué du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé.

Comme appui aux directions citées plus haut, plusieurs et différentes structures ont été mises en place. Néanmoins, il faut signaler que certaines d'entre elles arrivent tant bien que mal à s'acquitter des tâches relativement claires, pour certaines autres elles ne correspondent qu'à un moyen de consommation de crédits publics.

a- Le niveau intermédiaire :

Il est constitué de 5 régions sanitaires et de 48 directions départementales de wilayas. Les régions sanitaires sont pourvues d'un conseil régional de la santé, organe consultatif, qui a pour mission de développer la coordination intersectorielle, d'assurer la protection, la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence. Ces nouvelles régions sont dotées d'observatoires régionaux de la santé chargés de recueillir et d'analyser l'information épidémiologique. Les directions de la santé et de la population de Wilaya sont chargées de l'organisation des structures de santé et de la coordination de la mise en œuvre de la politique sanitaire.

b- Le niveau périphérique :

En septembre 1981, il y a eu création des secteurs sanitaires (SS), structure la plus importante (hôpital) autour de laquelle gravitent toutes les autres structures de santé situées dans une aire géographique et dessert l'ensemble de la population qui réside dans cet espace.

En 1986 sont créés les centres hospitalo-universitaires (CHU) dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des prestations (soins et formation de pointe).

Avant la mise en œuvre de la restructuration des secteurs sanitaires, le niveau périphérique est formé de 185 secteurs sanitaires, organisé autour :

- d'un hôpital comprenant au minimum les services de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de médecine interne, chirurgie générale.
- de structures extrahospitalières constituées de polycliniques, des centres de santé, de maternités autonomes et de salles de soins.

Mais dans les faits, le programme mis en place quant à la réalisation des structures extrahospitalières n'a pas été complètement réalisé, la hiérarchisation des soins n'a pas été respectée, et devant le manque de spécialistes, en dehors de certaines grandes villes et devant l'inégalité de la qualité des soins, apparaît le phénomène d'affluence dans l'ordre vers les CHU, les EHS et les Hôpitaux sièges des secteurs sanitaires.

Il est à signaler qu'en 2007, l'organisation des 185 secteurs sanitaires a été modifiée. Il s'agit de la séparation des structures extrahospitalières (polycliniques) des structures d'hospitalisation. On distingue, donc, les établissements publics hospitaliers (EPH) qui prennent en charge les activités curatives et d'hospitalisation. Les établissements publics de santé de proximité (EPSP), eux regroupent les polycliniques et les salles de soins. Ils ont pour tâches d'assurer les consultations de médecine générale et spécialisée et la mise en œuvre du plan

de prévention contre les maladies non transmissibles (MNT). Actuellement on totalise 129 EPH et 257 EPSP répartis à l'échelle nationale.⁷

Ainsi, on renforce l'autonomie des structures extrahospitalières et on contribue, particulièrement, à réhabiliter l'unité de base et à rapprocher les soins des populations.

Enfin, on peut dire que la nouvelle carte sanitaire constitue une préparation pour une meilleure application de la contractualisation des hôpitaux.

2-1-2 : Les infrastructures sanitaires :

L'infrastructure sanitaire comprend les infrastructures publiques hospitalières, les infrastructures extrahospitalières, les centres médico-sociaux qui sont rattachés aux diverses administrations et entreprises. Les militaires disposent de structures hospitalières spécifiques.

Pour des raisons de manque d'information, nous nous intéresserons plus particulièrement à l'étude de l'infrastructure hospitalière et extrahospitalière publique.

a) L'infrastructure hospitalière publique : L'infrastructure hospitalière, en 2005, est constituée de 232 hôpitaux et 505 maternités relevant des secteurs sanitaires, 32 établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et 13 centres hospitalo-universitaires (CHU).

Tableau n° : 1

Infrastructures hospitalières publiques en 2005

Infrastructures	Nombre	Lits
Hôpital de secteur sanitaire	232	33 837
Maternité de secteur sanitaire	505	3 205
Etablissement Hospitaliers Universitaires (EHU)	01	740
Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	13	13 837
Etablissement hospitaliers spécialisés (EHS)	32	6 046
Total lits		57 665

Source : MSPRH (direction de la Planification) rapport : système national de santé en Algérie, Juin 2007, p 14

7 République algérienne démocratique et populaire, MSPRH, journal officiel n° : 07, décret n° : 07-140 du 19 Mai 2007.

.....La construction du système national de santé.....

