

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

Dr BOUYOUCHEF-BARR Djamil
Maître de conférences EHEC Alger

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

**La santé en Algérie: entre l'éclatement du système
et les ressources disponibles**

**La santé en Algérie: entre l'éclatement du système
et les ressources disponibles**

Par : Dr **BOUYOUCHEF- BARR Djamil**
Maître de conférences EHEC Alger

Résumé : L'étude de certaines caractéristiques du système de santé algérien qui ont trait principalement à son organisation, à l'évolution des professionnels de la santé, des infrastructures, du financement ainsi que de l'apport du secteur privé en matière de la prise en charge des populations, a montré que le système est caractérisé par son éclatement de ce fait l'augmentation quantitative des moyens consacrés à la santé ne se traduit pas par une amélioration de la qualité des prestations de soins.

Mots clés : organisation, financement de la santé, ressources humaines pour la santé, infrastructures sanitaires, secteur privé de la santé.

Introduction

La santé est non seulement un droit universel, mais une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. L'Algérie a consacré dans sa constitution, le droit des citoyens à la protection de la santé. Cela se traduit par la prédominance du secteur public avec une participation limitée mais grandissante du secteur privé.

Les pouvoirs publics continuent de déployer des efforts considérables en vue d'assurer à tous l'accès aux services de santé. Toute la population bénéficie d'une couverture maladie, tous au moins pour les soins prodigués dans le secteur public.

Actuellement, le système de santé dispose d'outils importants, avec en termes d'infrastructures, une couverture géographique relativement homogène permettant un accès de proximité satisfaisant. Le pays dispose également d'un potentiel global en personnel médical et paramédical important quoique mal réparti, des programmes de prévention des maladies transmissibles, dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population a permis d'améliorer la plupart des indicateurs sanitaires.

Cependant l'offre de soins demeure peu efficiente, la qualité des services n'est pas optimale et les inégalités persistent. L'accès aux soins dans les zones rurales est entravé par le manque d'équipements, de médicaments et de personnel médical.

La santé en Algérie: entre l'éclatement du système et les ressources disponibles

Ainsi, nous tenterons au niveau de cet article, à la lumière des données chiffrées que nous présenterons tout au long de notre étude, de faire une analyse de la situation de notre système de santé se rapportant particulièrement à sa structure pyramidale entravant d'un côté le bon fonctionnement des structures hospitalières, et de l'autre ne permettant pas une allocation optimale des ressources disponibles malgré leur évolution continue.

1. Une dynamique sanitaire verticale

Le système de santé est structuré sous la forme d'une organisation pyramidale entravant le bon fonctionnement des structures hospitalières :

a) Au niveau central :

Le niveau central est constitué du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, des instituts et des agences nationales de santé. L'administration centrale qui, dans le cadre de la conception de la politique de santé et l'élaboration du système de santé, a pour rôle de planifier, d'ordonner la mise en œuvre des ressources financières, matérielles et humaines.

Une des critiques relevée fréquemment dans le cadre des différentes commissions engagées par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière quant à l'évaluation du système national de santé est l'intervention de l'administration centrale à tous les niveaux et dans tous les actes de gestion hospitalière. Même les programmes de santé, quand ils existent, sont décidés au niveau central sans consultation des prestataires, ce qui a conduit à ignorer les spécificités régionales et à prendre des mesures inapplicables et sans effet sur le terrain.

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 d'autres elles ne correspondent qu'à un moyen de consommation de crédits publics.

b) Le niveau intermédiaire :

Il est constitué de 5 régions sanitaires et de 48 directions départementales 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

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

Wilayasont chargéesdel'organisation desstructuresdesantéet delacoordination de la mise en ŷuvre de la politique sanitaire. Mais elles ne peuvent pas être un relais efficace du ministère de la santé au niveau local car, en pratique, elles sont réduites à des boîtes aux lettres, et constituent une forme de bureaucratie freinant les initiatives locales

c) Le niveau périphérique :

Constituée partir d'hopitaux et d'anciennes structures de l'assistance médicale gratuite (AMG), le secteur sanitaire devenait, en janvier 1973, la base d'une naissante pyramide des soins. Après plus de trois décennies de développement accéléré, la pyramide a beaucoup évolué

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 desservant l'ensemble de la population qui réside dans cet espace.

