

**Rétrospective et prospective de l'offre de soins en Algérie***Retrospective and prospective of the healthcare offer in Algeria***Nasreddine Aissaoui<sup>1</sup>, Yazid Tagraret<sup>2\*</sup>**<sup>1</sup>Université d'Oum El Bouaghi (Algérie), [aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz](mailto:aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz)<sup>2</sup>Université d'Oum El Bouaghi (Algérie), [yazidtagraret400504@gmail.com](mailto:yazidtagraret400504@gmail.com)

Received: 28-03-2022

Accepted: 23-09-2022

Published: 30-09-2022

**Résumé:**

*Notre objectif à travers ce papier : faire un diagnostic de l'offre de soins en Algérie, en mettant l'accent sur les causes qui figent la mission principale des structures de soins et, en soulignant les conséquences de cette situation sur les trois parties qui composent le système de santé algérien. Enfin, nous allons prescrire des solutions qui peuvent améliorer la situation de l'offre de soins en ce moment.*

*Nous sommes arrivés à plusieurs résultats, parmi eux : une grande disparité entre les régions en allant du nord vers le sud quant à la couverture sanitaire ; un manque flagrant d'équipements médicaux opérationnels et, une insuffisance des médicaments à usage hospitalier ; une coopération quasi-absente entre le secteur public et privé ; une législation caduc qui encadre un hôpital malade.*

**Mots clés:** offre de soins, management hospitalier, gouvernance des structures de soins, performance du système de santé algérien.

**Jel Classification Codes:** I10, I11, I18.

**Abstract:**

*We aim through this paper: to make a diagnosis of the supply of care in Algeria, by emphasizing the causes which freeze the main mission of the care structures, and by underlining the consequences of this situation on the three parts which make up the Algerian health system. In the end, we will prescribe solutions that can improve the situation of the supply of care at this time.*

*We arrived at several results, among them: a great disparity between the regions going from north to south in terms of health coverage; a flagrant lack of operational medical equipment and a shortage of medicines for hospital use; almost non-existent cooperation between the public and private sector; obsolete legislation that frames a sick hospital.*

**Keywords:** supply of care, hospital management, governance of care structures, performance of the Algerian health system.

**Jel Classification Codes:** I10, I11, I18.

\* *Auteur correspondant*

## 1. Introduction

Plusieurs déterminants influent sur l'état de santé de la population, bien que ces déterminants changent, réapparaissent ou se mutent à cause des transitions plurielles qui secouent un pays, une région du monde ou le monde entier, reste que ces déterminants épidémiologiques, sociaux ou environnementaux façonnent la santé publique d'une population (Alla, 2016, p.15; Marmot, 2000, p.380).

Depuis la déclaration d'Alma-Ata en 1978, le monde a considérablement évolué. D'une part, des difficultés supplémentaires sont apparues ajoutant à la complexité (récession économique, changement climatique, maladies émergentes, épidémie et pandémie d'envergure, etc.) ; d'autre part, des avancées scientifiques et technologiques considérables sont enregistrées dans tous les domaines. Des innovations technologiques, organisationnelles et managériales majeures marquent les dernières décennies. Cependant, qualitativement, ni le fonctionnement du système de santé dans son ensemble, ni les relations interpersonnelles entre les praticiens et les patients, ne sont à la hauteur des avancées scientifiques, en sus les innovations et les engagements de la communauté internationale en faveur des plus démunis sont insuffisants (Akki-Alouani, 2015, p.93).

Un système de santé conjugué, généralement, trois intervenants (la demande, l'offre et le financement) autour d'un seul objectif qui est la santé publique. Bien qu'il existe des disparités entre les grands courants philosophiques qui dessinent ce magnifique tableau, l'objectif est pareil ; c'est rassembler l'intérêt des principaux intervenants, afin de couvrir le plus grand nombre de besoins de santé, aux fins fonds les plus lointaines et par les meilleurs moyens existant (Akki-Alouani, 2015, p.94; Durrani, 2016 ; Aissaoui, 2017, p.11 ; Kaddar, 2015).