Le calcul du taux de couverture en lits pour 1000 habitants donne :

1, 80 lits/ 1000 habitants, on considère que ce ratio reste faible mais plus favorable que les pays voisins (ratio de 1,73 en 2002 en Tunisie et 0,78 en 2004 au Maroc).⁸

Malgré le développement rapide du secteur privé, la majorité des lits se trouve dans le secteur public.

Cette infrastructure est en grande partie vétuste, sa conception, essentiellement de type pavillonnaire, ne répond plus aux exigences de l'ingénierie sanitaire moderne.

b) Les infrastructures extrahospitalières publiques :

Les infrastructures extrahospitalières représentent un ratio de l'ordre d'une unité pour 18 000 habitants.⁹

Les polycliniques et centres de santé constituent le premier niveau d'accès aux soins. Notons que la tendance récente, en infrastructures, est de donner l'importance aux infrastructures légères. Ce qui est représenté dans le tableau suivant :

Tableau n° : 2

Evolution des infrastructures sanitaires

(En nombre)

	1962	1984	1990	1998	2005
Hôpitaux	156	173	181	187	232
Nombre de lits	42 787	50 210	55 544	56 261	57 665
Polycliniques	0	285	451	484	517
Centre de santé	188	914	1121	1150	1277

Source : Etabli à partir des documents :

- **Ministère de la santé : annuaires statistiques 1990, 1998**
- **Ministère de la santé, rapport : système national de santé, Juin 2007, P 14.**

D'après les données du tableau nous constatons que pour l'année 2005, en comparaison avec les années précédentes, la réalisation des centres de santé vient en première position (1277) puis les polycliniques (517). Cela explique la tendance actuelle de l'infrastructure extrahospitalière qui tend plutôt vers les structures légères, pour assurer une grande couverture en matière de prévention qui devient de plus en plus la préoccupation majeure et primordiale de la politique sanitaire.

⁸ OMS, revue des dépenses publiques 2005-2006, P. 165

⁹ Idem

Au moment où la transition épidémiologique a commencé en Algérie et se traduit par une émergence des maladies non transmissibles (Diabète, asthme, hypertension artérielle, maladie mentale...), la réhabilitation des activités et des structures de soins de base s'avère plus que jamais nécessaire, pour la prévention de ces nouvelles pathologies (activité physique, hygiène alimentaire, abstention de consommation de produits et médicaments nocifs pour la santé...) dont les soins sont souvent plus coûteux.

c- Infrastructures du secteur privé :

L'émergence du secteur privé est un phénomène récent, il a fallu attendre l'année 1998 pour que soit adoptée une loi permettant le développement des cliniques privées (loi du 03 Mai 1998).

Initialement restreint à l'autorisation d'exploitation de cabinets de consultation, maisons d'accouchements et laboratoires d'analyses, l'adoption d'un nouveau dispositif législatif permettant la réalisation de structures plus lourdes a permis à ce secteur de connaître un essor remarquable.

Pour avoir une idée sur l'apport du secteur privé en matière de lits d'hospitalisation, nous présentons le tableau suivant :

Tableau n° : 3

Structures privées de santé

(En nombre de lits)

Infrastructures	2005	2006	2007
Cliniques médico-chirurgicales	3218	3354	3408
Cliniques médicales	26	65	65
Centres d'hémodialyse	577	581	643
Total	3821	4000	4116

Source : MSPRH, rapport : politique national de santé, octobre 2007, p 70

D'après ces données, nous constatons une progression continue, même si à faible rythme, du secteur privé en matière de lits d'hospitalisation.

Mais pour avoir l'apport de ce dernier en la matière par rapport au secteur public, le tableau comparatif qui suit, présente l'écart :

Tableau : 4

Evolution des lits d'hospitalisation publics et privés

(En nombre)

	2005	2006	2007
Secteur public	57665	58005	61829
Secteur privé	3821	4000	4116
En % du total lits national	6.62	6.89	6.65

Source : Idem, pp 66, 70.