En 1986 (décret n°86-25 du 11 Février 1986) sont créés les centres hospitalo-universitaires (CHU). L'argument présenté par les partisans de ces structures était l'amélioration de la qualité des prestations (soins et formation de pointe), mais la réalité est tout autre et on paye trop cher, à ce jour, le prestige de cette dénomination à CHU où dont le seul mérite est la surconsommation budgétaire. Comme le montre le tableau suivant :

Tableau n°1 : Evolution des budgets de la santé de 1994 à 2006
Unité: milliards de centime de Dinars

	1994	1995	1996	1997	2006*
Budget santé	30 763	36 729	43 616	43 764	167 198
Part des secteurs sanitaires	7 081	7 184	7 110	7 015	127 741
Part des 13 CHU En millier de DA	2 919	2 816	2 890	2 985	39 457

Source : MSPRH, annuaires statistiques années 1994, 1997 et 2006

*part des SS et EHS

Pour la période allant de 1994 à 1997 les crédits alloués aux 13 CHU dans seulement dix wilayas (4 à Alger et un à Oran, Tlemcen, Sidi Bel Abbès, Blida, Tizi-Ouzou, Sétif, Constantine, Annaba et Batna) dépasseront les 29% du budget global de la santé ; alors que les 216 structures restantes (185 SS+ 31 EHS) se partagent le reste.

La santé en Algérie: entre l'écclatement du système et les ressources disponibles

Il faut noter que la suppression des secteurs sanitaires universitaires (SSU) qui r spondaient harmonieusement aux besoins de la population, aussi bien de soins : qualité, hiérarchie, accessibilité ; que de formation, a abouti à la suppression des ces avantages ¹

Pour l'année 2006 nous remarquons que les secteurs sanitaires et les EHS s' capparent plus 70% du budget global. Cela peut s'expliquer par la volonté de l'état de réhabiliter les structures de base et de proximité.

Depuis 1981 et jusqu'à l'année 2008 avant la mise en œuvre de la restructuration des secteurs sanitaires, le niveau périphérique est formé de 185 secteurs sanitaires, organisés 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

Nous notons que les structures des secteurs sanitaires ont été créées après 1982 sur la base d'une polyclinique pour 25000- 30000 habitants, un centre de santé pour 4000- 5000 habitants, une salle de soins pour 1000- 2000 habitants et 4 à 5 lits par 1000 habitants ²

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

Il est à signaler que le décret exécutif n 07-140 du 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et établissements publics de santé de proximité a modifié l'organisation des 185 secteurs sanitaires en deux niveaux dotés chacun d' autonomie financière. 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

¹ Un secteur sanitaire par D ra assurait le respect du découpage administratif national, permettait la couverture sanitaire de tout le pays, encourageait la participation des collectivités locales au financement des dépenses de santé.

² OMS, revue des dépenses publiques 2005- 2006, P 165.

La santé en Algérie: entre l'écclatement du système et les ressources disponibles

EPH et 257 EPSP répartis à l'échelle nationale. ³

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

2 : Les infrastructures sanitaires :

L' nfrastructure 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' nfrastructure hospitalière et extrahospitalière publique.

a) L' nfrastructure hospitalière publique : l'évolution des infrastructures hospitalières sanitaires publiques est représentée dans le tableau suivant :

T ableau n 2 Infrastructures hospitalières publiques

Infrastructures	Nombre 2005	Lits en 2005	Nombre 2007	Lits en 2007*
Hôpital de secteur sanitaire	232	33 837	240	35157
Maternité de secteur sanitaire	505	3 205	511	3450
Etablissement Hospitaliers Universitaires (EHU)	01	740	1	740
Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)	13	13837	13	13837
Etablissement hospitaliers spécialisés	32	6 046	36	9785
Total lits		57 665		61829

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

*système de santé au maghreb, notes IPEMED, N 13, .Avril 2012

³ République Algérienne Démocratique et Populaire, MSPRH, journal officiel n  : 07, décret n  07-140 du 19 Mai 2007.

