

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

SECRETARIAT D'ÉTAT  
CHARGÉ DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

كتابة الدولة المكلفة  
بإصلاح المستشفيات

# LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

## CADRE CONCEPTUEL ET DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE

MARS 2021



# SOMMAIRE

## PRÉFACE

## AVANT-PROPOS

## INTRODUCTION

### 1. CADRE CONCEPTUEL

#### 1.1. JUSTIFICATIF

#### 1.2. RÉFÉRENTIEL

#### 1.3. BUTS ET OBJECTIFS

### 2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

#### 2.1. LIGNES DIRECTRICES DU PROCESSUS DE RÉFORME

#### 2.2. ÉLÉMENTS D'ANALYSE ET DE RÉFORME DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ

##### 2.2.1. DES ATOUTS DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ QU'IL IMPORTE DE CONSOLIDER

##### 2.2.2. DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES QU'IL IMPORTE DE PRENDRE EN COMPTE

###### 2.2.2.1. DYSFONCTIONNEMENTS MULTIPLES DANS L'ACTION SECTORIELLE

###### 2.2.2.2. INSUFFISANCES DANS L'ACTION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE LA SANTÉ

##### 2.2.3. DES DÉFIS MULTIPLES ACTUELS ET FUTURS QU'IL IMPORTE DE RELEVER

###### 2.2.3.1. DÉFIS GLOBAUX RESULTANT DE LA TRANSITION SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE

###### 2.2.3.2. DÉFIS RESULTANT DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE RÉFORME PASSÉES

###### 2.2.3.3. DÉFIS LIMITANT L'EFFICACITÉ ET LA PORTEE DE L'ACTION SANITAIRE

###### 2.2.3.4. DÉFIS LIÉS AUX MENACES SANITAIRES

###### 2.2.3.5. DÉFIS TRANSVERSAUX CONNEXES

#### 2.3. GOUVERNANCE DU PROCESSUS DE RÉFORME HOSPITALIÈRE

##### 2.3.1. ORGANISATION ET MISSIONS DE LA GOUVERNANCE

##### 2.3.2. PREMIÈRES PRIORITÉS

### 3. DEMARCHE OPERATIONNELLE

#### 3.1. MESURES ORGANISATIONNELLES À COURT TERME

#### 3.2. MESURES OPÉRATIONNELLES À COURT ET MOYEN TERME

##### 3.2.1. MESURES VISANT À METTRE EN PLACE LES OUTILS DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

###### 3.2.1.1. LE PROCESSUS DE DIALOGUE ET DE CONCERTATION

###### 3.2.1.2. LA NUMÉRISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

###### 3.2.1.3. LA CONTRACTUALISATION

###### 3.2.1.4. LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ

###### 3.2.1.5. LA SIMPLIFICATION ET LA DEMATERIALISATION DES PROCEDURES

###### 3.2.1.6. LA DECENTRALISATION

###### 3.2.1.7. LE DEVELOPPEMENT DU SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE

##### 3.2.2. MESURES VISANT À ASSEOIR LA MISE EN PLACE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

###### 3.2.2.1. PROBLEMATIQUE ACTUELLE

###### 3.2.2.2. APPROCHE PROPOSÉE : LIGNES DIRECTRICES

##### 3.2.3. MESURES VISANT À AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE LA SITUATION POUR L'AIDE À LA DÉCISION

###### 3.2.3.1. L'AUDIT DE LA GESTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

###### 3.2.3.2. L'ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION ET LES ATTITUDES DES USAGERS DE SANTÉ

###### 3.2.3.3. L'ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES

## CONCLUSION

## PREFACE

La santé constitue un droit universel fondamental que l'Algérie a consacré dans toutes ses Constitutions depuis l'indépendance.

Elle est aussi considérée, dans la politique sanitaire nationale, comme un facteur essentiel non seulement de l'épanouissement de la personne au sein de la société mais également du développement économique et social du pays.

Les efforts consentis, depuis l'indépendance, dans le développement du système national de santé ont permis d'enregistrer des progrès incontestables.

Néanmoins, les profondes mutations démographiques, sanitaires, politiques, économiques et sociales qu'a connues notre pays ont constitué autant de contraintes qui ont altéré les performances du système national de santé. A cela, se sont ajoutés des contraintes endogènes en matière d'organisation, de gestion et de financement.

La nouvelle dynamique politique, économique et sociale impulsée par Monsieur le Président de la République et inscrite dans le programme d'action du Gouvernement dans le cadre de l'édification de l'Algérie nouvelle a fait de la réforme hospitalière une action prioritaire dans le but de consacrer davantage le droit des citoyens à la protection de leur santé.

Il s'agira, dans ce cadre, non seulement, de veiller à préserver et consolider les acquis mais aussi d'adapter notre système national de santé aux nouveaux défis et aux nouveaux besoins de santé de la population sans pour autant remettre en cause les principes d'équité et de solidarité qui fondent notre système national de santé.

Pour cela, mon département ministériel a considéré que seule une approche inclusive, participative et consensuelle de l'ensemble des parties prenantes devrait permettre, en toute transparence, de mettre en œuvre le processus de la réforme de notre système national de santé.

Il est attendu, grâce à la mobilisation déjà affichée de toutes les parties prenantes, d'engager ensemble la refondation du système national de santé basée sur ses valeurs fondamentales, inscrite dans la modernité et centrée sur les besoins du citoyen.

*Pr Abderrahmane BENBOUZID  
Ministre de la santé, de la population  
et de la réforme hospitalière*

## AVANT-PROPOS

La réforme hospitalière dans notre pays est avant tout la traduction de la volonté politique au plus haut niveau de l'État d'adapter, sans attendre, notre système de santé aux nouveaux enjeux, défis et menaces sanitaires auxquels sont actuellement confrontés tous les systèmes de santé dans le monde.

Cette réforme hospitalière, au sens de la réforme du système national de santé, vient également répondre aux aspirations régulièrement exprimées par les professionnels de la santé, les usagers de la santé, la société civile et les citoyens.

A cet effet, la décision de Monsieur le Président de la République de créer, pour la première fois dans notre pays, un ministère délégué chargé de la réforme hospitalière vient situer le rang de priorité accordé à la réforme hospitalière et rappeler avec force sa volonté, conformément à la Constitution, de consacrer davantage le droit à la santé de chaque citoyen algérien et de renforcer ainsi la protection de la santé de notre population.

Cette décision de Monsieur le Président de la République a été immédiatement concrétisée par l'installation du ministre délégué chargé de la réforme hospitalière par Monsieur le Premier Ministre qui traduit cette volonté d'inscrire la réforme hospitalière dans l'action gouvernementale et de lui donner non pas une dimension sectorielle mais une réelle dimension multisectorielle ce qui est également un gage de réussite.

Le cadre conceptuel et la démarche opérationnelle présentés dans le présent document se veulent être la première traduction opérationnelle :

- de la volonté politique d'engager, dès à présent, ce processus de réforme basé sur l'approche participative et la transparence telles que préconisées dans le plan d'action du Gouvernement à travers une large concertation avec toutes les parties prenantes sur la base de données factuelles, du débat contradictoire et du consensus ;
- du consensus général issu de la première phase de dialogue et de concertation avec les parties prenantes du processus de réforme hospitalière.

Cette démarche opérationnelle vient, ainsi, acter la première étape du dialogue, intégrer les contributions reçues et capitaliser les expériences passées. Il est attendu de chacun toute contribution dans l'objectif :

- d'asseoir le processus de réforme engagé à travers la mise en place des outils de cette réforme et la préparation de son environnement ;
- d'engager la deuxième étape du dialogue et de la concertation dans le but d'élaborer un projet national consensuel sur la refondation du système national de santé.

*Pr Smail MESBAH  
Secrétaire d'État auprès du ministre de la santé,  
de la population et de la réforme hospitalière,  
chargé de la réforme hospitalière*

## INTRODUCTION

Le présent document résulte de la synthèse des entretiens et des contributions apportées par l'ensemble des parties prenantes rencontrées lors de la première phase du dialogue sur le processus de la réforme hospitalière qui s'est déroulée depuis le mois d'août 2020 jusqu'au mois de janvier 2021.

Il constitue le premier référentiel sur le processus de la réforme hospitalière venant acter cette première étape du dialogue et préparer la deuxième étape du processus de réforme dans l'objectif d'arrêter de façon consensuelle les bases de la refondation du système national de santé.

Le présent document s'est attaché à préciser, tout d'abord, le cadre conceptuel du processus de la réforme hospitalière au sens de la réforme du système national de santé. Ce cadre conceptuel vient souligner la nécessité, pour notre pays, d'engager, dès à présent, malgré la crise sanitaire du Covid-19, le processus de la réforme au vu de l'engagement politique au plus haut niveau de l'État et du Gouvernement et de l'aspiration au changement régulièrement exprimée par tous les professionnels de la santé, les usagers de la santé, et la société civile.