Malgré que l'apport du secteur privé progresse, il demeure tout de même encore faible (6.89% en 2006 et 6.65% en 2007) en comparaison avec le secteur public qui détient environ 58005 et 61829 lits d'hospitalisation, respectivement en 2006 et 2007.

Il faut signaler que le secteur privé reste toutefois assez mal cerné par les services statistiques du ministère de la santé et les données le concernant sont rares et souvent incomplètes.

2-2 : Les moyens de la santé publique :

Les moyens consentis par l'Etat au secteur de la santé ont toujours représenté une part importante dans le budget de l'Etat. Ils représentent l'ensemble des moyens financiers et humains mis à la disposition du système de soins afin de traduire les objectifs de sa politique sur terrain et réaliser les attentes attendues en matière de santé publique.

2-2-1 : Les ressources financières :

Le financement de la santé a connu, pendant longtemps, une évolution continue et en particulier pendant 1980-1986 où se manifeste une véritable explosion des coûts. La dépense nationale de santé est passée de 1,6% PIB en 1973 à 5,2% en 1986 puis à 5,4 en 1989. Cela est dû à la non maîtrise des coûts vu la disparition des supports de comptabilisation et de recouvrement des prestations induits par l'instauration du forfait hospitalier donc l'absence de relation directe avec les organes payeurs.¹⁰

Toutefois, à court et moyen terme, l'Algérie devra faire face à des dépenses de santé nettement plus importantes. Les contraintes financières du système de santé vont augmenter pour plusieurs raisons : insuffisance des recettes, couverture médicale généreuse, inefficience de l'offre de soins, importance

¹⁰ MSP, rapport : système de santé, Alger, 1990, p 6 .

des dépenses de médicaments et évolution du fardeau de la morbidité liée à la transition épidémiologique et de la révision en cours des tarifs de 1987 utilisés par le système de sécurité sociale pour rembourser les soins dans le secteur privé.

Aujourd'hui l'Etat tente de mobiliser des ressources dont l'origine est autre que publique. La tendance globale est au désengagement progressif de l'Etat du financement de la santé en Algérie. Ceci peut nuire aux objectifs de la santé pour tous.

a) Les sources de financement et structure des dépenses de santé :

Les principaux financeurs sont l'Etat, la sécurité sociale et le financement par les usagers (contribution des ménages). Les points suivants traiteront de la contribution de chaque source de financement aux établissements de soins.

► Financement partagé des budgets de fonctionnement des établissements de santé publique :

Pendant la décennie 70, les sources de financement regroupaient l'Etat, la Sécurité Sociale, les Collectivités locales, la Pharmacie Centrale Algérienne et les ressources propres. Actuellement, elles sont limitées à une contribution de l'Etat et la participation de la sécurité sociale : l'Etat à travers une contribution d'origine fiscale et la sécurité sociale participe à travers une allocation forfaitaire (source parafiscale). Pour les sources propres, elles sont négligeables, quant aux collectivités locales, elles ne contribuent plus vu leurs moyens financiers limités.

Tableau n° : 5

Evolution en pourcentage du financement partagé des budgets de fonctionnement des établissements publics de santé

	(En %)										
	1980	1985	1989	1994	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Etat	49	35	28	60	60	63	65	69	68	62	65
Sécurité sociale	46	63	69	37	37	33	33	30	30	36	34
Revenu propre	5	3	3	4	2	4	2	1	1	1	1

Source : OMS, revue des dépenses publiques 2005-2006, P 145.

D'après le tableau nous constatons que la contribution de l'Etat est passée de 49% en 1980 à 28% en 1989, par contre la participation de la sécurité sociale a évolué pendant la même période pour passer de 46% à 69%. Cette dernière, de par ses ressources excédentaires, est devenue de plus en plus impliquée dans le financement du secteur de la santé après les difficultés économiques et financières

.....La construction du système national de santé.....

qu'ont connu les ressources de l'Etat, au milieu des années quatre vingt, induite par l'affaiblissement des prix des hydrocarbures.