La santé en Algérie: entre l'éclatement du système et les ressources disponibles

Notons qu'en 1970 le nombre de lits pour 1000 habitants avoisinait 2,84 lits. Ce dernier et compte tenu de la croissance de la population a été divisé par 2 en 25 ans⁴ et ce, malgré l'accroissement considérable du nombre d'infrastructures, notamment durant les années 2000 (1,80 lits /1000habitants)⁵. Concernant le secteur privé et malgré son développement rapide son apport reste faible en la matière (la majorité des lits se trouve dans le secteur public).

b) Les infrastructures extrahospitalières publiques :

Les infrastructures extrahospitalières représentent un ratio de l'ordre d'une unité pour 18 000 habitants⁶. 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 libérales. Ce qui est représenté dans le tableau suivant :

Tableau n°3 : Evolution des infrastructures sanitaires (En nombre)

	1962	1984	1990	1998	2005
Hôpitaux	156	173	181	187	232
Nombre de lits	42787	50 210	55544	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 libérales pour assurer une grande couverture en matière de prévention qui devient de plus en plus la préoccupation majeure et primordiale de la politique sanitaire.

Il convient de rappeler que c'est grâce à ces structures de soins de base (polyclinique, centre de santé) que les grands programmes nationaux (lutte

4 Rapport NABNI 2020 : enseignement et vision pour l'Algérie 2020, Janvier 1993, p13

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

6 IDEM

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

antituberculeuse, vaccination, protection maternelle et infantile, planning familial) ont été réalisés et menés à bien. 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:

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.

Les investissements dans ce domaine ont pratiquement concerné la plupart des régions du pays, néanmoins les implantations les plus nombreuses on les trouve dans les chefs lieux de wilaya du nord (Alger, Oran, Annaba, et Tizi-Ouzou).

Tableau n° 4 Evolution des structures privées de santé (En nombre)

Infrastructures	2005	2006	2007
Cliniques médico- chirurgicales	151	161	165
Cliniques médicales	23	23	23
Centres de procréation médicalement assistée	07	09	09
Unités de transport sanitaires	85	124	141
Cabinets de consultations spécialisés	4573	4962	5095
Cabinets de consultations généralistes	5990	6102	6205
Cabinets dentaires	3832	3930	4120
Offices pharmaceutiques	5849	6285	7459
Laboratoires d'analyses médicales	267	278	286
Centres d'hémodialyse	48	58	64

Source : M SPRH, rapport : Politique nationale de santé, évaluation et perspective,
Octobre 2007, p 69.

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

D'après les données du tableau, nous constatons une évolution continue en matière d'infrastructures sanitaires privées, en particulier pour les cabinets de consultations spécialisés, de médecine générale, et de cabinets dentaires. Pour les cliniques d'hospitalisation, leur nombre est passé de 151 à 165 cliniques médico-chirurgicales, soit 14 cliniques en trois ans. Il faut signaler que le secteur privé dispose d'une part significative des équipements d'imagerie médicale surtout les plus coûteux : en 2000, il possédait 89% des scanners, 45% des échographes et 17% des appareils de radio en état de marche. Il disposait également de 14% des blocs chirurgicaux.⁷

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

Tableau n°5 : 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 nationale de santé, op.cit, 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. L'apport de ce dernier par rapport au secteur public, est représenté dans le tableau comparatif qui suit :

**Tableau n°6 : 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.

⁷ Source : MSPRH, rapport : Politique nationale de santé, Évaluation et perspective, Octobre 2007, p 69.

La santé en Algérie: entre l'écclatement du système et les ressources disponibles

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'h pitalisation, 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. En effet, une fois l'autorisation d'exercer accordée, les pouvoirs publics n'exercent aucun contrôle sur l'activité et sur la qualité des soins qui y sont dispensés. A cet effet, une réflexion sur la coopération du secteur privé et son harmonie avec le secteur public de soins doit être menée.

3 : Les moyens de la santé publique

Les moyens consentis par l'état au secteur de la santé sont toujours représentés une part importante dans le budget de l' tat. 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 de réaliser les attentes attendues en matière de santé publique.

A- Les ressources financières:

Le financement de la santé a connu, pendant longtemps, une évolution continue, 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 1973⁸ et 4,3 en 2005⁹ à 5,4 en 2011.