Ce document a accordé un intérêt particulier à l'approche méthodologique du processus de réforme qui s'est articulée autour des trois axes : i) les lignes directrices du processus de réforme, ii) les éléments d'analyse et de réforme du système national de santé en terme de problématiques et de défis et iii) la gouvernance du processus de réforme.

Quant à la démarche opérationnelle proposée, elle s'est voulue pragmatique et soucieuse de réunir à la fois la concertation, la réflexion et l'action. Elle se décline en mesures organisationnelles à court terme et en mesures opérationnelles à court et moyen terme que nécessite la modernisation du système national de santé.

Enfin, le présent document doit être considéré comme un outil de base pour permettre à toutes les parties prenantes de formuler, durant la deuxième phase du dialogue, toutes les contributions, remarques et observations devant permettre la consolidation du processus de la réforme de notre système national de santé.

# 1. CADRE CONCEPTUEL

## 1.1. JUSTIFICATIF : UNE OPPORTUNITÉ HISTORIQUE

### ✦ UNE VOLONTE POLITIQUE AU PLUS HAUT NIVEAU DE L'ÉTAT

Le souci d'assurer une protection sanitaire efficace de la population et de faire face à toute menace pandémique sur la sécurité nationale a été pris en compte par Monsieur le Président de la République à travers :

- son engagement n°45 dans le domaine de la santé publique qui stipule ce qui suit : « *garantir à tous les citoyens un accès à des soins de santé performants et de qualité par le renforcement de la part du PIB consacré à la santé* » ;
- sa décision, malgré la situation de crise sanitaire, d'engager le processus de refonte totale du système national de santé dans le but de développer une nouvelle politique nationale de santé cohérente, efficace, équitable et adaptée aux nouveaux enjeux et défis.

Cette décision de Monsieur le Président de la République inscrite dans le plan d'action du Gouvernement offre une opportunité historique unique pour engager un dialogue national sur la refondation de notre politique nationale de santé dans le cadre de l'édification d'une Algérie nouvelle.

### ✦ UNE ASPIRATION CONSTANTE DE TOUS LES ACTEURS ET USAGERS DE LA SANTE

En effet, notre système national de santé, malgré les efforts et les acquis indéniables, demeure une préoccupation et un motif d'insatisfaction aussi bien pour les pouvoirs publics que pour les professionnels de la santé, les partenaires sociaux, la société civile et les citoyens.

Cette aspiration a été de nouveau exprimée avec force par l'ensemble des acteurs de la santé rencontrés durant de la première étape du dialogue et de la concertation engagée depuis le mois d'août 2020.

### ✦ UNE NECESSITE ACCELEREE PAR LA PANDEMIE DU COVID-19

Par ses multiples impacts, la pandémie du Covid- 9 est venue rappeler la nécessité de repenser tous les systèmes de santé dans l'objectif d'une plus grande résilience face aux crises sanitaires de nature à permettre aux acteurs de santé, aux institutions et à la population d'avoir les capacités de se préparer et de riposter avec efficacité à ces crises, de maintenir les fonctions fondamentales dès la survenue d'une crise et de se réorganiser à partir des enseignements tirés durant la crise.

La pandémie actuelle est venue révéler, malgré le fort engagement des pouvoirs publics et la mobilisation sans précédent des professionnels de la santé, non seulement les limites du système de santé actuel mais également la gravité de la menace pandémique sur la sécurité nationale tant les conséquences de cette pandémie ont été à la fois sanitaires mais également économiques et sociales.

## **1.2. RÉFÉRENTIEL : UN CADRE POLITIQUE ET LÉGISLATIF**

Ce processus de réforme hospitalière est d'autant plus facilité qu'il dispose actuellement du cadre référentiel offert par :

- la nouvelle constitution promulguée par Monsieur le Président de la République qui stipule dans son article 63 : « l'État veille à assurer au citoyen la protection de sa santé notamment des personnes démunies ainsi que la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques».
- le programme d'action du gouvernement qui accorde à la modernisation du service public de santé et à l'amélioration de l'accès aux soins une priorité affirmée ;
- la nouvelle loi sanitaire n°18-11 du 18 Choual 1439 correspondant au 02 juillet 2018 qui est venue :
  - réaffirmer le droit à la santé comme droit fondamental de l'être humain d'une part et le principe de la gratuité des soins dans le secteur public d'autre part ;
  - apporter des modifications et des innovations dans l'organisation et le fonctionnement du secteur public et du secteur privé d'une part et dans le financement d'autre part.

## **1.3. BUTS ET OBJECTIFS**

Le but général est en soi un défi majeur qui appelle à une réforme structurelle du système existant de nature à :

- **REFONDER LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ AUTOUR DE PRINCIPES DIRECTEURS** visant à :
  - remettre l'usager des services de santé au centre des préoccupations du système national de santé dans le but d'assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire ;
  - rétablir l'équité et la solidarité dans l'accès à des soins de qualité pour tous les algériens à travers la couverture sanitaire universelle qui vise à permettre à tous les algériens, dès le départ dans la vie, d'avoir un accès aux services de santé dont ils ont besoin sans rencontrer de contraintes financières ;
  - asseoir la pertinence des actions de santé en fonction des besoins de la population et adapter le dispositif organisationnel de l'offre de soins et d'hospitalisation en s'appuyant sur un système d'information performant, une réelle décentralisation, une autonomie effective dans la gestion et l'introduction d'outils modernes de gestion, d'audit et d'évaluation ;



- mettre en œuvre les obligations contractuelles entre tous les intervenants dans le système national de santé et assurer une plus grande transparence et une plus grande équité dans la gestion de la dépense nationale de santé ;
  - développer les capacités de résilience du système national de santé dans le sens d'une plus grande flexibilité et adaptabilité dans un monde qui connaît de profondes mutations et qui fait face à des menaces sanitaires récurrentes ;
  - renforcer les actions de protection de la santé et de prévention à travers une démarche participative multisectorielle et communautaire soutenue.
- **INSCRIRE LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE** à travers l'élaboration du plan national de développement sanitaire fixant les objectifs et les priorités selon les besoins de la population et les moyens disponibles à court, moyen et long terme.
  - **UNIFIER LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ, AU NOM DU PRINCIPE DE L'UNICITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE**, afin que toutes les institutions et structures de santé, quel que soit leur régime d'exercice, inscrivent leurs activités dans le respect des impératifs du plan national de développement sanitaire.
  - **DÉVELOPPER UN SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ QUI PRENNE EN COMPTE LA TRIPLE NÉCESSITÉ** d'assurer :
    - la promotion de la santé dans le but de préserver et/ou de maintenir la population dans le meilleur état de santé possible ;
    - la prévention des maladies et des accidents par des mesures visant à éviter et/ou réduire les facteurs de risques ;
    - la prise en charge des patients en s'appuyant sur les réseaux de soins et des prestations de santé de qualité par une offre de soins équitable et adaptée aux territoires.

## 2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

Compte tenu des enjeux, seule une approche ouverte à toutes les parties prenantes du système de santé y compris les usagers, et une démarche fondée sur la recherche du consensus pourra permettre d'établir une analyse partagée de la situation et une vision partagée du nouveau système national de santé qui recueillera l'adhésion de la grande majorité des parties prenantes et des citoyens.

### 2.1. LIGNES DIRECTRICES DU PROCESSUS DE REFORME

- **UN PROCESSUS DYNAMIQUE CONJUGUANT LA CONCERTATION, LA REFLEXION ET L'ACTION**

Le processus de réforme a été conçu comme un processus dynamique devant conjuguer la concertation, la réflexion et l'action. En effet, en plus du processus de concertation et de réflexion qui a été engagé depuis le mois d'aout 2020 et qui porte sur la démarche, les questions fondamentales et les choix stratégiques, il a été jugé pertinent d'engager parallèlement au processus d'élaboration du projet de réforme la mise en place des outils de modernisation nécessaires.

- **UN PROCESSUS CAPITALISANT TOUS LES TRAVAUX PASSÉS**

Les efforts consentis et les leçons apprises dans la mise en œuvre des actions de réformes passées devront être nécessairement pris en compte dans le processus de réforme actuel de nature à tirer profit des propositions formulées, des actions engagées et des contraintes rencontrées.

