

**Formez**



REGIONE CAMPANIA



## **Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne**

**Algérie**



C.A.I.MED.

Centre for Administrative Innovation in the Euro-Mediterranean Region

c/o Formez - Centro Formazione Studi

Viale Campi Flegrei, 34

80072 Arco Felice (NA)

Italy

Tel +39 081 525 0211

Fax +39 081 525 0312

e-mail [gpennella@formez.it](mailto:gpennella@formez.it)

[nvolpe@formez.it](mailto:nvolpe@formez.it)

*The views expressed do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the United Nations and of Italian Department for Public Administration, Formez and the Campania Region Administration*

## 1. L'Assistance Sociale en Algérie

### 1.1. L'évolution de la sécurité sociale

L'histoire de la sécurité sociale en Algérie ne date pas de l'indépendance. Les premières lois sociales furent adoptées en 1920, avec la mise en œuvre de la législation sur les accidents du travail et dans le 1941 avec l'application des prestations familiales.

Même si en France les lois sur la sécurité sociale furent promulguées en 1945 et malgré le statut spécial de l'Algérie, qui était considérée comme un département français, leur application en Algérie a tardé jusqu'en 1949. De plus le contenu était modifié avec beaucoup de restrictions, en particulier à bénéfice des secteurs stratégiques pour la France et les entreprises avaient des particuliers avantages, à préjudice soit des principes fondamentaux du système de sécurité sociale, soit de la solidarité entre les cotisants des différents secteurs d'activité et soit de l'unité du système. Au lendemain de l'indépendance (1962), en Algérie existaient un système de sécurité sociale très fragmenté, composé de plus de 11 divers régimes, aucuns avec plus d'avantages que autres, structurées au niveau administratif, en environ de 20 d'organismes chargées de la gestion du régime général du secteur non agricole, des caisses de régimes spéciaux, 29 caisses du régime agricole, 13 caisses de secours minier, caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion.

C'est à partir des années 1970 que la problématique de la réforme du système de sécurité sociale est posée. Les buts de la réforme étaient l'unification des régimes, l'uniformisation des avantages et l'extension des bénéficiaires

En février 1975 une commission nationale de réforme s'installa mais le projet élaboré ne pouvait pas être adopté par le gouvernement à cause des résistances des ministères de tutelle des régimes particuliers. Des améliorations importantes ont été alors apportées par voie des circulaires au niveau des prestations servies.

C'est avec **les lois de «juillet 1983 »** (lois 83-11/12/13/14/15) que le système de l'assurance sociale se renouvelait autour des principes de **unification** des régimes et de **uniformisation** des avantages, mais à partir des années 90 le corps de ces lois fut modifié par des textes de niveau inférieur<sup>1</sup> qui constituèrent néanmoins, une sérieuse fissure de l'édifice mis en place en matière de sécurité sociale.

En 1985<sup>2</sup> les organismes existants furent unis autour de deux caisses nationales, la Caisse Nationale des Assurances Sociales des Accidents de Travail et

---

<sup>1</sup> Par exemple la création d'un régime particulier de retraite (FSR).

<sup>2</sup> décret 85-223 du 20 août

Maladies Professionnelles (**C.N.A.S.A.T.**) et la Caisse Nationale de Retraite (**C.N.R.**), érigées en Etablissement Publics à caractère Administratif (E.P.A.). En 1988 le statut juridique des deux caisses fut modifiée en Etablissement Public à caractère Spécifique, à la faveur de la loi 88-01 qui porta autonomie aux entreprises publiques. En 1992 la CNASAT changeait d'appellation par Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (**C.N.A.S.**), et il y avait l'institution de la Caisse des Assurances Sociales des Non Salariés (**C.A.S.N.O.S.**). En 1994 fut établie le régime de pension de retraite anticipée et l'indemnité d'allocation chômage<sup>3</sup>. Les derniers changements furent en 1995 la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Chômage (**C.N.A.C.**) et en 1998 l'institution de la Caisse Nationale des Congés Payés des Travailleurs du Bâtiment (**C.A.C.O.B.A.T.P.H.**).

## 1.2.L'organisation actuelle du système

La couverture sociale est actuellement gérée par **cinq** caisses nationales: **CNAS, CNR, CASNOS, CNAC**, et **CACOBATPH**, placées sous la tutelle du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, et qui ont le régime juridique d'Etablissement Public à gestion Spécifique, c'est-à-dire soumises au droit public dans leurs relations avec l'Etat et au droit privé dans leurs relations avec les tiers.