Le système de santé en Algérie est confronté à d'  importants défis financiers. A 5,4% du produit intérieur brut (en 2011) le niveau global des dépenses publiques et privées consacrées à la santé est relativement faible par rapport aux pays à niveau de revenu similaire (Tunisie 6,4%). Toutefois, à court et moyen terme, l'Algérie devra faire face à des dépenses de santé nettement plus importantes en raison des transitions démographiques et épidémiologiques, de l' utilisation de nouvelles technologies et de nouveaux médicaments coûteux, de l' augmentation éventuelle des salaires des professionnels de santé dans le secteur public, 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.

Les contraintes financières du système de santé vont augmenter pour plusieurs raisons : insuffisance des recettes, couverture médicale généreuse, inefficience de l' ffre des soins, importance des dépenses de médicaments et évolution

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

9 système de santé au Maghreb, Notes IPEMED , avril 2012, p 28.

La santé en Algérie: entre l'éclatement du système et les ressources disponibles

du fardeau de la morbidité liée à la transition épidémiologique. Aujourd'hui l'État tente de mobiliser des ressources dont l'origine est autre que publique. La tendance globale est au désengagement progressif de l'État 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'État, 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'État, la Sécurité Sociale, les Collectivités locales, la Pharmacie Centrale Algérienne et les ressources propres

Actuellement, elles sont limitées à une contribution de l'État et la participation de la sécurité sociale: l'État 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. Pour avoir plus de précision sur l'évolution des sources de financement au budget de fonctionnement des hôpitaux nous présentons le tableau suivant :

Tableau n° 7 :

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'État 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 à partir des difficultés économiques et financières qu'a connu les ressources de l'État, au milieu des années quatre vingt, induite

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

par l'affaiblissement des prix des hydrocarbures

C'est donc le désengagement progressif de l'État 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 impliqués 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. Les modalités de tels contrats doivent être fixées par voie réglementaire. Par ailleurs, le partage opéré depuis la loi de finance 1994 et réaffirmé chaque année par les lois est clair : l'État doit financer les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux bénéficiaires non assurés sociaux. La sécurité sociale, quant à elle, est censée couvrir la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

Toutefois, en pratique, ces dispositions juridiques n'ont jamais été appliquées. En réalité, les modalités de partage du financement entre l'État et la sécurité sociale tiennent essentiellement compte des besoins de financement, tels exprimés par les établissements de soins et des capacités contributives de chacun des deux financeurs.

- Ressources auto gérées 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 2001¹⁰.

- Dépenses privées consacrées aux services de soins :

Il 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). Les dépenses privées ont évolué, comme le montre les données du tableau suivant :

10 M. SPRH, rapport de la commission de réforme, Alger, septembre 2003, p 209.

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

**Tableau n° 8 : Dépenses privées consacrées aux services de soins dans le
secteur privé (Unité: 1000 DA)**

Chiffres en milliers de DA	2000	2001	% total 2001
Mutuelles	1 681 000	1 964 000	5
Entreprises	1 917 646	1 903 078	4.8
Ménages	37 110 636	35 153 042	90
Total	40 709 282	39 020 120	

Source : construit à partir des données MSPRH, comptes nationaux de la santé de
l'Algérie années 2000-2001

Les mutuelles concernent les prestations en nature (remboursement des frais médicaux) en complément des prestations servies par la caisse de sécurité sociale, et les indemnités journalières (prestations en espèces). Toutefois les chiffres présentés dans le tableau sont des estimations.

Les dépenses des ménages, faute de recensement systématique, restent peu connues, toutefois, il est probable que ces dépenses aient fortement augmenté au cours de ces dernières années, comme en témoigne le développement très rapide des prestataires de soins privés. Selon les données du tableau, leur contribution s'élève à 90% du total des dépenses privées des soins. Celles des entreprises et des mutuelles demeurent faibles.

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.

**Tableau n° 9 : Evolution de la dépense nationale de santé
(Unité: Milliards de DA)**

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,
évaluation et perspectives, Octobre 2007, p 113.

La santé en Algérie: entre l'écclatement du système et les ressources disponibles

Les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression non régulière en passant de 3,8% en 1991 à 4,7 % en 1993 et 3,6% en 1998 à 6,64% en 2006.