- **UN PROCESSUS FONDÉ SUR LA DÉCISION ET L'ÉVALUATION DU SUIVI DU PROCESSUS DE RÉFORME SUR DES DONNÉES FACTUELLES : UN SOUCI DE FONDER LE CONSENSUS ET LA DÉCISION SUR L'OBJECTIVITÉ**

Il s'agira à travers la mise à disposition d'un fond documentaire conséquent et la mise en place d'un cadre de travail ouvert au dialogue et facilitant le consensus de rendre plus objective la prise de décision et l'évaluation des progrès et des contraintes.

- **UN PROCESSUS FONDÉ SUR LE DIALOGUE ET LA CONCERTATION AVEC TOUTES LES PARTIES PRENANTES Y COMPRIS LA SOCIÉTÉ CIVILE : UNE OPTION STRATÉGIQUE ET UNE CONDITION DE RÉUSSITE EN VUE DE L'APPROPRIATION ET DE L'ADHÉSION DES PARTIES PRENANTES AU PROCESSUS DE RÉFORME DEPUIS LE DÉBUT**

Cette approche a été considérée comme stratégique et comme une condition de réussite en vue de l'appropriation et de l'adhésion des parties prenantes au processus de réforme et ce dès son début.

Cette approche stratégique qui se veut prendre en compte les résistances naturelles aux changements s'est attachée à organiser des rencontres avec chacune des parties prenantes de nature à créer un climat de confiance, à développer l'écoute, à expliquer la démarche et à recueillir toutes les remarques et propositions formulées.

Cette approche stratégique repose, notamment, sur l'organisation i) de rencontres régulières avec les partenaires sociaux et toutes les parties prenantes, ii) de visites sur le terrain avec débats participatifs locaux et iii) d'une consultation citoyenne afin de permettre aux usagers de la santé, aux professionnels de la santé et aux citoyens d'apporter leur contribution.

## **2.2. ELEMENTS D'ANALYSE ET DE REFORME DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE : UNE DEMARCHE SANS COMPLAISANCE**

Les éléments d'analyse et de réforme du système national de santé peuvent être appréhendés à partir des principales constatations relevées dans les différents rapports et études consacrés à la réforme hospitalière dans notre pays et lors de la première phase de dialogue.

Ces éléments saillants de ces différentes productions sont appelés à être affinés et enrichis, selon une démarche méthodologique sans complaisance, dans le cadre du présent processus de réforme.

### **2.2.1. DES ATOUTS DU SYSTEME NATIONAL DE SANTE QU'IL IMPORTE DE CONSOLIDER**

#### **2.2.1.1. UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE SOUCI DE LA CONSÉCRATION DU DROIT À LA SANTÉ**

La protection de la santé des citoyens a constitué et continue de constituer un droit constitutionnel réaffirmé, depuis l'indépendance, dans chacune des Constitutions. Dans l'actuelle Constitution, il est stipulé dans l'article 63 : « l'État veille à assurer au citoyen la protection de sa santé notamment des personnes démunies ainsi que la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques ».

Cette politique, fondée sur la volonté des pouvoirs publics de concrétiser le droit fondamental de tout citoyen à la santé, s'est fixée pour objectif principal l'accès universel aux soins. Pour cela, la stratégie nationale a reposé sur :

- l'instauration, en 1974, de la médecine gratuite pour toutes les prestations de soins délivrées dans les structures publiques de santé en vue de supprimer tout obstacle financier à l'accès aux soins pour toutes les catégories de la population ;
- la mise en œuvre de programmes sanitaires successifs en vue notamment de réduire l'obstacle géographique par la multiplication des structures de santé à travers tout le territoire national d'une part et d'autre part de développer l'offre de soins à travers la formation en grand nombre des personnels de santé ;
- le rôle pivot accordé au secteur public en tant que garant de l'action de l'État telle que stipulé dans la Constitution qui a été déterminé par les circonstances historiques et sociales du pays nonobstant une place de plus importante pour le secteur privé ;
- la mise en place d'un système de protection sociale, basé sur la justice sociale et la solidarité nationale qui a permis à plus de 80% de la population de bénéficier d'une couverture de la sécurité sociale.

### **2.2.1.2. UNE APPROCHE GLOBALE PRENANT EN COMPTE L'INTÉRÊT D'AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**

L'approche s'est voulue globale, pour cela, notre pays a pris en compte la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé en tant qu'axe stratégique du plan de développement de l'Algérie. Cette action sur les déterminants sociaux de la santé, compte tenu du caractère nécessairement intersectoriel de la protection et de la promotion de la santé, a, notamment, porté, à titre d'illustration, sur :

- l'éducation afin de développer la connaissance, ce qui a permis, selon les données de l'enquête MICS 6 Algérie 2019, d'enregistrer un taux net de fréquentation de 97,1% pour l'école primaire, de 85,3% pour le collège moyen et de 49,6% pour le lycée secondaire ;
- l'accès à l'eau potable et à l'assainissement avec un effort particulier au cours de cette décennie, par la réalisation de nouveaux barrages, d'usines de dessalement d'eau de mer, de stations d'épuration. Ceci a permis d'enregistrer les résultats suivants, selon l'enquête MICS 6 Algérie 2019 : 94% des populations des ménages ont accès au service de base de l'eau de boisson, 86% ont accès au service d'assainissement de base et 84% au service de base d'hygiène.

### **2.2.1.3. DES RÉSULTATS GLOBAUX ENCOURAGEANTS**

Ainsi, les investissements considérables et les efforts consentis ont permis à l'Algérie de relever de nombreux défis et d'obtenir des résultats encourageants. En effet, au lendemain de l'indépendance, la situation sanitaire se caractérisait par :

- la faiblesse de l'offre, le pays ne disposait que de 600 médecins avec une absence totale de couverture sanitaire pour les zones rurales et éparses ;
- des indicateurs sanitaires marqués par une espérance de vie à la naissance ne dépassant pas les 50 ans, un taux mortalité infantile élevé à 256,4 pour 1000 naissances vivantes et un taux de mortalité maternelle tout aussi élevé à près de 500 pour 100 000 naissances vivantes ;
- l'ampleur de la demande marquée d'ailleurs par l'ampleur des maladies transmissibles qui sévissaient à l'état endémique.

Les progrès enregistrés du fait de l'impact bénéfique du développement socio-économique et des programmes de prévention sur l'état de santé de la population sont illustrés, notamment, par :

- l'amélioration indiscutable des indicateurs sanitaires en rapport avec le développement humain marqués, notamment, par :
  - la baisse de la mortalité infantile dont le taux est passé à 21 pour 1000 naissances vivantes en 2019 ;
  - la réduction de la mortalité maternelle dont le taux estimé est passé à 48.5 pour 100 000 naissances vivantes en 2019 ;
  - l'augmentation significative de l'espérance de vie à la naissance qui a atteint 77,8 ans en 2019 ;

- le net recul voire l'élimination de certaines maladies transmissibles prévalentes sous l'effet de la poursuite des programmes nationaux de prévention, de l'amélioration de la couverture sanitaire et du développement national. Il s'agit principalement de l'élimination du paludisme autochtone, du tétanos et de la poliomyélite et enfin de la réduction drastique de l'incidence de la diphtérie, de la rougeole, de la coqueluche et de la fièvre typhoïde ;
- l'amélioration également de la couverture sanitaire non seulement en termes de ressources humaines, même s'il persiste des disparités pour les praticiens spécialisés, mais également en termes d'infrastructures de santé couvrant le territoire national de façon relativement homogène ;
- le développement d'une expertise nationale dans les différents domaines de la santé publique au niveau des institutions et des ressources humaines qui constituent autant de précieux atouts pour notre système national de santé.

## **2.2.2. DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES QU'IL IMPORTE DE PRENDRE EN COMPTE**

### **2.2.2.1. DES DYSFONCTIONNEMENTS MULTIPLES ET RÉCURRENTS DANS LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE LA GOUVERNANCE ET DANS LES DIFFÉRENTS DOMAINES D'ACTIVITÉS AU NIVEAU SECTORIEL**

Dans ses principes, le système national de santé se réfère à l'universalité, à la gratuité des soins dans le secteur public et à un accès équitable à des soins de qualité pour tous les citoyens où qu'ils se trouvent sur le territoire national.

Cependant, les faiblesses et les contraintes organisationnelles, de gestion, de financement et de fonctionnement des établissements de santé n'ont pas permis la pleine réalisation de ces objectifs.

Sans préjuger des résultats d'un état des lieux exhaustif, on peut, d'ores et déjà, relever un certain nombre de causes de dysfonctionnements du système national de santé qui ont réduit de façon substantielle la portée de l'action sanitaire et son efficience. Il s'agit principalement :

- **DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES DANS L'ACCÈS AUX SOINS** qui portent principalement sur :
  - la difficulté d'accéder aux structures du secteur public, en particulier, aux consultations spécialisées et aux explorations ;
  - les conditions d'organisation de l'accueil, de l'orientation et de la prise en charge des patients dans le cadre de l'urgence ;
  - la qualité de l'accueil et de l'hébergement dans les structures hospitalières ;
  - la perte du continuum de soins et la hiérarchisation des soins dans le secteur public ainsi que la problématique de l'intégration et de la complémentarité du secteur privé de santé.