Le régime de protection sociale algérien est un régime compliqué et étendu qui comprend qui, en 1999, avait un taux de couverture de la population de 87,4%. Les dépenses de la sécurité sociale en 2000 s'élevaient à près de 186 milliards de DA<sup>4</sup>, soit le 4,52% du PIB.

Le système est à **base contributif** avec une cotisation qui implique essentiellement les travailleurs et les employeurs, dont les contributions représentent le 96% des ressources du système<sup>5</sup>. La cotisation des catégories non actifs est à la charge de l'Etat, qui ainsi préserve «théoriquement» le caractère contributif du système.

Du point de vue doctrinal la cotisation de sécurité sociale est **salaire socialisé** destiné à la seule couverture des dépenses des prestations sociales<sup>6</sup>. En effet l'Etat prélève la cotisation et la verse sous forme de prestation socialisée.

L'organisation est fondée sur le principe de la **gestion séparée** des risques, c'est-à-dire que chaque caisse est chargée de la gestion d'un certain nombre d'activités inhérentes au risque géré.

La gestion des institutions sociales est assurée par les représentants des cotisants ; ainsi les caisses sont administrées par des conseils

---

<sup>3</sup> décret 94-10 et 94-11 du 26.05.1994

<sup>4</sup> 1 euro = 85 DA taux officiel de change 2003.

<sup>5</sup> non compris la caisse des non salariés

<sup>6</sup> Ça signifie que les ressources de la sécurité sociale ne peuvent pas être utilisées à d'autres fins que aux avantages prescrits par la législation.

d'administration où la représentation des adhérents est majoritaire. La présidence échoit à leurs représentants.<sup>7</sup> L'Etat exerce les fonctions de contrôleur général et de régulateur.

## **2. Le Système de l'Administration Sanitaire**

### **2.1. Le Contexte Démographique et Epidémiologique : un Pays en Transition**

En 2003 la population algérienne s'élevait à 31,6 millions d'habitants, avec un triplement de la population entre le 1962 et le 2000 et un taux annuel de croissement démographique supérieur au 3% jusqu'au 1985 et que aujourd'hui se situe au 1,5%. En ce qui concerne la structure de la population, le 60% des Algériennes ont moins de 30 ans, mais aussi avec une tendance à l'augmentation de la population âgée de 60 ans et plus.<sup>8</sup> L'espérance de vie à la naissance se rapproche à celle de pays développées (67,7 pour les hommes, 70,7 pour les femmes, 69,2 le taux général). Plus préoccupantes sont le taux de mortalité infantile (53,8 pour mille en 1999) et le taux de mortalité maternelle (117/100.000 en 1999).

Du point de vue épidémiologique l'Algérie est **un pays en phase de transition**, avec la persistance des maladies transmissibles, ou « maladies de la pauvreté » (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses), caractéristiques des pays en voie de développement, et avec l'émergence de maladies dit de « l'opulence » (cancers, diabète, affections cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques)<sup>10</sup>.

L'Algérie montre des bonnes taux de couverture vaccinale pour le BCG (83%), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, et la poliomyélite (89%), et pour la rougeole (83%), mais aussi un fort impact de **maladies à transmission hydrique**, par exemple le cholera. Est aussi très fort l'impact des zoonoses malgré un programme intersectoriel de lutte du 1984, du paludisme, en rapport avec l'intensification des échanges par l'intermédiaire de la route transsaharienne, et des infections respiratoires aiguës (IRA).

---

<sup>7</sup> Décret exécutif n° 92 – 07 du 4 janvier 1992 portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, article 13. Par exemple la caisse la plus importante, la CNAS, est administrée par un conseil d'administration de 29 membres comprenant : 18 membres représentants l'U.G.T.A. (Union Générale des Travailleurs Algériens), 2 membres représentants la Fonction Publique, 7 membres représentants les employés du secteur privé, 2 membres représentants le personnel de la C.N.A.S.

<sup>8</sup> Font : ONS 2003

<sup>9</sup> Font : MSPRH 2003

<sup>10</sup> Il faut aussi signaler une préocupante croissance de problèmes de santé mentale, en rapport avec les violences subies par la population dans la période 1992-1999, qui posera des problèmes dans les années à venir.