Malgré le nombre illimité des besoins de santé de la population, l'offre de soins reste malheureusement limitée par les moyens alloués par les gouvernements, l'organisation met en place et, les choix stratégiques qui encadrent la distribution des soins. Ce paradoxe n'est pas l'œuvre d'un seul système, c'est pareil pour la majorité des systèmes de santé dans le monde (WHO, 2000 ; Liu et al, 2015, p.431 ; Golding et al, 2017, p.2173). Le système de santé algérien ne constitue pas une exception pour ce fameux paradoxe, tandis que la spécificité réside dans un malaise récurrent exprimé par tous les intervenants depuis presque 40ans déjà! S'il n'y a pas de diagnostic sérieux sur les causes qui persistent et qui nourrissent cette situation, ainsi nous ne pourrions pas rectifier le tir afin d'améliorer les résultats (Aissaoui (b), 2018, p.7; Akki-Alouani, 2015, p.105 ; Kaddar, 2017). Un changement tant espéré par tous les intervenants, peut basculer la situation vers un système qui produit des solutions pérennes au lieu d'un bricolage temporaire, afin d'éviter la crise qui peut amoindrir notre chère santé.

A travers ce papier, nous allons essayer de répondre sur les questions suivantes : *quels sont les différents obstacles qui figent l'offre de soins en Algérie ? Et quelles sont les solutions qui peuvent améliorer cette situation ?*

## 2. Matériels et méthodes

C'est une étude descriptive et analytique, qui aborde un sujet assez crucial ; qui n'est que la déroute des structures de soins envers leur mission. L'insuccès du système de subvenir aux besoins de la population en matière de soins, qui se manifeste par des structures de soins désertées par le patient et le personnel médicale en même temps. De surcroit, nous enregistrons un déséquilibre des organismes de sécurité social, ces derniers qui ont un rôle pivot dans le financement de la santé en Algérie, qui ont contribué inlassablement et cela, depuis toujours à

améliorer l'état de santé de l'Algérien. En sus des discours équivoque des responsables quant au dogme « gratuité des soins pour l'éternel! » en décalage avec notre réalité... Ce sont des signes qui ne trompent pas, quant au malaise quasi-permanent qui menace les trois intervenants du système de santé algérien, en l'occurrence si les responsables ne songent pas sérieusement à attraper le taureau par les cornes et, afin de faire face aux multiples causes qui ont engendré cette crise multi-facette... Au lieu de se focaliser sur les conséquences, en élaborant de temps à l'autre des solutions clefs en main dénichées un peu partout, qui ne porte guère de remède à notre système de santé, ce dernier qui est atteint lui-même d'une maladie chronique.

A travers notre étude de cas sur l'offre de soins en Algérie, nous allons essayer de faire un diagnostique, ce dernier qui peut nous guider à bien situer les obstacles qui font face à l'offre de soins: idéologiques, organisationnels, managériaux, financiers, etc. Puis, nous allons jauger les conséquences de cette déroute sur les principaux intervenants dans notre système de santé. Ainsi, le temps sera alors venu de dresser un bilan, afin de formuler des solutions efficaces et pérennes, en puisant dans nos spécificités en parallèle avec notre réelle réalité.

### **3. Résultats et discussion**

Nous allons, avant tout, exposer quelques indicateurs qui constituent intrinsèquement des alibis dument étayés.

#### **3.1 Résultats**

##### **3.1.1 Une loi de santé caduque encore en vigueur qui date des années 80**

Amorcé déjà dès le début des années 70, la politique de santé nationale, axé sur la gratuité des soins, mis pour remédier à une situation difficile à l'époque (maladies infectieuses, sous-alimentation, pouvoir d'achat dérisoire, etc.). Selon les responsables de cette période faste : en démantelant les obstacles financiers, nous pouvons donc parler d'accessibilité aux soins prodigués. Bien que les obstacles qui figent l'accessibilité aux soins sont : géographiques, organisationnels et financiers et, malgré l'instauration d'une accessibilité financière et, peu ou prou, une accessibilité géographique, l'accessibilité organisationnelle nous fait défaut jusqu'à maintenant.

La loi sanitaire qui date de 1985 et, qui a été instaurée pour organiser un système de santé de l'époque, pour répondre à des exigences et des contraintes propres à cette époque... Depuis, multiples transitions ont refaçonné la société algérienne dès le début des années 90. Enfin l'ancienne loi âgée de 38ans, a été remplacée dernièrement par une nouvelle loi sanitaire : la loi n°18-11 du juillet 2018, théoriquement elle porte des réformes profondes et évolutives (Kaddar, 2017). Bien que le retard causé par les gouvernements successifs pour réviser cette loi, a contribué malheureusement a crée une boule de neige, qui n'est que le décalage entre le système de santé et les besoins de la population, cette boule de neige qui prend d'avantage de masse en fur est à mesure que le temps passe, sans que la nouvelle loi sanitaire soit appliqué sur terrain.