C'est donc le désengagement progressif de l'Etat dans une période de récession économique. Mais à partir du milieu des années quatre vingt dix la situation s'inverse ; on assiste à la régression de la part de la sécurité sociale qui est passée à 37% en 1994. Depuis , elle accuse toujours une régression qui s'explique par son incapacité de mobiliser des ressources importantes et supplémentaires vu le tassement au niveau de l'emploi salarié et le coût élevé impliqué par l'intense financement des prestations de soins, ce qui menace aujourd'hui ses équilibres financiers. En ce qui concerne les revenus propres, ils sont négligeables et ne méritent aucun commentaire.

Il faut signaler que la loi de finance de 1992 prévoyait que le financement des établissements de santé publique soit organisé sur la base des rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la santé.

Bien entendu, le retard pris dans la mise en place de la contractualisation est dommageable pour le système de financement des dépenses de santé.

► Ressources auto générées des établissements de santé publique :

La contribution des usagers au financement des services de santé du secteur public est faible. Le système algérien est encore profondément influencé par la doctrine de la gratuité de soins. Le niveau précis de cette contribution n'est pas connu ; cependant il est estimé à 5% des recettes globales en 2001.¹¹

► Dépenses privées consacrées aux services de soins :

Ils s'agit tout d'abord des dépenses des mutuelles, des dépenses de certaines entreprises au profit de leurs salariés (financement des centres médico-sociaux et des centres de médecine du travail) et enfin, l'essentiel de ces dépenses vient des dépenses effectuées par les ménages qui se font soigner dans le secteur privé. En ce qui concerne l'appui international au secteur de la santé il demeure faible (il concerne simplement l'appui pour certains programmes nationaux comme la lutte contre le VIH/SIDA).

b- Evolution de la dépense nationale de santé :

La dépense nationale de santé représente l'ensemble des dépenses publiques de santé et les dépenses privées de santé. Son évolution est représentée dans le tableau suivant :

11 MSPRH, rapport de la commission de réforme, Alger, septembre 2003, p 209.

Tableau n° : 6

Evolution de la dépense nationale de santé

Années	1991	1993	1998	2000	2005	2006
Dépense nationale de santé (DNS)	32,314	40,112	106,186	157,945	240,100	270,00
DNS/PIB (%)	3,8	4,7	3,6	3,8	4,83	6,64
DNS/habitant (en USD)	68	87	61	69	141	165

Sources : - OMS, Statistiques pays, site Internet : www.who.org
 - MSPRH, rapport global : politique nationale de santé, évolution et perspectives, Octobre 2007, p 113.

98

Nous soulignons que les dépenses nationales ont augmenté d'une manière rapide malgré le ralentissement du produit intérieur brut tel qu'il est illustré dans le tableau suivant :

Tableau n° : 7

Accroissement annuel du PIB et de la DNS

(En USD)

Période	PIB par habitant	DNS par habitant
1979	1 774	66
1999	1 623,3	61
2005	3 219	141

Source : construit par nos soins à partir des données :
 - MSPRH, comptes nationaux, op.cit, p 113.
 - OMS, statistiques pays, site Internet : www.who.org

La dépense nationale de santé par rapport à l'évolution du produit intérieur brut est en évolution continue (de 3,7% en 1999 à 4,3% en 2005). Après une baisse et une stagnation relative entre la période 1979- 1999, elle accuse une relative augmentation, mais qui demeure insuffisante, en 2005. Ceci s'explique par la relance économique et les recettes publiques (revenus des hydrocarbures) dont l'importance accrue a permis de financer la santé publique

c) Evolution des dépenses globales des établissements publics de santé:

Il s'agit ici, des dépenses des établissements publics de santé et non de la dépense nationale de santé (DNS), traitée précédemment, qui est supérieure aux dépenses des établissements publics de santé.

Pour avoir la part des dépenses des établissements publics de santé par rapport au PIB, on présente le tableau suivant :

Tableau n° : 8

Evolution des dépenses des établissements par rapport au PIB

(Unité : Milliards de DA)

Années	1990	1992	1998	1999	2000	2001	2004
PIB	1 555.4	1074.7	3 002.8	3 186.7	3 700.0	4 100.0	5 200,0
Dépenses/PIB	3.1	2.3	1.6	1.6	1.4	1.4	1.5

Source : MSPRH, rapport du conseil national :
réforme hospitalière, septembre, 2003, p 210.