## 2.2. L'Administration et l'Organisation de la Santé

Le système sanitaire algérienne est organisée autour au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (**MSPRH**), qui gère les soins hospitaliers et de santé du secteur public, largement prépondérant avec le 96% du total des lits, et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

Au soutien de l'action du Ministère de la Santé il y a le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP), chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993), l'Agence Nationale du Sang (ANS), chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995), l'Agence Nationale de la Documentation de la Santé (ANDS), chargée de développer la documentation l'information et la communication (1995).

Le pays est partagée en 5 régions sanitaires avec 5 Conseils Régionaux de la Santé (**CRS**)<sup>11</sup> et 5 Observatoires Régionaux de la Santé (**ORS**). Au niveau de Wilaya il y a 48 Directions de la Santé et de la Population, c'est-à-dire une direction par wilaya, (**DSP**).

*Les 5 régions sanitaires*



### Panorama des infrastructures

L'infrastructure hospitalière publique est constituée de 224 hôpitaux, 31 Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS), et 13 Centres hospitalo-universitaires (CHU) totalisant environ 54.000 lits<sup>12</sup>. La couverture en lits d'hospitalisation est en diminution depuis une dizaine d'années et se situe aujourd'hui à 1,88 pour 1000 habitants.

Les ratios d'infrastructures sanitaires sont de un lit de maternité pour 900 femmes, un polyclinique pour 61 000 habitants, un centre de santé pour 24 000,

<sup>11</sup> Alger, Oran, Constantine, Béchar et Ouargla

<sup>12</sup> Les infrastructures de consultations, de soins et de prévention comprennent 504 polycliniques, 5 368 centres de santé et salles de soins, 515 centre médico-sociaux, 1 121 unités de dépistage et de suivi de santé scolaire, 80 unités de médecine préventive en milieu universitaire, 120 centres de transfusion sanguine et 989 officines de pharmacie (contre 4587 officines de pharmacie privées).

une salle de soins pour 7 700 habitants et une officine pharmaceutique pour 5 500 habitants.<sup>13</sup>. En 1988<sup>14</sup> l'Etat a ouverte le secteur de la santé aussi au privé.

#### L'importation et la distribution des produits pharmaceutiques

Jusqu'au 1983 la production pharmaceutique, l'importation et la distribution des gros de médicaments étaient assurée par des sociétés nationales, en particulier la Pharmacie Centrale Algérienne (**P.C.A**), qui au 1983 a fait l'objet d'une réforme générale qui a conduit à la séparation des fonctions de production et d'approvisionnement. Pour l'approvisionnement et essentiellement pour l'importation ont été créés les PHARMS, entreprises d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, dissolues en 1995 et substituées par la SIMEDAL (importation), la DIGROMED (distribution), la ENDIMED (vente au détail) et la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (**PCH**), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques. La SAIDAL, sous la tutelle du Ministère de l'Energie et des Industries Chimiques et Pétrochimiques, est l'entreprise qui assure la production des médicaments<sup>15</sup>.

Le marché de la santé est dominée par l'importation (76 millions de USD en 2002, soit 39% en plus que 2001) avec une production locale marginale, représentant moins de 2% du marché. L'Algérie n'exporte pas de bien d'équipement médical, tandis que les appareils et les équipements sont généralement vieilles.<sup>16</sup>

Le Comité Technique de Remboursement (**CTR**), présidé par le Ministre du Travail et de la Protection Sociale, traite le remboursement des médicaments et a la mission d'établir la liste des médicaments remboursables et d'étudier le prix de référence pour chaque médicament. Cette dernière activité, c'est-à-dire la mise en place principe du **prix de référence**, n'a jamais été mis en application.

---

<sup>13</sup> *Le Marché de la Santé en Algérie*, février 2004, ambassade de France en Algérie.

Autres données statistiques sont disponibles sur le site de l'OMS à l'adresse: <http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=dza>

<sup>14</sup> décret 88-204 du 18 octobre 1988

<sup>15</sup> Jusqu'au 1997 il y avait aussi l'ENEMEDI, chargée de l'importation et de la commercialisation des consommables et des instruments médicaux, qui a été dissoute en suite de graves problèmes financiers

<sup>16</sup> *Le marché des équipements et dispositifs médicaux en Algérie*, février 2004, ambassade de France en Algérie

### 2.3. Les Ressources Humaines et l'Offre de Soins : une Faiblesse Structurale<sup>17</sup>

#### Les ressources humaines

A front du grande nombre de personnes qui travaillent dans le secteur de la Santé (le 12,9% des effectives de la fonction publique, dont constitue le troisième pourvoyeur après le secteur de l'éducation et de l'intérieur), les ressources humaines sont **inégalement réparties**. Par exemple les wilaya d'Alger a environ 8% de la population mais dispose du 29% des praticiens spécialistes. A cette inégalité de la distribution s'ajoute la massif départ, surtout des spécialistes, vers le secteur privée et l'étrangère.