La planification sanitaire est indispensable pour obtenir une adéquation de la carte sanitaire avec celle de l'aménagement du territoire. La planification définit une offre de soins et de prévention, autant quantitative que qualitative, dans un espace temporel et géographique en adéquation avec une demande (Aissaoui (b), 2018, p.5; Akki-Alouani, 2015, p.99).

Nous assistons depuis les années 70 à une législation trop sociale, pour ne pas dire socialisante, figé ou plutôt qui avance en arrière, en faveur d'un hôpital qui offre des soins gratuits, loin des attentes des demandeurs de soins, en décalage avec la réalité et, sans se soucier

des transitions qui doivent être pris en considération pour mener à bien la mission de ces établissements de soins. Ainsi, pour amorcer cette réforme, *par quoi nous pouvons commencer ?*

### 3.1.2 Un système de soins gangrené par le principe de la gratuité des soins

Tous les intervenants dans le secteur de la santé: chercheurs, praticiens et responsables administratifs, etc. sont invités à travailler ensemble main dans la main dans la sérénité, pour lancer un débat courageux, avec un certain esprit critique, sur des questions caducs qui divisent ; le cas du fameux « principe de la gratuité des soins ». Pour animer ce débat, plusieurs questions sur l'équité et l'efficacité de notre système de santé doivent être posées, dès l'adoption de ce fameux principe dans les années 70 jusqu'à maintenant. Parmi ces questions : A l'ère de la gratuité des soins, tous les citoyens ont le droit de demander des soins sans contrepartie financières, ou dans certains cas une contribution quasi-dérisoire, et cela au niveau de toutes les structures publiques de soins (Aissaoui, 2017, p.14). Devant cette réalité : *qui profite et qui est pénalisé par cette gratuité?*

Devant un développement visible du secteur privé depuis les années 70, le citoyen est confronté à une dure réalité : prendre en main son propre destin, tracer pour soi-même un parcours de soins dans le secteur public, qui peut être malheureusement entravé par des interminables obstacles ; ou céder au dictat d'un secteur privé, peu organisé, qui prodigue des soins de qualité discutable et, payés surtout par les plus nécessiteux! Ainsi : *que reste réellement de gratuit dans un système de santé pareil ?*

Les systèmes nationaux d'information sanitaire dépendent de statistiques établies et déclarées manuellement par le personnel de santé. Pour le cas de l'Algérie, ces systèmes sont portés dans des registres pour les consultations externes et sur le dossier du malade pour les hospitalisés. Aucun traitement statistique n'est effectué pour transformer ces données en informations pertinentes pour la gestion locale et pour les niveaux décisionnels. Les rapports périodiques envoyés aux niveaux supérieurs sont ignorés lors de la prise de décision (Akki-Alouani, 2015, p.101). *Comment peut-on rectifier le tir si on n'a pas l'information utile pour la prise de décision ?*

Bien que l'accessibilité ait trois composantes : géographique, financière et organisationnelle, et malgré les chiffres avancés par les responsables quant à l'existence de la première et la deuxième composante, la troisième constitue, elle, un malaise qui perdure, ou une crise selon des chercheurs. L'accessibilité organisationnelle est pointée du doigt comme le mal qui gangrène notre système de soins. Ainsi : *quelles sont les causes qui mettent à mal l'organisation de notre système de soins ? Et quel est l'impact sur le degré d'équité et d'efficacité de ce système?*

Nous pouvons point amorcer une réforme sans un diagnostic, ce dernier qui peut nous renseigner sur les points faibles de l'offre de soins. Bien que les rétrospectives et les prospectives sont rares ou obsolètes dans leurs majorités, les responsables ont du pain sur la planche quant aux statistiques descriptives sur les comptes nationaux de la santé, les dépenses de soins des ménages, le volume et la valeur de la consommation médicamenteuse, le taux d'évolution du secteur privé, et simplement de quoi souffre les algériens, etc. Ainsi : *comment pouvons-nous agir avec ce manque flagrant d'informations ?*

### 3.1.3 Un financement en permanence augmentation

L'Algérie se situe très en dessous de la moyenne mondiale en matière de dépenses de

santé globale, qui sont évaluées à plus de 11 milliards de dollars, ce qui représente seulement 5,3% du PIB (estimation SAARPE), à l'inverse des chiffres de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) qui avoisinent les 7,2%. Et ce, contrairement aux dépenses mondiales dans le secteur de la santé qui sont estimées à 10 % du PIB des pays (MSPRH, 2017).