Nous constatons que les dépenses des établissements de santé par rapport au PIB ont diminué de façon continue au cours de la dernière décennie. Elles sont passées de 3,1% en 1990 à 1,5% en 2004.

d) structures des dépenses de fonctionnement des hôpitaux :

Le budget de fonctionnement des hôpitaux est réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles). Sur le plan structurel les dépenses des établissements de santé sont réparties selon les grandes catégories de dépenses à savoir dépenses des personnels, dépenses de formation, dépenses de matériel médical, dépenses de médicaments, dépenses d'alimentation et autres.

L'évolution des dépenses de fonctionnement des établissements sanitaires selon les différents postes de dépenses pour la période 1994-2004, montre que pour l'année 1994, les dépenses de personnel s'accaparent plus de 70% des dépenses de fonctionnement des hôpitaux publics. Puis les dépenses de médicaments avec 13,3%. Par contre la dépense relative aux titres : prévention, formation, maintenance, matériel médical et alimentation sont relativement faibles.¹²

Les dépenses de médicaments constituent la deuxième catégorie des dépenses totales (18,4% en 2004). Cela est dû, entre autres causes, à l'évolution des maladies chroniques dont le traitement est coûteux.

Globalement, la nature des sources qui sont limitées et peu diversifiées, et les modalités de financement qui relèvent de procédures administratives ne laissent point place à un financement optimum des hôpitaux.

2-2-2 : Les ressources humaines :

L'effectif du système national de santé, plus particulièrement ceux qui exercent au niveau des différents établissements hospitaliers, a beaucoup évolué depuis 1977, année de la mise en place de la gratuité des soins, pour répondre à la forte demande de soins. Mais pour apprécier réellement l'offre en termes de ressources

¹² Source : MSPRH, annuaires statistiques années 1994, 1999, 2004

humaines, nous tenterons d'analyser leur évolution, leur répartition au niveau des divers types de structures sanitaires, ce qui fera apparaître les incohérences, et les déséquilibres d'ordre quantitatif.

a) Evolution des effectifs sanitaires publics et privés :

Les ressources humaines constituent l'élément fondamental dans le développement du système de santé. Elles constituent en fait trois corps distincts (médical, paramédical, administratif). L'évolution des effectifs dans le secteur public est représentée dans le tableau suivant :

Tableau n° : 9

Evolution des effectifs dans le secteur public

Catégorie personnel	1991		1996		2000		2003	
	Nombre	total%	Nombre	total%	Nombre	total%	Nombre	total%
Médical	24 365	15.5	24 286	14.6	26 734	15.7	29 024	16.7
Paramédical	83 362	52.5	84 065	50.4	85 717	50.3	86 205	49.6
Administratif, technique Et d'appui	51 036	32.2	58 514	35	57 793	34	58 478	34
Total	158763	100	166865	100	170 244	100	173 707	100

Source : Construit à partir des données du MSPRH : annuaires statistiques années 1991, 1996, 2000,2003

Les effectifs sanitaires ont connu une lente et plus au moins une constante évolution au cours des quinze dernières années. Globalement, l'évolution est de 9,4 % pour la période 1991-2003. La répartition des personnels entre les différentes grandes catégories est stable pour la même période. Elle a représenté pour l'année 2003, 16.7% pour le corps médical, 49.6% pour le personnel paramédical et 34% pour le personnel administratif, technique et d'appui. Cela s'explique par le départ de certains professionnels de santé vers le secteur privé de soins, vu les avantages qu'il leurs offre sur le plan salaire, et la volonté des pouvoirs publics à réduire les coûts salariaux, donc de limiter relativement les recrutements.

Cette situation n'a pas été sans effet négatif sur le bon fonctionnement des structures de soins. Surtout que, pour compenser la faiblesse de leurs

.....**La construction du système national de santé**.....

rémunérations et à l'issue de la loi du 19 Août 1998 qui donne la possibilité aux spécialistes du secteur public d'exercer une « activité complémentaire » dans le secteur privé, ils s'orientent vers ce dernier. Chose qui a fortement perturbé l'activité des hôpitaux publics, où les professionnels de la santé ne respectent pas la limite d'une journée par semaine, stipulée par la loi, donc délaisse l'activité au niveau des structures publiques de santé.