Le 30% du personnel de la Santé est personnel administratif et technique.

#### Les infrastructures

L'infrastructure hospitalière algérienne est en grande partie vétuste et ne réponde pas aux exigences de l'ingénierie sanitaire moderne. Il y a un certain nombre (environ 60) de structures préfabriqués, construis dans les année 80 et dont la durée de vie est arrivée à échéance.

#### Les ressources matérielles

La grande partie des équipement médicales n'a connu pas de renouvellement depuis 1982. Le taux de panne est très élevée, soit plus de 30%<sup>18</sup>, à cause de l'obsolescence, de le manque de pièces de rechange, de la sur- utilisation et de l'absence d'une politique de maintenance.

#### Les ressources financières

La difficile situation économique que l'Algérie a connu depuis le 1990, caractérisé par une forte inflation et par la dévaluation du Dinar, et les processus de privatisation ont provoqué une constante baisse des dépenses sanitaires du gouvernement, de 6% du PIB dans les années 80's au 3,6% en 2000. Cette réduction a provoquée une croissance zéro du budget de fonctionnement, et c'est la principale cause du forte endettement des établissements public de santé, de la détérioration de l'offre de soins et des services publiques et de l'élévé taux de pannes des équipements médicaux.

#### L'accessibilité des services

Une partie importante de la population vive dans les parties plus internes du territoire algérienne, en zones enclavées, isolées ou défavorisées et ne bénéficie pas des soins de santé de base et de programme de prévention. S'agissant de soins spécialisées, l'inégalité c'est encore plus marquées

#### Gestion du système

La manque de actualisation des tarification des actes depuis 1987 c'est révélateur d'une faiblesse de coordination entre le secteur de la santé et celle

---

<sup>17</sup> Toutes les données qui suivent viennent du rapport du MDSRH, *Développement du Système Nationale de Santé, Stratégies et Perspectives*, mai 2001

<sup>18</sup> Font : Direction Française des Relations Economiques Etrangères, 2004.

de la protection sociale. Au problème de la manque de ressources financières s'ajoute la mauvaise répartition de ressources disponibles.

### 3. Les Chantiers de la Réforme du Système Sanitaire

Le président Bouteflika, en tous les deux ses mandats, a fixé, parmi ses priorités, le changement et l'amélioration du système socio-sanitaire, et la réforme a été inscrite dans le programme de gouvernement de M. Ahmed Ouyahia<sup>19</sup>, élu en 2004. En juin 2002 le Ministère de la Santé a changé son nom en Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, en démontrant l'importance que la question de la Réforme a pour le gouvernement algérienne. Les résultats plus significatifs de ces efforts ont été le travail conduit par le Conseil National de la Réforme Hospitalière en 2002 et l'Avant Projet de Loi Sanitaire du 2003.

#### 3.1. Le Conseil National de la Réforme Hospitalière

Dans le 2002 le Conseil National de la Réforme Hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport<sup>20</sup> qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures plus urgentes à prendre. Le CNRH a indiqué au MSPRH comme prioritaires les suivants six objectifs:

- ? **Recentrage et adaptation** du dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux **besoins de santé du citoyen** en s'appuyant sur **un système d'information performant**.
- ? Donner **aux professionnels de santé**, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, **les moyens** de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux.
- ? Réaffirmation des **obligations contractuelles** de tous les intervenants dans la santé des citoyens.
- ? Affirmation des **droits et des devoirs des usagers** et de la protection des malades en particulier.
- ? Assurer les **ressources financières** nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé
- ? Améliorer **l'efficacité des dépenses** consacrées par la collectivité sous quelle que forme que ce soit aux établissements de santé.