Durant l'année 2017, le budget de la santé en Algérie s'élève à un total s'étalant de 1050 mds DA à 1150 mds DA. Ce budget est réparti entre les dotations de l'Etat (ministère de la Santé) avec 400 milliards DA, la Sécurité Sociale environ 300 milliards DA, le Ministère de la défense et autres: environ 100 milliards DA, et l'Out of Pocket compris entre 250 et 350 milliards DA (MSPRH, 2017).

En effet, en 1974, les établissements de soins fonctionnaient avec seulement 883 millions de DA. Les budgets alloués à ces établissements iront crescendo pour se situer à plus de 6 milliards DA en 1985. Vingt ans après l'instauration du forfait hospitalier, le budget consacré aux établissements publics de santé passe à plus de 30 milliards DA en 1994. Actuellement, ces établissements reçoivent plus de 400 milliards DA (Abbou & Brahamia, 2017, p.5).

Face à ces chiffres, on ne peut que situer ce pays en pole position au niveau Maghrébin et Africain. Ainsi, plusieurs questions ressurgissent : *est-ce que ces dépenses de santé sont justifiées ? À quand la contractualisation prend la place du forfait hospitalier pour stopper l'hémorragie ?*

### **3.1.4 Un secteur privé cupide et vénal qui sert que lui-même**

L'Algérie a connue au début des années 90 des transitions simultanées (économique, sociale, sécuritaire et surtout épidémiologique) qui ont contribué à refaçonner la population de ce pays jeune, cette transition au pluriel continue de se muter, et par conséquent, à impacter le pays et ses citoyens. C'est au début de la dernière décennie du 20<sup>ème</sup> siècle, que l'FMI exige à l'Etat de se replié peu à peu quant au financement de la santé, en donnant aux ménages la responsabilité de financer une partie des leurs besoins par leurs propres moyens. A vrai dire, passer le témoin en douceur au secteur privé en matière de subvenir aux besoins de la population en matière de soins, distribution des médicaments, imagerie médicale, analyses médicales, etc.

Le nombre des structures de soins privés activant ces dernières années est assez intéressant ces dernières années :

- 23 cliniques médicales ;
- 237 cliniques médico-chirurgicales ;
- 32 cliniques de diagnostic ;
- 145 centres d'hémodialyse avec 1 741 reins disponibles ;
- 600 cabinets de groupe ;
- 8 352 cabinets de spécialistes ;
- 6 910 cabinets de généralistes ;
- 6 144 cabinets de chirurgie dentaire ;
- et 9 962 officines pharmaceutiques.

Là aussi, plusieurs questions ressurgissent : *est-ce le secteur privé joue le jeu de la complémentarité ? Quels sont les vrais objectifs du secteur privé ? Quand pourrons-nous parler*

*d'un secteur privé responsable ?*

### **3.2 Discussion**

Nous allons essayer de discuter, à tour de rôle, chaque indicateur, comme nous allons essayer de répondre sur chaque question.

#### **3.2.1 Une nouvelle loi ne suffit pas à changer les mentalités et les pratiques qui ont vécu 38 ans**

L'OMS reconnaît la défaillance des systèmes de santé de la plupart des pays en développement (WHO, 2007). Un document de l'OMS exprime parfaitement l'état et les causes de l'inefficacité et de l'inefficience du système d'information de santé des pays en développement, dont l'Algérie (Lippeveld et al, 2000).

Bien que la restructuration et la réforme de notre système de santé soient les biens venus, toutefois ils ne doivent pas être l'œuvre des politiciens, mais des intervenants dans le système de santé algérien. En sus cette gestion du changement ne doit pas démarrer du néant, mais plutôt des multiples recherches, enquêtes, propositions, etc. comme le cas de : La charte de la santé de 1998, le rapport sur la santé des Algériens en 2000, le projet TAHINA de 2007 ; qui définissent peu ou prou les grands axes d'une réforme hospitalière qui peut revitaliser le potentiel sanitaire conséquent dont dispose notre pays.