- **DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES DANS LA GESTION ET LE FONCTIONNEMENT** liées notamment :
  - à la centralisation du niveau décisionnel avec pour corollaire une gestion non participative ;
  - aux statuts des établissements de santé qui ne permettent pas une gestion souple à l'effet de leur permettre de s'adapter à la situation sanitaire de leur bassin de population et de développer une réponse rapide aux demandes et aux besoins exprimés en matière de moyens matériels, de produits pharmaceutiques, de ressources humaines et de maintenance ;
  - à l'absence d'outils de planification et de gestion des prestations fournies par les différents services médicaux, médicotechniques de l'établissement ;
  - à la faible intégration du secteur privé dont l'expansion a été anarchique et n'a pas été conforme aux principes de la complémentarité et de la coordination avec le secteur public d'une part et d'autre part dont l'exercice reste dominé par la rentabilité économique immédiate ;
  - au développement insuffisant de l'outil informatique notamment en matière de gestion des prestations médicales et de gestion administrative et financière mais aussi en terme de rattachement au réseau du système national d'information en santé ;
  - à l'absence de système d'évaluation externe et d'audit pour identifier les insuffisances et mettre en œuvre les ajustements nécessaires.
  
- **DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT** liées notamment :
  - aux sources de financement basées sur l'État et la Sécurité Sociale d'une part et d'autre part sur les ménages dont la participation est de plus en plus importante créant ainsi une situation qui bat en brèche le principe de la « gratuité de la médecine » dès lors que les soins payants, non remboursés ou faiblement remboursés, pèsent de plus en plus lourd sur la bourses de ces ménages créant ainsi de facto des inégalités dans l'accès aux soins ;
  - au mode de financement basé sur « le forfait hôpitaux » sans aucune évaluation ni a priori ni à postériori et au découplage entre le budget de fonctionnement et le budget d'investissement ;
  - aux capacités de gestion et au mode d'allocation des ressources faisant prévaloir la logique des structures sur celle des activités ;
  - à la répartition des ressources financières souvent inadaptées et insuffisantes à l'origine notamment d'un endettement de plus en plus important.

- **DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES EN MATIÈRE D'INFORMATION SANITAIRE** liées notamment :
  - à la lourdeur du circuit de l'information et à la faible retro-information ;
  - au non renseignement systématique des supports habituels d'information et à la perte des réflexes de transcription obligatoire des taches (fiches navettes, registres ...) et de déclaration obligatoire des maladies transmissibles ;
  - au morcellement et au cloisonnement de l'information et à l'absence de connexions entre les sous-systèmes.
  
- **DES FAIBLESSES ET DES CONTRAINTES EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES, DE FORMATION ET DE RECHERCHE** liées notamment à :
  - la large démotivation des personnels de santé toutes catégories confondues voire leur départ en nombre en raison de leurs conditions de travail et de la gestion de leur mode d'exercice et de leurs carrières avec des statuts peu valorisant ;
  - l'inadéquation entre le contenu et les profils de formation des professionnels de santé avec les compétences exigées pour répondre aux besoins de santé de la population ;
  - la qualité inégale de la formation offerte dans les différentes filières de formation des professionnels de santé selon les lieux de formation ;
  - la faiblesse dans la planification et l'organisation de l'affectation des professionnels de santé formés quel que soit leur mode d'exercice ;
  - la faible part accordée à la recherche dans les sciences de la santé.

#### **2.2.2.2. DES INSUFFISANCES DANS L'ACTION INTERSECTORIELLE EN FAVEUR DE LA SANTÉ**

En effet, la persistance de certaines maladies liées à l'hygiène du milieu est le résultat de la faiblesse de l'implication, de la coordination et de la mobilisation aussi bien au niveau national que local de l'action intersectorielle souvent irrégulière et peu soutenue notamment dans la lutte antivectorielle, la lutte contre les zoonoses, ainsi que l'amélioration de l'hygiène publique et du cadre environnemental.

Il en est de même pour la promotion des interventions destinées à réduire les principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles qui ont un caractère stratégique dans la prévention des maladies chroniques et des cancers..

#### **2.2.3. DES DEFIS MULTIPLES ACTUELS ET FUTURS QU'IL IMPORTE DE RELEVER**

La transition sanitaire et démographique et les changements politiques et socio-économiques que notre pays a connu d'une part et les progrès scientifiques et technologiques avec la mondialisation et les nouvelles menaces sur la sécurité sanitaire d'autre part constituent autant de défis et rendent incontournable la nécessaire adaptation de notre système national de santé.

### **2.2.3.1. DES DEFIS GLOBAUX RESULTANT DE LA TRANSITION SANITAIRE ET DEMOGRAPHIQUE QUI CONSTITUENT UNE TENDANCE LOURDE ET DURABLE**

Les principales causes affectant l'état de santé de la population résultent, principalement, de la transition sanitaire que connaît notre pays à travers :

- la transition démographique avec d'une part un quadruplement de la population en l'espace de 50 ans et d'autre part un allongement de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 49 ans en 1962 à 77,8 ans en 2019, engendrant une augmentation de la population âgée avec ses besoins spécifiques de santé ;
- le changement du mode de vie du fait des efforts de développement, de l'urbanisation, des bouleversements des habitudes et des comportements de la population (fastfood, sédentarité ; véhicule, télévision..) qui constituent autant de facteurs de risque pour les maladies non transmissibles dont l'augmentation régulière est préoccupante ;
- la montée des accidents et des traumatismes liés aux conditions de vie et de travail.
  
- l'émergence des risques sanitaires induits par les changements environnementaux et climatiques.

Cette transition sanitaire rend compte de l'intérêt primordial qu'il conviendra d'accorder aux problématiques :

- de la demande accrue de soins générée par la transition du fait des nouveaux problèmes de santé et des nouveaux groupes à risque ;
- du coût des soins de plus en plus importants du fait des nouveaux besoins et du recours aux nouvelles technologies médicales et aux molécules innovantes ;
- de la maîtrise des processus de gestion et de l'amélioration de la performance des établissements de soins en termes d'efficacité, d'efficience et de qualité ;
- de l'intersectorialité compte tenu de l'ampleur croissante des problèmes de santé relevant d'une approche intersectorielle dont il est essentiel de garantir la cohérence des politiques publiques et la coordination des activités liées à la santé, à l'environnement et au climat ;
- de l'équité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins de qualité qui exige un rôle actif de l'État dans la régulation d'un système de santé davantage solidaire.

### **2.2.3.2. DES DEFIS RESULTANT DE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE REFORME PASSEES QU'IL IMPORTE DE PRENDRE EN CONSIDERATION**

Nonobstant, les résultats de l'analyse de la situation du système de santé, il convient d'avoir à l'esprit que des contraintes et des difficultés souvent structurelles ont déjà été identifiées dans la mise en œuvre des actions de réformes antérieures.



Il s'agit principalement :

- du déficit en termes de capacités techniques et administratives pour formuler et piloter les stratégies de réforme ainsi que pour coordonner les programmes en faveur de l'efficacité des investissements consentis ;
- de l'absence d'un système d'information global et intégré permettant i) l'identification précise des besoins en santé, ii) l'évaluation de la performance sur la base de tableaux de bord et d'indicateurs précis permettant d'assurer un suivi en continu des programmes de santé, iii) la planification stratégique des infrastructures, des moyens et des ressources humaines et iv) un suivi épidémiologique efficace ;
- des difficultés d'application sur le plan budgétaire de nombreuses mesures telle que la contractualisation.

#### **2.2.3.3. DES DEFIS QUI LIMITENT L'EFFICACITE ET LA PORTEE DE L'ACTION SANITAIRE**

Il s'agit là de défis majeurs qui appellent à une réforme structurelle du dispositif existant dès lors qu'ils portent, notamment, sur la gouvernance, l'offre de soins et la répartition des ressources, ainsi que sur l'intersectorialité.

##### **2.2.3.3.1. DÉFI DE LA GOUVERNANCE**

De l'avis unanime, le mode de gouvernance, mis en place, constitue, malgré les investissements consentis, l'un des principaux facteurs limitant la performance du système national de la santé.