Le Conseil a organisée son travail autour les six dossier « besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières » , « ressources humaines »,

---

<sup>19</sup> On peut lire le programme complet du gouvernement Ouyahia à l'adresse internet <http://www.cg.gov.dz/gouvernement/programme.htm>

<sup>20</sup> Le report est disponible à l'adresse : <http://www.ands.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire1.htm>

« ressources matérielles », « financement » et « inter-sectorialité », et après l'examen de chaque dossier, le Conseil a cherché de donner de réponses aux questions plus urgentes du système.

#### Répartition des ressources

La mauvaise répartition des ressources humaines et matérielles est un des problèmes déterminants de la Santé Algérienne. La voie que le Conseil suggère est:

- a) *Introduire la **Carte Sanitaire**. La carte sanitaire est le principal instrument de **planification régionale** dans le domaine de la santé. Le but de la carte est de recenser les moyens et les équipements existants, au fin de mettre en place au sein de la région, une division pertinente des secteurs en fonction des besoins des populations.*
- b) *Organisation et validation de **réseaux**.*
- c) *Mise en place d'un **plan de redéploiement des personnels** accompagné d'un fonds d'appui au redéploiement.*
- d) *Développement de la **télé médecine** et des partenariats.*

#### Gestion des Hôpitaux

Dans le domaine de la gestion des hôpitaux le Conseil a proposé les suivantes mesures:

- a) *Donner **plus d'autonomie de gestion à l'hôpital**.*
- b) ***Redéfinir** les missions des établissements hospitaliers et adapter leurs **statuts** à ces missions en visant à assouplir les procédures de gestion administrative et financière et de contrôle. Il faut s'orienter vers l'établissement de **contrats d'objectifs** ministère-hôpitaux (projet établissement) et hôpital-service (projet de service).*

#### Ressources humaines et formation du personnel

L'analyse du complexe des questions posées dans le domaine des ressources humaines a mené le Conseil à indiquer les suivantes interventions :

- a) ***Modifier les organigrammes** des structures administratives des Etablissements de Santé en fonction des **objectifs assignés**, en particulier économiques et financiers.*
- b) *Elaboration des **manuels et des procédures de gestion***
- c) *Renouvellement des **statuts actuels des personnels**.*

Pour ce qui concerne la formation du personnel ont été proposées les suivantes mesures:

- a) *Définir les **urgences des besoins en professionnels** de la santé et en profils de formation.*
- b) *Introduire **des stages de formation** de fin de cursus sur le terrain hors CHU.*
- c) *Mettre en place, au niveau central, **une commission mixte MSPRH / MESRS** avec de réels pouvoirs de décision.*
- d) *Rendre obligatoires les **actions de formation continue**.*

- e) Réorganiser et redéfinir **les structures et les missions des institutions de formation** du secteur, c'est-à-dire structures de formation paramédicale et administrative.
- f) Conditionner l'autorisation d'exercice **dans le privé pour les paramédicaux** à un **stage** qualifiant de trois ans **dans les établissements publics** de santé.

#### Ressources matérielles et qualité des soins

Le Conseil a estimé de mener une analyse conjointe de la qualité des ressources matérielles et de la qualité et de l'évaluation de l'offre de soins. Au plan du renouvellement de l'équipement au but de combattre l'haux taux de panne des instruments médicaux le Conseil a proposé:

- a) Un **recensement** exhaustif du **parc matériel**, médical et non médical.
- b) Création au niveau du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, d'une **direction chargée des Equipements et de la Maintenance**.
- c) Développement du **génie biomédical**.
- d) Confection d'une **carte nationale et régionale des équipements lourds** publics et privés.

Nombreux sont les propositions pour les produits pharmaceutique, et les Pharmacies publiques, en particulière :

- a) Faire de la **pharmacie hospitalière une structure autonome**.
- b) Créer une **centrale d'achat** et de groupements d'achats particulièrement **pour les régions " Sud "**.
- c) Mettre en place une **commission** au niveau du ministère de la santé **pour actualiser la nomenclature** des actes et de la tarification en vigueur.

Dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins le Conseil a identifié les suivants mesures :

- a) Rétablir et rendre visible la **hiérarchisation** des soins.
- b) Améliorer les **conditions d'accueil, de séjour et d'hygiène** dans les hôpitaux.
- c) Promouvoir le recours aux **soins à domicile**.
- d) Mettre en place les structures pour **l'évaluation externe et interne de la qualité des soins** et des activités médicales.