L'obstacle majeur au développement d'un système de santé fort est la faiblesse du système d'information des services de santé primaires : ils ne sont pas conçus dans une perspective systémique et ils ne s'intègrent pas dans la gestion tactique et stratégique des politiques de santé (Reid et al, 2005). Au niveau local, une information de qualité permet de meilleures décisions de gestion des activités de soins et de prévention, d'où une meilleure santé pour tous. Au niveau intermédiaire, elle sert au contrôle, à la formation et à l'allocation des ressources, alors qu'au niveau central elle est surtout nécessaire au contrôle, à la prise de décisions de planification et à l'évaluation du système dans sa globalité.

Un nouveau projet de loi sanitaire est annoncé depuis 2014 et, depuis cette annonce plusieurs assises régionales et nationales et des groupes de travail ont été organisés en 2014 et 2015. Enfin, cette nouvelle loi a été votée à l'assemblée nationale puis publiée en juillet 2018, pour remplacer la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé. Afin d'abroger une loi et la remplacer par une autre, un recours vers un travail d'audit doit être sollicité, pour mettre en exergue les points forts et les points faibles, afin de valoriser les premiers et d'y remédier aux multiples failles et limites. Peu d'informations ont été publiées ou communiquées par les responsables, y compris les résultats et les recommandations des débats organisés autour des points vitaux. De tels agissements nuisent à un consensus probable sur les solutions proposés, puisque malheureusement, plusieurs intervenants seront inhibés (Kaddar, 2015).

De plus, les discussions et recommandations sont le plus souvent fondées sur des expériences et des vues partielles, car très peu de données nationales chiffrées et d'analyses crédibles sont disponibles pour éclairer les opinions, acteurs et décideurs sur des questions fondamentales de notre système de santé.

Ainsi, en vue d'amorcer une réforme hospitalière efficiente, les actions de restructuration des établissements hospitaliers peuvent s'articuler autour des axes suivants :

- la régionalisation des soins ;

- l'information médicale et l'amélioration de la qualité ;
- la formation continue ;
- la maîtrise des dépenses de santé.

Les problèmes de santé sont complexes, évolutifs et multifactoriels. Les solutions apportées ne dépendent pas uniquement du secteur de la santé, mais de beaucoup d'autres secteurs sociaux et économiques. Une gestion efficace et efficiente du secteur de la santé, fondée sur une approche systémique et sur un système d'information performant utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC), favorise le partage de l'information et, par conséquent, une prise de conscience de l'apport de chacun au bien-être de chaque citoyen dans son espace de vie (Akki-Alouani, 2015, p.104).

### **3.2.2 Un système de soins gangrené par le principe de la gratuité des soins**

Contrairement à toute attente, la nouvelle loi n° 18-11 du juillet 2018 a maintenu le principe de la gratuité des soins pour les années à venir. Selon l'article 13 de cette loi : « L'Etat assure la gratuité des soins et en garantit l'accès à tous les citoyens sur l'ensemble du territoire national » (JORADP, 2018). Ainsi selon cette loi : « Il met en œuvre tous les moyens de diagnostic, de traitement et d'hospitalisation des malades dans l'ensemble des structures publiques de santé ainsi que toute action destinée à protéger et à promouvoir leur santé » (JORADP, 2018).

La réalité est que le contribuable soit pénalisé triplement: une première fois quand il paye ses cotisations sociales ; une deuxième fois quand il paye ses impôts, puisque une partie de l'IRG (Impôt sur le Revenu Global) est destinée au financement de l'activité hospitalière ; quant à la troisième pénalité, elle sera visible quand le contribuable a recours aux services du secteur privé, sans que la sécurité sociale ne rembourse les dépenses engendrées.

Les structures de soins, que ce soit de premier recours (EPSP) ou les structures hospitalières (EPH, EHS, EHU, CHU), sont quasiment désertées que soit par le demandeur de soins y compris par les professionnels de la santé. Plusieurs causes ont contribué à ce désert médical, parmi elles :

Bien que le manque de moyens médicaux ne soit pas une caractéristique algérienne, mais plutôt une caractéristique de l'offre publique de soins dans la majorité des pays du globe, il reste que ce problème prend son ampleur, de plus en plus, dans les pays du tiers monde et durant les moments de crises. Le manque de moyens médicaux constitue en soi-même une source de conflits récurrents entre le staff médical et l'équipe administrative dans les hôpitaux, qui a un impact négatif, par ricochet, sur la relation médecin-patient au sein des établissements publics de soins (Aissaoui, 2020, p.5 ; Aissaoui (b), 2018, p. 7).