Ce mode de gouvernance est notamment marqué par une centralisation excessive de la décision, une faible participation des acteurs de la santé, une faible autonomie dans la gestion et l'absence de cadre de régulation et d'évaluation. Il s'agira, dans le cadre de ce processus de réforme, de s'attacher, notamment à :

- améliorer l'organisation et la gestion vers une réelle décentralisation dans la gestion et l'administration du système de santé ;
- mettre en place le cadre et les instances de coordination et de régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- introduire la culture de la pertinence et du résultat dans les pratiques managériales et de fonctionnement et renforcer la responsabilisation des acteurs de la santé ;
- développer les outils de contrôle, d'audit et de suivi-évaluation ;
- introduire les mécanismes d'accréditation et de certification dans la perspective de l'alignement sur les standards internationaux de qualité et de sécurité.

##### **2.2.3.3.2. DÉFI DE L'ORGANISATION L'OFFRE DE SOINS ET DE LA RÉPARTITION DES RESSOURCES**

Malgré les moyens investis, force est de constater que les inégalités dans la répartition des ressources persistent et constituent de fait une source d'inégalité dans l'accès aux soins. Il s'agit d'un défi qui doit prendre en considération les nouveaux enjeux territoriaux dans l'approche sanitaire.

En effet, les enjeux territoriaux dans l'approche sanitaire nécessitent une approche nouvelle qui devra consister à appréhender les territoires comme non seulement l'expression d'une réalité sanitaire avec des besoins diversifiés selon les zones géographiques mais aussi comme un espace de décision et de pilotage d'une part et comme un espace d'organisation des services sanitaires d'autre part.

Ce défi passe par une vision rénovée de la carte sanitaire qui doit être conçue comme l'élément de référence et de support du développement sanitaire du pays et comme l'instrument normatif du schéma d'organisation sanitaire qui devra, notamment, veiller à :

- assurer de façon équitable la prise en charge sanitaire des bassins de population à travers tout le territoire national avec un intérêt particulier pour l'offre de soins dans les régions et les zones spécifiques d'une part et pour les urgences et la santé de proximité d'autre part ;
- faire émerger des pôles de pilotage au niveau régional voire local qui deviendront des espaces de dialogue, de participation, de choix et de décision en matière d'offre de soins ;
- normaliser les effectifs, les infrastructures et les équipements ;
- développer les structures de référence notamment pour les soins de haut niveau, les réseaux de soins et les partenariats.

#### **2.2.3.3.3. DÉFI DE L'INTERSECTORIALITÉ**

La coopération intersectorielle à la réalisation des objectifs fixés en matière de santé figure au nombre des principes directeurs de la stratégie de la santé adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, 1978).

Cependant, la cohérence et l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé menées par les différents secteurs se heurte à de multiples contraintes qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire notamment dans les domaines de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et celui de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans ce cadre, il s'agira, pour tous les secteurs, de :

- considérer la santé comme une partie intégrante du processus de développement socioéconomique du pays et par conséquent comme un investissement ;
- surmonter les cloisonnements traditionnels existants à l'intérieur même des pouvoirs publics, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales et entre le secteur public et le secteur privé ;
- développer l'indispensable coopération entre les acteurs de santé par la création de nouveaux partenariats à tous les niveaux de la gestion des politiques publiques en faveur de la santé en intégrant les problématiques sanitaires liées à l'environnement et au climat.

## **2.2.3.4. DES DEFIS LIES AUX MENACES SANITAIRES**

### **2.2.3.4.1. DÉFIS DES MALADIES TRANSMISSIBLES**

La lutte contre les maladies transmissibles constitue un défi permanent dominé par le risque d'émergence et/ou de réémergence de ces maladies d'une part et les menaces pandémiques d'autre part. Il s'agit, dans ce cadre de :

- consolider et renforcer les programmes nationaux de santé qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes en accordant un intérêt particulier au développement des actions de proximité avec notamment une meilleure identification des populations cibles, une approche intersectorielle (y compris le privé) plus soutenue et une plus grande participation communautaire tout en tenant compte des spécificités locales (longues distances, enclavement, climat, populations mobiles) ;
- développer de nouveaux programmes de prévention en vue : i) d'étendre la protection de la santé aux autres catégories de la population (petite enfance, adolescents et personnes âgées) et dans les milieux spécifiques ii) de promouvoir la santé mentale, la santé buccodentaire...
- développer le dispositif de veille, d'alerte épidémiologique et de riposte dans le triple objectif d'une préparation anticipée, d'une détection précoce et d'une riposte rapide à tout phénomène à potentiel épidémique émergent ou réémergent et à toute menace pandémique.

### **2.2.3.4.2. DÉFIS DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

Les maladies non transmissibles constituent actuellement un problème de santé publique mondial majeur et la problématique générale, en Algérie, résulte de la transition qu'a connue notre pays.

Ce défi majeur repose sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte intégrée et multisectorielle prenant en compte les déterminants sociaux, comportementaux, environnementaux, climatiques, économiques et axée avant tout sur la prévention.

Dans ce cadre, il s'agit, pour notre pays, de :

- développer avec les secteurs institutionnels et la société civile la stratégie nationale visant à créer un environnement favorable à la santé pour réduire les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles à travers une approche de proximité qui aide et implique la population à adopter des modes de vie sains ;
- développer un système de surveillance et de suivi permettant de disposer de données fiables et standardisées sur les maladies non transmissibles prévalentes et sur les principaux facteurs de risques ;
- promouvoir le dépistage des maladies non transmissibles prévalentes comme action prioritaire dans l'élargissement de l'offre de soins de proximité ;
- consolider et/ou développer des plans et/ou programmes de lutte et de prise en charge des pathologies prévalentes et spécifiques (cancer, maladies chroniques, santé mentale, maladies dégénératives, autisme .....

### **2.2.3.5. DES DEFIS TRANSVERSAUX CONNEXES**

Le défi de la sécurité sanitaire, au demeurant complexe, passe également par la prise en compte d'un certain nombre de défis transversaux connexes. Il s'agit principalement des défis, ci-dessous, présentés.

#### **⚡ DÉFI DE LA RESSOURCE HUMAINE**

Il est marqué par une démotivation de plus en plus importante des professionnels de la santé en raison de leurs conditions de travail, de la progression dans leur carrière et leurs statuts dont le système de rémunération et les perspectives d'évolution demeurent peu attractifs.

Ce défi qui conditionne la réussite du processus de réforme dès lors que la ressource humaine est le facteur essentiel du changement, passe, notamment, par la nécessité :

- d'améliorer les conditions d'exercice et la progression des carrières de toutes les catégories des professionnels de la santé avec l'introduction d'un dispositif d'intéressement motivant et de mesures incitatives qu'il conviendra de définir durant ce processus de réforme ;
- de repenser le contenu et les profils de formation des professionnels de santé avec les compétences exigées pour répondre aux besoins de santé actuels et futurs de la population ;
- d'assurer une formation de qualité dans les différentes filières de formation des professionnels de santé selon les lieux de formation tout en développant les moyens pédagogiques modernes (télémédecine, simulation..)
- d'institutionnaliser la formation continue ;
- d'adapter la planification et l'organisation de l'affectation des professionnels de santé formés quel que soit leur mode d'exercice selon les besoins des différents bassins de population.

#### **⚡ DÉFI LIÉ À L'INTRODUCTION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN MATIÈRE DE SANTÉ :**

Dans la mesure où elles offrent d'immenses perspectives en termes d'amélioration des prestations de santé au profit des patients. Cependant, l'enjeu majeur demeure l'adoption de technologies médicales efficaces et efficaces les plus adaptées non seulement à nos besoins mais à nos moyens.

#### **⚡ DÉFI DE LA SÉCURITÉ PHARMACEUTIQUE ET DE LA SÉCURITÉ DES APPROVISIONNEMENTS EN PRODUITS DE SANTÉ DE QUALITÉ :**

La sécurité pharmaceutique et la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité constituent un défi hautement problématique aussi bien d'un point de vue thérapeutique et éthique qu'économique. Elles devront être érigées en priorité du fait qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique pour l'accessibilité à des soins de qualité et pour la performance des programmes de santé.