#### Financement

La solution de la question de la qualité et de la quantité des investissements en Santé est une des points plus complexes dans le cadre de réforme. Le Conseil a identifie des mesures urgentes qui ont peut ainsi résumer :

- a) Rechercher de **nouveaux gisements de financements**.
- b) Passer d'un système qui a pour caractéristique de financer des structures à **un système de financement des activités**.
- c) Veiller à ce que tous les établissements de santé soient soumis au seul **contrôle à posteriori** et **budgétiser** les recettes générées, en poursuivant la **procédure de désendettement** des hôpitaux.
- d) Mettre en place **un plan comptable hospitalier** et renforcer la **hiérarchisation** et les **réseaux** de soins comme moyen de maîtrise des coûts.

- e) **Exonérer** les hôpitaux publics des **taxes douanières concernant les équipements**.
- f) **Redéfinir et identifier** de façon précise, par le Ministère chargé de la Solidarité, les **personnes en situation de précarité**.

#### Communication et information

C'est un des points sur les quels l'administration sanitaire algérienne apparaît plus en retard aujourd'hui. Pour passer ce retard on propose de :

- a) Rétablir les **supports habituels** et les **réflexes de transcription obligatoire** des tâches accomplies, médicales ou non médicales.
- b) Identifier les **domaines à informatiser**.  
Il faut aussi définir le rythme de l'informatisation.
- c) Créer des **structures nationale et régionales chargées de la mise en place du système d'information**.
- d) Mettre en place les **moyens permettant d'assurer la connexion entre les établissements de santé** dans une même région et entre les régions sanitaires.

### **3.2. L'avant Projet de loi Sanitaire**

L'avant projet de loi<sup>21</sup>, élaboré par le MSPRH sur la base des travaux du Conseil de la Réforme Hospitalière, a été rendu public en février 2003 en sa version provisoire, qui avant l'examen du parlement, doit être soumis à concertation avec les partenaires sociaux. L'avant projet se compose de huit titres :

- I. *Principes et dispositions fondamentaux*
- II. *Protection générale de la Santé*
- III. *Protection des malades atteints de troubles mentaux et psychologiques*
- IV. *Organisation et financement du système national de Santé*
- V. *Professions et personnels de Santé*
- VI. *La Pharmacie*
- VII. *Ethique et déontologie*
- VIII. *Dispositions transitoires et finales*

Le **titre I** définit tous les principes qui doivent être à la base de la nouvelle organisation sanitaire algérienne. La définition du but de l'organisation du système national de santé c'est, en cohérence avec la tradition algérienne de système public d'assistance sociale de « prendre en charge les besoins en santé de la population, de **manière globale, cohérente et continue**. » (art.5), mais, introduisant un important élément de modernisation, on ajoute que la base du système national de santé est constituée par « une organisation hiérarchisée des structures et des activités » (art.7). On trouve ici le concept de hiérarchisation que le Conseil de la Réforme a souvent réclamé dans ses travaux. Ainsi le **titre I** introduit des premiers éléments de rationalisations

---

<sup>21</sup> On peut le lire à l'adresse internet : <http://www.ands.dz/Loi-sante.html>

des soins en prévoyant l'obligation du passage préalable par une structure extra-hospitalière (art.24), sauf, naturellement, le cas d'urgences. Pour assurer de garantie des droits des usagers la loi institue donne la chance au patientes la **Commission de Conciliation et de Médiation**, dont la composition et le fonctionnement sont prévues à l'art. 221, et la **Commission de Surveillance des Professions de la Santé et des Droits des Patients**, prévue à l'art.204.

La Commission de Conciliation et de Médiation est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité, de l'accueil des personnes malades et leurs proches et de leur prise en charge. La commission rédige chaque année un rapport. Sur la base de ce rapport, le conseil d'administration de chaque établissements public de santé, ou en instance habilitée à cet effet dans les EPS, délibère sur la politique de l'établissement, les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Dans le **Titre II** on établit le principe de la participation des associations aux activités de la santé mettant à la charge du Ministre la mise en place de mécanismes d'agrément des associations des personnes malades et des usagers du système. L'une des organes les plus importants prévues par le projet est le **Conseil National de la Santé** (art.31). Le CNS est chargé d'étudier, d'élaborer et de proposer au ministre de la Santé les éléments d'une politique nationale de santé. Il doit aussi proposer une liste des priorités sanitaires et préparer un rapport périodique sur l'état de santé de la population<sup>22</sup>. Vis à la question du décentrement du système on prévoit des programmes de santé régionaux, dont la mise en œuvre est laissée à l'initiative de l'**Agence Régionale Sanitaire (ARS)**<sup>23</sup>. Elle est une des nouveautés les plus importants introduits : elle est chargée d'évaluer les besoins en santé de la population et d'élaborer des programmes au niveau régional. Elle doit aussi coordonner et superviser les structures hospitalières et les établissements publics des régions, de leur affecter les ressources, et de définir les modes de coopération entre les établissements de santé publiques et privés. Pour ce qui concerne l'allocation des ressources, il y a **un double niveau de contractualisation** entre le Ministère de la Santé et les ARS, et entre les ARS et les établissements publics de santé.