L'activité complémentaire a été introduite en 1998 par effraction, sans être objectivement justifiée. Elle a été instituée en pleine période du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) imposé par le FMI, durant lequel les salaires étaient bloqués. Elle a été instaurée pour suppléer à l'impossibilité de l'Etat de répondre aux revendications salariales des médecins spécialistes. Son objet a été de faire supporter aux malades le cout des augmentations salariales que l'Etat ne pouvait satisfaire. Cette activité a eu des résultats catastrophiques sur le fonctionnement de nos hôpitaux : détournement des malades, des médecins, du matériel et même des médicaments ! A cause de cette activité, nos hôpitaux ont connu un ralentissement de leur activité et même une paralysie les après-midi. L'activité complémentaire qui permet la double fonction chez le

secteur public et le secteur privé, bien qu'officiellement selon (art.166) de la loi n° 18-11 du juillet 2018 n'autorise point ce privilège pour les médecins et professeurs activant dans les différents hôpitaux algériens, officieusement quelques professionnels de la santé continuent de jongler entre les deux secteurs, ils ont même bloquer les institues de médecines par des grèves récurrents pour sa réinstauration, d'où ils ont eu satisfaction de leur revendication (Kaddar, 2017).

Nous assistons dans les dernières années à une réalité amère ; les malades prennent en charge la quasi-totalité des frais des actes médicaux, où l'offre publique de soins a été réduite drastiquement et l'offre privée a connu une augmentation exponentielle. Cela se traduit évidemment par l'augmentation de la proportion de la population qui renonce aux soins ou qui s'appauvrit. Les victimes sont recensées, bien sûr, surtout chez les pauvres, où le risque de décès d'un enfant est 1,8 fois supérieur à celui d'un enfant riche (enquête MICS 3 2012-2013) et un enfant habitant au Sud a un risque de décès de 2,3 fois supérieur à une enfant habitant le Nord.

L'analyse des résultats de l'enquête sur la consommation réalisée, en 2011, par l'office National des Statistiques/ONS auprès des ménages, montre qu'hors loyers fictifs, 80% de la population (les moins aisés) consacrent plus de 50% de leurs dépenses à l'alimentation. Or, les spécialistes s'accordent pour dire que plus le coefficient alimentaire du citoyen soit plus grand, plus son pouvoir d'achat sera faible. A titre comparatif, il faut savoir que ce coefficient est inférieur à 40% en Tunisie et à 12% en France.

### **3.2.3 Un financement des structures de santé en permanence augmentation**

Dans plusieurs pays ayant adopté le financement forfaitaire, il s'est avéré que cette mesure est à l'origine des dérives des dépenses hospitalières, pour cause, les estimations des besoins se réduisent à l'élaboration d'une liste de souhaits dont le coût total est égal au montant pouvant être considéré comme réalisable sur le plan budgétaire. En Algérie, ce type d'allocation de fonds a incité l'État et la CNAS à financer les hôpitaux publics sans référence à l'activité réelle. La contribution de chacun étant fixée d'une manière approximative sans relation avec le volume de l'activité des hôpitaux (Oufriha, 2008, p.111). L'efficacité de la dépense s'avère ainsi reléguée au second plan ; les gestionnaires sont devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré-affecté selon des lignes budgétaires précises. La maîtrise des dépenses hospitalière, basée sur une formule forfaitaire, a induit, contrairement aux objectifs attendus, la déresponsabilisation des gestionnaires des hôpitaux qui ne se considèrent aucunement incités à administrer au mieux les ressources.

Face à ce constat, les responsables ont réagi en faveur d'instaurer la contractualisation, cette dernière qui peut freiner ou stopper l'hémorragie des dépenses hospitalières. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé, en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles (Kaddar & Chogranie, 2010, p.182). Reste que ce projet axé sur une tarification à l'activité de chaque structure de la santé peine à voir le jour, et peut être condamné à la mort prématuré. Puisque pour amorcé ce changement, des outils de contrôle de gestion doivent être appliqués, ainsi pour fixer les prix des services prodigués par les structures publiques, il faudra avant tout la mise en œuvre d'un système de comptabilité hospitalière afin d'estimer les coûts de revient de chaque service. Une expérience pilote a été entrepris depuis quelques années, en vue d'implanter un système comptable hospitalier appelé communément la triple comptabilité hospitalière 3COH au niveau de chaque établissement hospitalier, les résultats ne suivent pas! À

cause des multiples problèmes quant au manque de formation et d'expérience du personnel du service comptabilité et finance (Aissaoui (a), 2018, p.35).