Ce défi stratégique, dans lequel l'État doit rester souverain dans les choix stratégiques, passe par l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique rénovée tenant compte des besoins et des moyens du pays qui portera, notamment, sur :

- les prescripteurs qui constituent de fait les ordonnateurs de la dépense en produits de santé à travers l'adaptation de leur formation initiale aux nouveaux besoins et aux exigences d'une prescription rationnelle, et l'institutionnalisation de leur formation continue, de manière totalement indépendante;
- les acteurs de la pharmacie en tant qu'intervenants incontournables dans la chaîne de soins (prévention, diagnostic, thérapeutique, gestion du produit pharmaceutique de l'approvisionnement à la dispensation) à travers, notamment, l'adaptation de leur formation et la redéfinition de leur rôle et de leurs responsabilités compte tenu des évolutions dans le métier ;
- les médicaments essentiels dont la liste devra être actualisée pour constituer le référentiel national pour la prescription et pour l'orientation de l'industrie pharmaceutique nationale dans le but d'assurer une disponibilité constante sur tout le territoire et une accessibilité pour tous les patients ;
- les référentiels thérapeutiques à travers l'élaboration de guides thérapeutiques nationaux, conformes aux progrès de la médecine et à l'usage rationnel des médicaments, basés sur les consensus et destinés en priorité aux médecins généralistes ;
- l'industrie pharmaceutique à travers le renforcement du potentiel existant, la mobilisation de toutes nos capacités nationales de production et de recherche, la promotion du générique et du biosimilaire ainsi que l'investissement dans la formation spécialisée des personnels ;
- l'information sanitaire en direction de la population pour lutter contre l'automédication avec ses risques et le gaspillage.

#### **DÉFI DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET LA PROTECTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ VIS-À-VIS DU RISQUE INFECTIEUX EN MILIEU DE SOINS :**

Dans la mesure où les infections en milieu de soins par leur gravité, leur charge de morbidité et l'importance de leur impact économique constituent un fardeau, au demeurant évitable, pour les systèmes de santé. L'enjeu consistera à :

- adopter et mettre en œuvre les stratégies pour prévenir les infections liées aux soins : notamment dans les domaines de l'hygiène des mains, de la sécurité transfusionnelle, de la sécurité des injections et de la vaccination, de la sécurité des procédures cliniques ainsi que de la sécurité de l'eau et de l'air, de l'assainissement et de la gestion des déchets en milieu de soins ;
- implémenter la sécurité et la sûreté biologique dans les laboratoires : dès lors que l'émergence et la réémergence des maladies infectieuses à potentiel épidémique voire pandémique constituent autant des menaces sanitaires majeures auxquelles sont notamment exposés les personnels de laboratoire en contact avec les agents et les toxines microbiologiques.

#### **✚ DÉFI DU DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN SANTÉ :**

Dans la mesure où la recherche avec la formation s'imposent comme facteur incontournable de tout développement et de tout progrès et ce d'autant qu'ils constituent un des meilleurs investissements en santé dans l'amélioration de la qualité des prestations de soins et des activités de prévention garant d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la population.

Il s'agira, dans ce cadre, notamment, de s'appuyer sur i) le développement de la formation en méthodologie de la recherche, ii) la facilitation de l'accès aux projets de recherche et leur orientation vers des objectifs opérationnels en rapport avec les défis du système national de santé, iii) un financement conséquent et accessible.

#### **✚ DÉFI DU DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNICATION ET DE LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE :**

Dans la mesure où il constitue un axe stratégique nouveau dont l'un des enjeux consiste à identifier les canaux à travers lesquels la communication pourra s'établir entre tous les intervenants afin de permettre une plus grande implication multisectorielle, une réelle participation communautaire et la promotion des initiatives locales.

### **2.3. GOUVERNANCE DU PROCESSUS DE REFORME HOSPITALIERE**

L'adhésion de toutes les parties prenantes y compris des citoyens aux politiques de santé est une valeur fondamentale qu'il importe de traduire dans le cadre de la mise en œuvre du processus de la réforme hospitalière à travers une intégration forte de toutes les parties prenantes, notamment les partenaires sociaux et la société civile, dans les organes de la gouvernance et lors des différentes consultations locales, régionales et nationales.

#### **2.3.1. ORGANISATION ET MISSIONS DE LA GOUVERNANCE**

##### **✚ DE L'INSTANCE NATIONALE DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE**

Il est apparu nécessaire de créer une instance nationale de la réforme hospitalière en tant que cadre de dialogue et de concertation ayant pour mission principale de recueillir toutes les contributions, d'en élaborer la synthèse et de faire toute proposition sur toute question relevant du domaine de la réforme hospitalière.

Dans ce cadre, cette instance nationale sera, notamment chargée, de :

- organiser les consultations entrant dans le cadre du processus de réforme ;
- donner son avis sur la réforme du système national de santé notamment sur : i) les priorités de la politique nationale de santé, ii) la définition du rôle et champ d'action de l'État et des différents intervenants, iii) l'organisation, la gouvernance et le financement du système national de santé, iv) le statut des établissements et des professions de santé, v) la place de la promotion de la santé et de la prévention, vi) la politique pharmaceutique, vii) l'éthique, la déontologie et la bioéthique ;

- veiller à ce que les actions inscrites dans le cadre du processus de réforme garantissent les droits fondamentaux et la sécurité des patients et des usagers des services de santé, la protection et la dignité des professionnels de la santé, ainsi que les principes éthiques et déontologiques dans les pratiques de santé.

A l'effet d'assurer une large participation des parties prenantes du processus de réforme et de leur permettre une réelle appropriation de ce processus dès son début, il est préconisé que l'instance nationale de la réforme hospitalière soit composée :

- d'experts, de chercheurs et de personnalités nationales reconnues dans le domaine de la santé publique ;
- de partenaires sociaux, de membres de la société civile, et de représentants des conseils de déontologie ;
- de représentants d'institutions et d'organismes nationaux ainsi que des départements ministériels partenaires.

#### ✦ **DES INSTANCES RÉGIONALES DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE**

Le souci d'une part de permettre la participation la plus large possible des acteurs locaux de la santé dans le processus de réforme et de prendre en considération les spécificités et les particularités locorégionales d'autre part rend compte de l'intérêt de mettre en place des instances régionales de la réforme hospitalière. Afin d'assurer un lien organique avec l'instance nationale, le président de l'instance régionale serait membre de droit de l'instance nationale.

#### **2.3.2. PREMIÈRES PRIORITÉS**

Il s'agira, dans le cadre d'une démarche inclusive, participative et consensuelle de l'ensemble des parties prenantes, et après avoir procédé à une analyse lucide de la situation sanitaire nationale de :

- ✦ **INSCRIRE LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE NATIONAL DANS LE CADRE DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE À COURT ET MOYEN TERME** à travers i) la définition des orientations stratégiques, ii) la définition des axes d'intervention et des priorités d'action qui devront être nécessairement basés sur une planification et une budgétisation axées sur les résultats.

Cette approche devrait pouvoir permettre i) d'asseoir les orientations et les décisions sur une base objective et pertinente, ii) de donner de la perspective et de la cohérence aux politiques publiques en faveur de la santé et iii) de doter l'État d'un instrument de contrôle sur le processus et la pertinence de l'allocation des ressources.

Cette approche pourrait se fixer pour premier terme l'horizon 2030 à travers l'élaboration de plans quinquennaux s'inscrivant dans le cadre des objectifs du développement durable avec pour axes prioritaires i) l'action sur les déterminants sociaux de la santé, ii) la prévention et la promotion de la santé, iii) l'organisation de l'offre des prestations de santé centrée sur les patients dans le souci d'une couverture sanitaire universelle et d'un financement efficient et équitable.

- ✚ **ACCORDER À LA RESSOURCE HUMAINE UN RANG DE PRIORITÉ** à travers notamment, l'engagement du processus :
- de révision des systèmes de formation des professionnels de la santé, de toutes les catégories, compte tenu des nouveaux enjeux, des métiers nouveaux et des nouvelles missions impliquant de nouvelles compétences ;
  - de l'adaptation des statuts et de la progression dans la carrière dans le sens de la valorisation et de la reconnaissance du mérite.



### **3. DEMARCHE OPERATIONNELLE : DES PREMIERES MESURES DEVANT PARTICIPER À L'ASSISE DU PROCESSUS DE LA REFORME**

Le processus de réforme devra être un processus dynamique devant conjuguer la concertation, la réflexion et l'action. En effet, parallèlement au processus de concertation et de réflexion qui portera sur les questions fondamentales et les choix stratégiques, il est impératif d'engager le processus de mise en place des outils de modernisation nécessaires.

#### **3.1. MESURES ORGANISATIONNELLES À COURT TERME**

- **MISE EN PLACE DU GROUPE DE TRAVAIL PRÉPARATOIRE**

Il a été, dans l'attente de la création des instances du processus de la réforme hospitalière, mis en place un groupe de travail préparatoire chargé notamment de la constitution du fonds documentaire et de l'élaboration de l'état des lieux.

- **CONSTITUTION DU FONDS DOCUMENTAIRE**

Le fonds documentaire a été constitué et il sera au fur et à mesure enrichi pour être mis à la disposition de l'instance de gouvernance. Il porte sur les thèmes suivants : i) politique nationale de santé et principes fondamentaux, ii) organisation et gouvernance du système national de santé, iii) financement et contractualisation, iv) statut des établissements de santé et des professions de santé, v) produits de santé, vi) système d'information sanitaire et numérisation, vii) formation et recherche, viii) éthique, déontologie et bioéthique.