Le **titre IV** est le cœur de la entière réforme car introduit des nouveaux organismes et définit le fonctionnement de l'administration. En ce qui concerne l'**organisation générale**, selon les principes déjà déclarés dans le titre I, l'art.191 met à base de l'organisation du système national de santé les

---

<sup>22</sup> Comme en plusieurs parties du projet de loi La composition, l'organisation et le fonctionnement sont confiés à des successifs règlements.

<sup>23</sup> Le 24 juin 2004 le Ministre de la Santé, M. Redjimi a annoncé la mise en place de premières cinq Agences Régionales de Santé, voir le quotidien *L'Expression* du même jour à l'adresse <http://www.lexpressiondz.com/T20040624/ZA4-22.htm>

principes d'universalité, d'égalité d'accès aux soins, de solidarité, d'équité et de continuité des prestations.

La chapitre II introduit la **Carte Sanitaire**.

La Carte Sanitaire est le schéma directeur de l'organisation du système national de santé. Elle fixe les normes de couvertures sanitaire au niveau national et régional au but d'assurer une répartition équitable des soins, détermine la constitution des régions sanitaires, prévoit les évolutions nécessaires pour adapter l'offre de soins et de satisfaire la demande en santé.

La partie suivant du titre IV définit l'évaluation et l'information des **Etablissements Publics de Santé**. Les EPS doivent élaborer un rapport d'évaluation ; ce rapport fait parti d'un dossier d'accréditation, qui, pour les établissements privée constitue une condition au renouvellement des autorisations d'installation et d'exploitation. La procédure d'accréditation a le but d'obtenir une appréciation indépendante. Chaque établissement de santé adresse son rapport d'évaluation à l'Agence de Santé concerné et à l'**Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé** (ANDEAS). C'est l'ANDEAS qui conduit la procédure d'accréditation.

L'art.241 érige les EPS en **Etablissements Publics à Caractère Sanitaire** (EPCS), qui sont établissements de droit publique dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière . Il est administré par un conseil d'administration et doté d'organes consultatifs. L'allocation de ressources financières aux EPCS est établie selon le principe de la **contractualisation**. A l'exception des démunis et des catégories particulières identifiées par la loi, les EPCS perçoit une participation des usagers modulée en fonction de la nature des prestations dispensées.

La dernière parti du titre IV traite des questions relatives au financement du système nationale de santé et définit comme principales fonds financières du système : les organismes d'assurance sociale, la fiscalité directe et indirecte et le paiements directs des usagers Les ressources mobilisées pour le financement du système nationale de santé ainsi que les utilisations qu'on sont faites sont présentées annuellement à l'Assemblée Populaire Nationale sous forme de comptes appelés « **Comptes Nationaux de Santé** ».

Les modalités d'exercice des professions médicales et para-médicales sont fixé dans le **titre V**.

Parmi le nouveaux devoirs des pratiquants les profession de santé c'est de suivre régulièrement une **formation continue**.

L'art.289 distingue deux régimes pour les professionnels de la santé : un régime statutaire et réglementaire et un régime contractuel régi par le droit du travail. A côté des professions traditionnelles de la santé on prévus la création de **corps de médecins inspecteur** qui ont le but de rechercher et de constater les infractions aux lois et règlements.

Les dispositions relatives à l'outils des médicaments et des produits pharmaceutiques sont fixées dans le **titre VI** qui énonce le principe selon le

quel l'Etat garantit à tous l'accessibilité aux médicaments et produits pharmaceutiques essentiels et veille à leur disponibilité en toute temps et en tout lieu du territoire national. La loi ajoute aussi l'engagement de l'Etat à les fournir à **prix abordables** pour l'individu et la collectivité.