### **3.2.4 Un secteur privé cupide et vénal qui sert que lui-même**

En Algérie, lorsque le service n'est pas disponible dans le public, les patients sont obligés à s'orienter vers un médecin référent privé, payant bien sûr. Cela est dû essentiellement d'un dysfonctionnement inter-hospitalier, en d'autres termes une absence de communication, qui se caractérise par un manque de relation organisée entre les établissements hospitaliers y compris entre praticiens qui ne se connaissent pas. Ce manque de communication pousse le demandeur de soins à s'auto-tracer son parcours de soins anarchiquement et, à favoriser l'augmentation des dépenses de soins. Bien que la nouvelle loi n° 18-11 indique clairement le rôle du médecin traitant, les services de soins primaires et le secteur public en générale à organiser le recours aux soins et l'orientation vers les soins spécialisés, ainsi selon l'article 22 de cette loi : « Tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent, à l'exception des cas d'urgence et des cas médicaux d'accès directs définis par le ministre chargé de la santé » (JORADP, 2018). Le médecin référent est le médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile » (JORADP, 2018).

Le secteur privé quant à lui, prend en fur et à mesure de l'importance d'une année à l'autre, tandis qu'il opte pour les services juteux qui ne portent pas de risques significatifs. Ainsi le rôle de la complémentarité avec le secteur public est remis en cause. Un autre problème qui fige ladite complémentarité entre les deux secteurs, c'est les tarifs de remboursement des soins privés et des autres prestations en nature des assurés sociaux qui datent de 1987. Ils varient de 32 et 80 DA pour une consultation pour laquelle le montant réellement déboursé par le malade varie de 800 à 5 000 DA. Pour les autres actes médicaux, onéreux les montants remboursés sont encore plus dérisoires (moins de 9 DA/acte). Une césarienne payée 80 000 à 90 000 DA n'est remboursée qu'à hauteur de 800 DA ! Un séjour dans une clinique privée coûte entre 10 000 DA et 100 000 DA/journée et est remboursé 210 DA/jour. Ceci sans parler des soins privés des pathologies lourdes, telles une cure de radiothérapie dont le coût du protocole varie entre 500 000 DA et un million de dinars.

## **4. Conclusion**

Nous avons essayé par le présent article de mettre l'accent sur les principaux problèmes qui imbivent notre système de santé dans le gouffre, comme nous avons essayé de mettre en exergue les différents obstacles qui inhibent une bonne couverture sanitaire de la population algérienne par l'offre de soins existant durant ces dernières décennies.

Nous sommes arrivés à plusieurs résultats : une révision stratégique de notre politique sanitaire et pharmaceutique s'impose avec acuité ; un financement des structures de soins du secteur public doit être à la hauteur des objectifs ; implanter en urgence un système d'information, qui permet l'application de la contractualisation et le financement des hôpitaux à l'activité ; une rationalisation objective des investissements en santé est plus que nécessaire, en intégrant une carte sanitaire qui organise l'offre de soins et, en sollicitant les moyens matériels et les ressources humaines du secteur privé.

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 l'Etat pour les patients démunis et ceux souffrants d'une maladie chronique.

D'autres réformes audacieuses permettent un financement pérenne et efficace de la santé en Algérie, ainsi une meilleure couverture sanitaire de la population, ces réformes doivent s'articuler autour de : la Sécurité Sociale, la généralisation des mutuelles, l'implication des assurances privées et d'encouragement du partenariat public-privé. La concrétisation de ces réformes permet une diversification des sources de financements de notre système de santé.

L'Algérien a gagné près de 30 années de vie supplémentaire, il frôle maintenant 77ans d'espérance de vie après seulement 56ans d'indépendance. Donc, c'est une preuve qu'on peut faire d'avantage, on instaurant des stratégies et des politiques qui rassemblent et qui impliquent tous les intervenants dans notre système de santé.