Nous soulignons que les dépenses nationales ont augmenté d une manière rapide malgré le ralentissement du produit intérieur. De même la dépense de santé par habitant a augmenté pendant la période 1979- 2011 de 66 à 437, tel qu  est illustré dans le tableau suivant :

Tableau n  10 : 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
2006	-	165
2011	5034	437

Source : construit par nos soins à partir des données :

- MSPRH, comptes nationaux, op.cit, p 113.
- OMS, statistiques pays, site Internet : www.who.org
- système de santé au Maghreb, Les Notes IPEMED, n  :13, avril 2012, , p 31

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), traité précédemment, qui est supérieure aux établissements public de santé

La répartition des crédits se fait, une fois la contribution de l  tat et la participation de la sécurité sociale, arrêtées dans le cadre de la loi de finance, par les services du ministère des finances en collaboration avec ceux du ministère de la santé. Elle consiste à répartir l enveloppe globale entre les établissements publics de santé

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

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

Tableau n°11 : 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, 2004, 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) structure des dépenses de fonctionnement des hôpitaux :

L'évolution des dépenses de fonctionnements des établissements sanitaires selon les différents postes de dépenses pour la période 1994- 2004, est donnée dans le tableau suivant :

Tableau n°12 : Evolution des dépenses de fonctionnement
(En millions de dinars et en %)

Catégorie dépense	1994		2004		2009	
	Montant	% du Total	Montant	% du Total	Montant	% du Total
Personnel	21 503	70.5	58 057	60.6	-	52,99
Formation	910	3	2 187	2.3	-	3,76
Alimentation	700	2.3	1 828	1.9	-	3,07
Médicaments	4 057	13.3	17 633	18.4	-	20,94
Prévention	470	1.5	2 609	2.7	-	3,76
Matériel médical	823	2.7	4 953	5.2	-	4,71
Recherche médicale	30	0.1	40	0.04	-	0,03
Total	30 513	100	95 775	100	-	-

Source : MSPRH, annuaires statistiques années 1994, 1999, 2004, 2009

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

Pour l'année 1994, les données du tableau montrent que les dépenses de personnel s'accroissent 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.

Sur la période 1994- 2004 nous constatons une baisse des dépenses de personnel d'environ 10% mais avec 60% du total cette diminution s'accroît entre 2004-2009 de 7,61% pour atteindre une baisse de 17,51% en 15 ans. La baisse relative des coûts salariaux s'explique par les accroissements substantiels qu'ont connus d'autres rubriques (notamment les médicaments), les augmentations de salaires ont été modestes au cours des quinze dernières années, ces derniers restent bas, surtout si nous les comparons à ceux du secteur privé, ajoutant à cela l'évolution lente des effectifs des professionnels de la santé. Notons que cette situation a eu un impact négatif sur le fonctionnement des hôpitaux publics.

Les dépenses de médicaments constituent la deuxième catégorie des dépenses totales (20,94% en 2009). 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.

4: Les ressources humaines

Il est vrai que tout système, quelle que soit sa nature et son degré d'organisation, ne vaut que par la valeur des hommes qui y contribuent et qu'il n'est point d'investissement productif que celui basé sur l'homme.

La formation des personnels médicaux et paramédicaux bénéficie à la fois de la démocratisation des études médicales et de la création d'instituts techniques spécialisés. Cet effort interne va cependant de pair avec un recours accru à la coopération étrangère jusqu'au début des années quatre-vingt.

L'effectif du système national de santé, plus particulièrement ceux qui exercent au niveau des différents établissements hospitaliers, a beaucoup évolué depuis 1974 années 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 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.

**La santé en Algérie: entre l'éclatement du système
et les ressources disponibles**

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° 13 : 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	158 763	100	166 865	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. Cela s'explique par le départ de certains professionnels de santé vers le secteur privé de soins vu les avantages qu'il leur offre sur le plan salaire, et la volonté des pouvoirs publics de réduire les coûts salariaux, donc de limiter relativement les recrutements.

Cette situation n'est pas sans effet négatif sur le bon fonctionnement des structures de soins. Surtout que, pour compenser la faiblesse de leurs 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 laisse 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°14 : Evolution des effectifs médicaux privés et publics

	Secteur public	Secteur privé
2000	26 734	9637
2001	22 511	0 531
2004	21 767	10762
2005	24 001	11862

Source : Construit à partir des données MSPRH :

- annuaires statistiques années 2000, 2001, 2004, 2005

- rapport : politique nationale de santé, évaluation et perspective, op cit , p 75.