- **ELABORATION DE L'ÉTAT DES LIEUX**

Un état des lieux préliminaire de la situation sanitaire a été, déjà, finalisé. Il s'est attaché à recueillir les données les plus actualisées et il a été conçu de façon à rapporter ces données de façon descriptive dans la perspective de permettre à l'instance nationale de la réforme hospitalière de faire l'analyse de situation en toute objectivité.

- **ELABORATION DU TEXTE RÉGLEMENTAIRE PORTANT CRÉATION, ORGANISATION, MISSIONS ET FONCTIONNEMENT DES INSTANCES DE LA GOUVERNANCE DU PROCESSUS DE RÉFORME**

Le projet de texte a été finalisé ; il s'agira, dès approbation, de mettre en place l'instance nationale et les instances régionales de la gouvernance du processus de réforme.

## **3.2. MESURES OPÉRATIONNELLES À COURT ET MOYEN TERME**

### **3.2.1. MESURES VISANT À METTRE EN PLACE LES OUTILS DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE ET À EN PRÉPARER L'ENVIRONNEMENT**

#### **3.2.1.1. LE PROCESSUS DE DIALOGUE ET DE CONCERTATION**

Il s'agit d'une démarche stratégique, engagée depuis août 2020, afin de faire du processus de réforme une affirmation de l'approche participative et de la transparence telle que préconisée dans le plan d'action du gouvernement. Dans ce cadre, il est prévu de :

- **POURSUIVRE LES VISITES SUR LE TERRAIN AVEC DÉBATS PARTICIPATIFS LOCAUX** SUR la réforme hospitalière dans le souci d'intégrer la participation locale ;
- **RÉALISER, DÈS À PRÉSENT, UNE CONSULTATION CITOYENNE AUPRÈS DES USAGERS DE LA SANTÉ ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ** afin de leur permettre d'apporter leur contribution dès lors que leur adhésion est requise ;
- **PRÉPARER ET ORGANISER LES ASSISES NATIONALES DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE** : cette rencontre nationale viendrait acter les avancées réalisées à l'issue du deuxième round de dialogue et de concertation, jeter les bases de la refondation du système national de santé et mettre en place un mécanisme de haut niveau de suivi et de coordination du processus de la réforme hospitalière. Sa préparation pourra, dès à présent, être lancée dans le cadre de ce deuxième round de concertation et de dialogue avec l'ensemble des parties prenantes.

#### **3.2.1.2. LA NUMÉRISATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ**

Il s'agit d'une option stratégique fondamentale qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de numérisation du gouvernement et celui de l'amélioration de la performance du service public de santé et ce en référence à l'engagement présidentiel n°25 relatif à « *la réalisation d'une transformation numérique pour améliorer la connectivité, généraliser l'usage des TIC notamment dans les administrations publiques et améliorer la gouvernance économique* ».

Elle devra s'appuyer sur les investissements déjà consentis aussi bien en termes d'infrastructures technologiques et qu'en termes d'applications informatiques d'une part et, d'autre part, prendre en compte les différentes contraintes identifiées qui ont freiné sa mise en place (techniques, financières, organisationnelles, ressources humaines).

Il s'agira, dans le cadre de la conduite du changement et de l'accompagnement des différents acteurs pour une nouvelle culture de la gestion et du partage des données en santé de :

- **FINALISER LE PROCESSUS DE CRÉATION DE L'AGENCE CHARGÉE DE LA NUMÉRISATION** : qui constituera l'outil stratégique du MSPRH pour la mise en œuvre de la numérisation du secteur ;
- **POURSUIVRE LE PROCESSUS D'ÉLABORATION DE LA STRATÉGIE SECTORIELLE DE NUMÉRISATION** lancée le 20 décembre 2020 par le MSPRH et qui comporte plusieurs modules en projet notamment : la gestion de l'administration centrale, l'hôpital numérique et la pharmacie numérique.

### **3.2.1.3. LA CONTRACTUALISATION**

La contractualisation est également considérée comme prioritaire dès lors qu'elle a un rôle déterminant dans l'amélioration des performances du système de santé et qu'elle consiste à responsabiliser les acteurs en passant d'une culture des moyens à une culture de résultats mesurables sur la base d'un arrangement contractuel consacré par un engagement formel avec des devoirs et des obligations réciproques pour chacune des parties.

Partant du principe que la contractualisation est une priorité gouvernementale et qu'elle a un rôle déterminant dans l'amélioration des performances du système de santé et la responsabilisation des différents acteurs intervenants, l'approche retenue devra s'appuyer sur une large concertation avec toutes les parties prenantes. Il s'agira, dans ce cadre, de :

- **POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA FEUILLE DE ROUTE DE LA COMMISSION SECTORIELLE DE LA CONTRACTUALISATION DU MSPRH**, mise en place le 27 décembre 2020 ;
- **RÉACTIVER, ENSUITE, LE COMITÉ INTERSECTORIEL SANTÉ – SÉCURITÉ SOCIALE** pour formaliser le système de contractualisation entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociale ;
- **ACTUALISER LA NOMENCLATURE ET LA TARIFICATION DES ACTES DE SOINS**, en tant que préalable ;
- **LANCER, AU FUR ET À MESURE, DES OPÉRATIONS PILOTES** pour les pathologies dont les coûts ont été déjà convenus ;
- **VEILLER À METTRE EN PLACE UN MÉCANISME DE NÉGOCIATION ET D'ARBITRAGE** de nature à éviter tout dérapage des dépenses de santé par la création des conditions d'une inflation des actes médicaux.

### **3.2.1.4. LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ**

Ils constituent un outil nécessaire pour l'analyse efficace du financement de la dépense nationale de santé. Leur mise en place, prévue dans l'article 338 de la loi n°18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé :

- aura pour objectifs : i) d'apprécier l'ampleur du financement utilisé (public et privé), ii) d'identifier et d'évaluer les capacités des différentes sources de financement et leur contribution (État, caisses de sécurité sociale, ménages, collectivités locales, entreprises économiques..) et iii) d'analyser la répartition de ces ressources entre les différents prestataires (public, parapublic, privé) ;
- permettra notamment de répondre au besoin d'information pour la prise de décision en matière de politique sanitaire et d'appuyer le processus de réforme en tant qu'outil d'évaluation des stratégies mises en œuvre et de leurs impacts.

Dans ce cadre et sur la base de l'expérience initiée en 2001, il s'agira, dans une première étape, de :

- **CRÉER UN COMITÉ INTERSECTORIEL CHARGÉ DES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ,**
- **LANCER LE PROCESSUS DE MISE EN PLACE DE CES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ.**

### **3.2.1.5. LA SIMPLIFICATION ET LA DÉMATÉRIALISATION DES PROCÉDURES**

Elle entre dans le cadre de la politique gouvernementale de lutte contre la bureaucratie compte-tenu de son impact néfaste sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle des usagers notamment dans un secteur aussi sensible que celui de la santé. Elle s'appuiera sur la numérisation du secteur et devra être un véritable outil de transparence et d'amélioration de la proximité du service public de santé.

Il s'agira, dans une première phase, de procéder au recensement de l'ensemble des procédures administratives mises en place et de formuler, dans un cadre concerté, toutes les propositions d'assouplissement et d'allègement qu'il conviendra d'engager dans les meilleurs délais.

Ce processus a été, déjà, engagé et il est intégré dans le cadre du plan d'action du MSPRH. Il porte sur la poursuite du processus de lutte contre la bureaucratie à travers la simplification et dématérialisation des procédures concernant, notamment :

- la formation : pré-inscription et inscription, demandes d'agrément, demandes d'équivalence des diplômes, délivrance de diplômes ;
- les ressources humaines : allègement des procédures de nomination et de désignation pour les postes prononcés par arrêté ministériel.

### **3.2.1.6. LA DÉCENTRALISATION**

La gestion du système national de santé demeure caractérisée par son caractère centralisé qui a montré ses limites et engendré des multiples frustrations aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, la décentralisation est devenue un point nodal de la politique nationale de santé et une nécessité pour évoluer vers un système de santé performant, résilient et de qualité.

- **A COURT TERME, IL S'AGIRA DE LANCER LE PROCESSUS DE DÉCENTRALISATION DE L'ACTE DE GESTION**, en tant que mesure traduisant la volonté des pouvoirs publics de faciliter les procédures aux professionnels et aux usagers de la santé. ce processus a été, déjà, initié par le MSPRH et il porte, dans une première étape, sur les actes suivants :
  - étude des projets de réalisation et mise en fonction des établissements de santé privés ainsi que la création des centres médico-sociaux ;
  - installation en cabinet privé des praticiens spécialistes, installation en officine ainsi que la nomination des directeurs techniques des établissements de santé privés ;
  - authentification des documents de santé ;
  - projets d'investissement et d'équipement inscrits à l'indicatif des établissements publics de santé.