Pour comparer l'évolution des effectifs médicaux du secteur public (le corps des hospitalo-universitaires et des pharmaciens ne sont pas pris en compte) et du secteur privé nous présentons le tableau suivant :

Tableau n° : 10
Evolution des effectifs médicaux privés et publics

	Secteur public	Secteur privé
2000	26 734	9637
2001	22 511	10 531
2004	21 767	10762
2005	24 001	11862

Source : Construit à partir des données MSPRH :
- annuaires statistiques années 2000, 2001, 2004,2005
-rapport : politique national de santé, évaluation et perspective,
octobre 2007, p 75

Les effectifs du secteur public diminuent au profit du secteur privé. Nous constatons l'accroissement continu des effectifs médicaux du secteur privé et un lent développement pour ceux du secteur public. Ce qui a induit une baisse au niveau du nombre de professionnels de la santé publique pour mille habitants.

b) Répartition des effectifs par type de structures :

La répartition spatiale des effectifs médicaux révèle des inégalités entre les différentes structures de soins et cela du fait de la hiérarchisation des soins, donc de besoins en termes de couverture sanitaire.

Tableau n° : 11

Répartition des effectifs médicaux par structures de soins Année 2004

	Secteur sanitaire	C H U	E H S	Privé 2004
Médecins spécialistes	3114	1147	520	5 606
Médecins généra- listes	11403	731	204	6 376
Chirurgiens den- tistes	4541	83	24	3 987
Pharmaciens	115	47	36	5 860
Total	19173	2008	784	21829

102

Source : construit à partir des données MSPRH : annuaire statistique 2004

La répartition des effectifs médicaux par structures hospitalières représente 87,28% pour les secteurs sanitaires, 9,2% pour les centres hospitalo-universitaires et 3,6% pour les établissements hospitaliers spécialisés. La part du secteur privé est importante pour les médecins spécialistes et les pharmaciens.

Tableau n° : 12

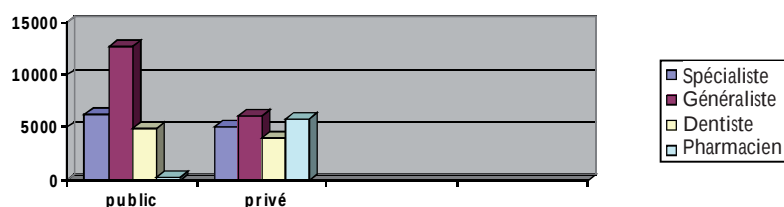
**Etat comparatif des effectifs médicaux par corps et par
secteur d'activité, année 2005**

Personnel	Secteur public	Secteur privé
Spécialistes de santé publique	6327	5043
Médecins généralistes	12766	6076
Chirurgiens dentistes	4908	4049
Pharmaciens	192	5899

**Source : construit à partir des données MSPRH, politique nationale
de santé : rapport global, octobre 2007**

Figure n° : 2

Effectif médical public et privé



.....La construction du système national de santé.....

L'évolution du nombre de médecins spécialistes par statut d'exercice se caractérise par une croissance rapide des spécialistes privés, qui avoisine un taux de 45% par rapport au total des spécialistes de santé publique, ce qui explique le manque de couverture, des établissements publics de santé, en médecins spécialistes, parfois même dépourvus, surtout dans les régions du sud. A titre d'exemple en 2001, on compte en moyenne 3000 habitants pour un spécialiste. Ce ratio varie de 1 spécialiste pour 860 personnes à Alger, à 1 pour 17800 à Tissemsilt. En tout, dix Wilayas ont un encadrement de spécialistes plus élevé que la moyenne nationale. Alors que pour douze wilayas on compte plus de 10000 habitants pour un spécialiste.¹³

Le nombre de médecins généralistes est nettement élevé dans le secteur public. Le taux par rapport au total représente 68% pour le secteur public contre 32% au niveau du secteur privé. Leur répartition spatiale est plus équilibrée. On compte en moyenne un généraliste pour 1800 habitants. Ce ratio oscille entre 910 et 3630.¹⁴

En ce qui concerne les chirurgiens dentistes, leur nombre dans le secteur public s'est réduit pour atteindre un taux de 55% par rapport au total, par contre il a augmenté pour le secteur privé atteignant 45% en 2005. Cela peut s'expliquer par leur départ vers le secteur privé vu le manque d'équipements, car, en pratique, plusieurs dentistes disposent d'un seul fauteuil dentaire. Le nombre de pharmaciens exerçant dans les structures publiques a beaucoup diminué ; un bon nombre d'établissements en sont totalement dépourvus. Ils représentent 3% du total dans le secteur public contre 97% dans le privé.