## 5. Liste bibliographique

- Abbou, Y., Brahamia, B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales/ Insaniyat*, n° 75/76, Alger 2017 : 1-17.
- Aissaoui(a), N. (2018). The quality audit of a hospital information system practice; Case study Ibn Sina Hospital OEB/Algeria. *Revue des Etudes et Recherches en Logistique et Développement (RERLED)*; 3(1) : 26-38.
- Aissaoui(b), N. (2018). Causes et conséquences de la situation financière précaire des organismes algériens de sécurité sociale : Cas de la Caisse Nationale des Retraites/CNR. *Revue Annales des sciences de la santé*; 19(1):1-10.
- Aissaoui, N. (2017). Financing of the Algerian health system; what future for free care? *EWASH&TI Journal*, University of El Hoceima/Morocco, Volume1 Issue 3: 11-20. <https://doi.org/10.48421/IMIST.PRSM/ewash-ti-v1i3.9548>
- Aissaoui, N. (2020). Violence in health care settings during the COVID-19 pandemic; the case of Algerian hospitals. *Journal of Health Sciences/HS*; 1(1): 1-7.
- Akki-Alouani, A. (2015). Pour un système de santé qui profite à tous : l'Algérie face au défi de l'approche systémique. *Pensée plurielle*, 39 : 93-107. <https://doi.org/10.3917/pp.039.0093>
- Alla, F. (2016). Les déterminants de la santé. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 15-18). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>
- Durrani, H. (2016). Healthcare and healthcare systems: inspiring progress and future prospects. *mHealth*, 2, 3. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2306-9740.2016.01.03>
- Golding, N., Burstein, R., Longbottom, J., Browne, A. J., Fullman, N., Osgood-Zimmerman, A., Earl, L., Bhatt, S., Cameron, E., Casey, D. C., Dwyer-Lindgren, L., Farag, T. H., Flaxman, A. D., Fraser, M. S., Gething, P. W., Gibson, H. S., Graetz, N., Krause, L. K., Kulikoff, X. R., Lim, S. S., ... Hay, S. I. (2017). Mapping under-5 and neonatal mortality in Africa, 2000-15: a baseline analysis for the Sustainable Development Goals. *Lancet* (London, England), 390(10108) : 2171–2182. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31758-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31758-0)
- JORADP. (2018). La loi n° 18-11 du 02 juillet 2018 relative à la santé.
- Kadar, M., Chougrani, S. (2010). Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie. *Journal d'Économie Médicale* ; 5(28) : 179-193.
- Kaddar, M. (2015). Remarques préliminaires sur l'avant-projet de loi sanitaire en Algérie.[Internet]. Accessible sur l'adresse :

[https://www.researchgate.net/publication/288986463\\_Remarques\\_preliminaires\\_sur\\_1%27avant-projet\\_de\\_loi\\_sanitaire\\_en\\_Algerie](https://www.researchgate.net/publication/288986463_Remarques_preliminaires_sur_1%27avant-projet_de_loi_sanitaire_en_Algerie)

Kaddar, M. (2017). Projet de loi sanitaire en Algérie : des avancées et des questions. [Internet]. Accessible sur l'adresse : [https://www.researchgate.net/publication/313620704\\_Projet\\_de\\_loi\\_sanitaire\\_en\\_Algerie\\_des\\_avancees\\_et\\_des\\_questions](https://www.researchgate.net/publication/313620704_Projet_de_loi_sanitaire_en_Algerie_des_avancees_et_des_questions)

Lippeveld, Theo., Sauerborn, Rainer., Bodart, Claude & World Health Organization. (2000). Design and implementation of health information systems / edited by Theo Lippeveld, Rainer Sauerborn, Claude Bodart. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42289>

Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Perin, J., Rudan, I., Lawn, J. E., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2015). Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* (London, England); 385(9966), 430-440. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)

Marmot, M. (2000). Social determinants of health: from observation to policy. *The Medical Journal of Australia*; 172(8):379-382. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2000.tb124011.x. PMID: 10840490.

MSPRH. (2017). Santé en chiffres, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière/MSPRH, décembre 2017.

Oufriha, FZ. (2008). Les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins. *CREAD*: 103-116.

Reid PP., Compton WD., Grossman JH., Fanjiang G. (2005). Building a Better Delivery System, a New Engineering/Health Care Partnership. National Academy of Engineering (US), Institute of Medicine (US) Committee on Engineering and the Health Care System, Washington (DC). [http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=11378&page=23](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=11378&page=23)

WHO. (2000). World Health Report 2000. World Health Organization. Available online: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

WHO. (2007). Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, Geneva, [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)