Les effectifs du secteur public diminuent au profit du secteur privé. Les données reflètent 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

Notons que pour le corps paramédical on enregistre globalement en 2007 un ratio paramédicaux/médecins de 2,43% (alors qu'il a représenté en 1966 et 2005 successivement 3,56% et 3,40%). Cette tendance à diminuer montre que la formation paramédicale reste insuffisante par rapport à la formation médicale¹¹.

a) 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 terme de couverture sanitaire.

Tableau n°15 : 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 généralistes	11403	731	204	6 376
Chirurgiens dentistes	4541	83	24	3 987
Pharmaciens	115	47	36	5 860
Total	19173	2008	784	21829

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

¹¹ système de santé au Maghreb, les Notes IPEMED, n°:13, avril 2012, , p 76

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

La répartition des effectifs médicaux par structures hospitalières représente 87,28% pour le secteur sanitaire, 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° 16 : 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

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 spécialiste¹².

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 3630¹³.

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,

¹² www.santetropicale.com/algirie/manage/manage5.pdf - La réforme hospitalière

¹³ Idem

La santé en Algérie: entre l'écroulement du système et les ressources disponibles

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°17 : 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

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 global 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 :

A travers notre étude, il se manifeste que le système de santé dispose d'outils importants qui ont permis d'améliorer la plupart des indicateurs sanitaires, mais il est tout aussi certain qu'il est confronté à des défis majeurs. Ainsi que nous l'avons souligné, l'organisation du système de santé est contraignante et a abouti à l'écroulement de celui-ci. Cette situation s'est accentuée avec la suppression du secteur sanitaire universitaire, structure la plus importante autour de laquelle

La santé en Algérie: entre l'écclatement du système et les ressources disponibles

gravitent toutes les autres structures de santé situées dans une aire géographique et dessert l' ensemble de la population qui réside dans cet espace. Ce qui avait permis d'énormes avantages aussi bien de soins: qualité, hiérarchie, accessibilité, que de formation. L' cclatement du système et l' absence de coordination entre ses différents acteurs ne permettent pas une allocation optimale des ressources et l' atteinte des objectifs assignés à ce secteur.

L' enjeu est de taille car il faudra mettre en place une organisation qui permettra au secteur public, parapublic et privé de coexister avec un objectif commun : la prise en charge de la population. Cette approche commune pourra trouver son essor dans le développement de la région sanitaire.

**La santé en Algérie: entre l'écroulement du système
et les ressources disponibles**

Bibliographie :

- Oufriha Fatima-Zohra, cette chère santé: une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, Alger 1992 ;
- Oufriha Fatima-Zohra, système de santé et population, Éditions ANEP, Alger 2002 ;
- Kaïd Tiilane N, problématique du financement de soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale n°4 Éditions scientifiques européennes, Octobre- Décembre 2004
- MSPRH, Diagnostic du système national de santé et programme d'action 2005- 2009, Alger, Décembre 2004
- MSPRH, Politique nationale de santé : Evaluation et perspectives, version actualisée, Alger, Octobre 2007 ;
- MSPRH , rapport du conseil national de la réforme : réforme hospitalière, 2003
- MSP, rapport : système de santé, Alger, 1990
- Ministère de la santé, rapport : système national de santé, Juin 2007
- MSPRH ,rapport : système national de santé en Algérie, Juin 2007
- MSPRH, rapport : Politique nationale de santé, Évaluation et perspective, Octobre 2007
- MSPRH, comptes nationaux de la santé de l'Algérie années 2000- 2001
- Système de santé au Maghreb, les Notes IPEMED, n°:13, avril 2012
- Rapport NABNI 2020 : enseignement et vision pour l'Algérie 2020, Janvier 1993
- OMS, Revue des dépenses publiques, 2005- 2006
- Lamri Larbi, le système de santé algérien : Organisation, fonctionnement et tendance, mémoire de magistère, Université d'Alger, 1987
- Bouyoucef Djamilia, la réforme hospitalière en Algérie : analyse critique, thèse de Doctorat, 2008- 2009

Sites internet :

- www.who.org
- [www.santetropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf+la réforme hospitalière](http://www.santetropicale.com/algérie/manage/manage5.pdf+la%20r%C3%A9forme%20hospitali%C3%A8re)