Auprès du Ministère de la Santé doit être créée une **Commission chargée de l'établissement de la liste des produits pharmaceutiques essentiels** et de la rédaction du **Formulaire National des Médicaments**, c'est-à-dire le recueil qui ressemble les formules des médicaments essentiels « prêt à l'emploi, dont l'activité, la sécurité et l'innocuité sont reconnues ». L'**Agence Nationale de Sécurité Sanitaire en Produits Pharmaceutiques** est créée au but d'assurer le contrôle de qualité, l'expertise, la veille et le recensement des effets indésirables induits par l'usage des produits pharmaceutiques. Elle est un établissement public à caractère administratif doté d'autonomie administrative et financière, qui a pour mission l'évaluation et le contrôle des produits pharmaceutiques, l'organisation et la coordination de l'activité de vigilance sanitaire, en particulier l'hémovigilance, la matériovigilance, la réactovigilance et la cosmétovigilance.

Au niveau des règles d'éthique et de déontologie le **titre VII**, en considérant les plus récents débats scientifiques introduit des importantes nouveautés, à partir de la création, auprès du Ministère de la Santé, d'un **Comité National de Bioéthique**. Une norme importante en matière de procréation est contenue dans les art. 427 et suivants qui consentent l'assistance médicale à la procréation exclusivement à des couples mariés, souffrants d'infertilité et consentants au transfert ou à l'insémination, en vue de concevoir un enfant. Le nombre d'embryons à transférer est limité à trois. C'est interdit le don de spermatozoïdes, le don d'ovocytes et le don d'embryons surnuméraires.

Les dispositions transitoires, contenues dans le **titre VIII**, prévoient un délai de cinq ans, à compter de la promulgation de la loi même, pour la mise en place des Agences Régionales Sanitaires, les Agences pour le Développement de l'Évaluation et de l'Accréditation et les Agences Nationales de Sécurité Sanitaires en Produits Pharmaceutiques. La mise en œuvre du projet de loi abrogera les dispositions de la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

#### **4. Considérations sur l'assistance sociale et la réforme sanitaire**

La réforme de la santé, comme nous avons déjà noté au but de cet étude, est une des nombreuses réformes à l'ordre du jour en Algérie, et elle a été inscrite dans le programme de gouvernement de M. Ahmed Ouyahia en 2004.

La discussion du projet de loi n'est pas encore à l'ordre du jour du Parlement, en attendant une difficile concertation avec les partenaires sociaux (associations, syndicats). On peut penser que la mise en œuvre de cet

ambitieux projet de réforme du système trouvera une forte opposition des corporations professionnels et des syndicats<sup>24</sup>.

Cependant la réforme du système aujourd'hui ne peut plus être renvoyée et nous apparaît que le projet de loi en discussion est un important pas dans la juste direction.

Mais en cet projet de loi il y a des contradictions qu'il faut noter. La composition et le fonctionnement d'importants organes que la loi prévue, par exemple des Agences Sanitaires Régionales ou de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation et de l'Accréditation en Santé, et des organismes de garantie, par exemple la Commission de Conciliation et de Médiation sont laissés au règlements, pas par loi, qui était à préférer quand on traite d'organe qui sont à la base du système d'allocation des ressources et de garantie pour les citoyens. Outre des autre incohérences de la loi, par exemple la contradiction entre l'article 140 et 416, le problème central reste le financement public. Il faut savoir quel sera l'investissement de l'Etat pour la réussite de la réforme, un investissement qui est fondamentale pour le renouvellement des équipements et des structures, mais aussi pour la motivation de ce qui travaille dans le domaine de la santé.

Au-delà de ça beaucoup de problèmes restent non résolus dans toute le domaine de l'assistance sociale. Pour ce qui concerne la structure d'assistance le système est aujourd'hui trop fragmentée. Il y a trop de régimes d'assistance et trop d'organe qui les gèrent. Une des solutions possibles peut être l'unifications des caisses.

Mais la question clé de la crise du système c'est l'haut taux de chômage. La nature du système, basée sur les cotisations des travailleurs, génère une augmentation des frais face à une réduction de la base contributive. En ce cas la solution c'est surtout la lutte à la chômage et poursuivie de politique de libéralisations des investissements dans le cadre d'une politique expansive et de développement, mais seulement après une désendettement de l'Etat et de ses établissements publics.

---

<sup>24</sup> les dernières années on a vu la naissance de petits sujets syndicaux autonomes dans toutes les domaines de la Fonctions Publique et dans les Hôpitaux.