S'agissant du corps des hospitalo-universitaires, sa situation en 2004 est la suivante :

Tableau n° : 13

Etat du corps médical hospitalo-universitaire en 2004

	CHU	EHS
Professeurs	321	80
Docent	123	21
Maître Assistant	1546	340
Résident	4582	951
Total	6572	1392

Source : MSPRH : annuaire statistique année 2004

¹³ www.santetropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf+la réforme hospitalière

¹⁴ Idem

L'effectif total des hospitalo-universitaires disponible au niveau des centres hospitalo-universitaires et des établissements hospitaliers spécialisés (les résidents non compris) est de 2431. Le corps des professeurs en médecine représente 16.4% du total, les docents 5.6% et la plus grande part revient aux maîtres assistants avec 77.6 % du total des hospitalo-universitaires. La part des résidents par rapport au total général représente 84%.

Par ailleurs il faut signaler que malgré cet apport considérable en matière des ressources humaines, la qualification des personnels de santé est fréquemment en inadéquation avec les besoins exprimés en matière d'activités sanitaires. Certains problèmes de dysfonctionnement des hôpitaux pourraient trouver leur solution dans la revalorisation et la requalification du personnel de santé.

Conclusion

Dans ce qui a précédé nous avons essayé de faire l'analyse de la situation actuelle du système national de santé à la lumière des données disponibles et des résultats des travaux et des réflexions, menés dans le secteur.

Certes le système de santé dispose d'atouts importants en termes d'infrastructures, de potentiels humains, de programmes de prévention des maladies transmissibles et de la maîtrise de la croissance démographique dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population a permis d'améliorer la plupart des indicateurs.

Cependant ces points positifs ne doivent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système de santé au risque de remettre en cause les deux principes fondamentaux que sont l'accessibilité et l'équité.

En effet, malgré cet apport considérable en moyens de santé, les structures publiques sanitaires ne répondent que très partiellement à la demande en soins et ne permettent pas une prise en charge hiérarchisée, donc une désorganisation du système.

Bibliographie :

Ouvrages :

- F-Z Oufriha, cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, Alger 1992 ;
- F-Z Oufriha, système de santé et population en Algérie, ANAEP, Alger 2002 ;
- Grolier Jacques, le financement des hôpitaux publics, éditions ENSP, Septembre Rennes 1998 ;
- Lamri Larbi, le système de sécurité sociale en Algérie : une approche économique, OPU, Alger 2004 Travaux universitaires ;
- Barr- Bouyoucef Djamilia, la réforme hospitalière en Algérie : une analyse critique, thèse de doctorat, année universitaire 2008-2009, Alger
- Lamri Larbi, le système de santé algérien : Organisation, fonctionnement et tendance, mémoire de magistère, université d'Alger, 1987 ; Rapports, revues et autres :
 - MSP, séminaire sur le développement du système national de santé, stratégie et perspectives, Alger, Mai 2001 ;
 - MSP, rapport : évolution du système national de santé Alger, 1990;
 - OMS, revue des dépenses publiques 2005-2006,
 - MSP, rapport : système de santé, Alger, 1990 ;
 - MSPRH, rapport du conseil national de la commission de réforme : réforme hospitalière, Alger septembre 2003 ;
 - MSPRH, rapport global : politique nationale de santé, évaluation et perspectives, octobre 2007 ;
 - Annuaire statistique années, 1990, 1991, 1994, 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2003, 2004, 2005
 - MSPRH, politique nationale de santé, octobre 2007
 - MSPRH, comptes nationaux de la santé en Algérie, 2000-2001
 - MSPRH, rapport: système national de santé, Juin 2007

Sites Internet :

- www.santétropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf + la réforme hospitalière
- www.who.org (OMS, statistiques pays)