- **A MOYEN TERME** et à l'issue du processus de réflexion, il s'agira de :
  - **RECENTER LE RÔLE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DANS SES MISSIONS RÉGALIENNES AU NIVEAU DE LA GOUVERNANCE CENTRALE** en tant qu'organe névralgique en charge des orientations stratégiques, de la réglementation, de la normalisation, de la planification, du contrôle et de l'évaluation.  
Ce rôle devra, dans la perspective de la réforme, s'attacher, également, à
    - i) élaborer le plan national de développement sanitaire, fixer ses priorités et ses objectifs, arrêter sa stratégie de mise en œuvre et suivre son application, ii) procéder aux évaluations, aux arbitrages et aux contrôles nécessaires pour assurer la cohésion d'ensemble ;
  - **DÉCENTRALISER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ, À TRAVERS LA RÉGIONALISATION SANITAIRE** dans son organisation, dans son fonctionnement et dans ses procédures.

### **3.2.1.7. LE DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE**

L'évaluation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) réalisée, en 2011, par l'INSP à l'aide de l'outil *Health Metrics* de l'Organisation Mondiale de la Santé, a permis de mettre en évidence les atouts indéniables mais aussi les insuffisances et les incohérences du SNIS qui constituent autant de défis.

Il s'agira, vis-à-vis de ces défis, de s'appuyer, tout d'abord, sur les atouts qui reposent notamment sur i) la présence à chaque niveau de la pyramide sanitaire de personnels chargés de la collecte, de l'analyse, de la gestion et de la diffusion des données du SNIS, ii) l'existence d'une structure nationale historique, en l'occurrence l'INSP et ses éléments d'appui tels que les observatoires régionaux de la santé, les laboratoires de référence ....

Ainsi et sous le leadership de l'INSP, il conviendra avec toutes les parties prenantes du SNIS dans le souci du développement d'un SNIS performant, adapté aux nouveaux enjeux sanitaires et intégrant les nouvelles technologies de l'information, de s'attacher à renforcer les six composantes du SNIS qui portent sur i) les ressources humaines et financières ii) les sources de données, iii) les indicateurs, iv) la gestion des données, v) le produit de l'information, vi) la retro-information et l'utilisation des données.

### **3.2.2. MESURES VISANT À ASSEOIR LA MISE EN PLACE DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : UNE RÉFORME STRUCTURELLE FONDAMENTALE**

Le principe de la « médecine gratuite » point cardinal de toutes les politiques de santé, mises en œuvre, depuis 1974, dans l'objectif d'assurer un accès aux soins à toute la population sur la base des principes fondamentaux d'équité, de solidarité et de justice sociale a toujours été affirmé par les pouvoirs publics.

Ce souci de garantir à tous les citoyens algériens, quel que soit leurs revenus ou leurs conditions sociales, un accès équitable aux soins de santé vient d'être récemment réaffirmé dans la Constitution promulguée par Monsieur le Président de République après avoir été votée par le peuple algérien en novembre 2020.

Cependant, l'évolution du système de santé, en particulier depuis la fin des années 1980 et la loi autorisant l'investissement du capital privé dans toutes les catégories des institutions de santé a produit une situation qui a montré ses limites.

#### **3.2.2.1. PROBLÉMATIQUE ACTUELLE**

En effet, si la promotion du secteur privé de la santé a permis sans aucun doute une diversification de l'offre de soins et souvent son amélioration en termes de qualité, le développement de ce secteur, mal encadré du point de vue juridique et financier, a fini par produire des effets pervers conduisant à la création d'une flagrante inégalité dans l'accès aux soins.

##### **✦ UNE FLAGRANTE INÉGALITÉ DANS L'ACCÈS AUX SOINS D'ORIGINE MULTIFACTORIELLE**

Ainsi, cette inégalité dans l'accès aux soins peut s'expliquer par des raisons liées :

- au champ d'application de la politique de la médecine gratuite au niveau du seul secteur public du fait du rôle pivot qui lui a été accordé, à juste titre, par l'État pour garantir son action ;
- aux sources de financement basées sur l'État et la Sécurité Sociale avec une participation de plus en plus importante des ménages créant ainsi une situation qui bat en brèche le principe de la « gratuité de la médecine » dès lors que les soins payants non remboursés ou faiblement remboursés pèsent de plus en plus lourd sur la bourses de ces ménages créant ainsi de facto des inégalités dans l'accès aux soins ;
- au mode de financement basé sur « le forfait hôpitaux » et assuré par la principale caisse d'assurance maladie (CNAS) sans aucune évaluation ni a priori ni à postériori ;
- à l'expansion rapide des services produits par le secteur privé qui ont augmenté de façon importante en volume, jusqu'à couvrir, dans certains segments, comme les explorations fonctionnelles, plus de 60% de la demande sans que cette offre ne soit régulée en termes d'indications, de pertinence et surtout de prix ;

- au caractère figé, depuis 1987, de la nomenclature et de la tarification des actes favorisant le développement du secteur privé dans sa seule logique commerciale. Ainsi, le financement de ce secteur s'est quasi-totalement effectué par la bourse des ménages dont la participation à la dépense nationale de santé est passée de moins de 10%, dans les années 70, à plus de 25% actuellement ; l'exemple récent des dépenses inhérentes à la pandémie Covid (scanner et tests PCR) est une parfaite illustration.

✦ **UNE CONSÉQUENCE : UN « DOUBLE SYSTÈME DE SANTÉ »**

Cette situation crée de fait un « double système de santé » marqué par :

- une offre de soins du secteur public qui malgré les investissements et le potentiel continue de poser des problèmes liés i) aux difficultés d'accès aux structures, en particulier, aux consultations spécialisées et aux explorations ; ii) à la qualité de l'accueil et de l'hébergement dans les structures hospitalières ; iii) à la perte du continuum de soins et à la hiérarchisation des soins dans ce secteur ;
- une offre de soins dans le secteur privé qui fonctionne comme « un supermarché de la maladie » au niveau duquel n'accèdent que ceux qui ont des possibilités financières du fait que i) son expansion n'a pas été conforme aux principes de la complémentarité et de la coordination avec le secteur public, ii) son exercice reste dominé par la rentabilité économique immédiate.

Ainsi, il s'est créé de fait une inégalité flagrante à l'accès aux soins qui produit de plus en plus de mécontentement et de frustration.

Ce constat rend compte de la nécessité de s'inscrire dans le cadre de la couverture sanitaire universelle issue de la Réunion de haut niveau des chefs d'État et de Gouvernement, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies le 23 septembre 2019 qui se sont engagés à mettre en place la couverture sanitaire universelle, d'ici à 2030, pour bâtir un monde plus sain pour tous.

En effet, l'une des cibles des objectifs de développement durable à l'horizon 2030 dans le domaine de la santé et du bien-être consiste à « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ».

**3.2.2.2. APPROCHE PROPOSÉE : LIGNES DIRECTRICES**

A la lumière de ces données, il apparaît clairement que toute réforme visant à corriger les effets pervers des politiques sanitaires passées, à replacer l'utilisateur au centre des préoccupations du système national de santé et à rebâtir ce système sur les principes fondamentaux de justice, d'équité et de solidarité, passe par la restructuration de son système de financement.

Le principe fondamental de cette restructuration est d'opter pour une « couverture sanitaire universelle » qui garantit à tout citoyen la possibilité d'accéder aux soins de santé, tant dans le secteur public que privé de manière juste et équitable : les algériens ne sont plus assurés en leur qualité de fonctionnaire ou de commerçant mais tout simplement en leur qualité de citoyen algérien.

Le but de cette nouvelle approche qui s'inscrit dans le cadre de la couverture sanitaire universelle vise à permettre à tous les algériens, dès le départ dans la vie, d'avoir un accès aux services de santé dont ils ont besoin sans rencontrer de contraintes financières.

✚ **UNE ASSURANCE NATIONALE « SANTÉ » : PRINCIPALE SOURCE DE FINANCEMENT DU SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ À TRAVERS « LA CAISSE NATIONALE SANTÉ »**

Elle deviendrait la source principale du financement de système sanitaire pour assurer la couverture sanitaire universelle. Il s'agira de définir les options de ce financement (système d'assurance publique, système d'assurance mixte public – privé, système d'assurance complémentaire). Les différentes sources actuelles (État, CNAS, CASNOS...) participeraient au capital de cette assurance en versant les sommes correspondantes aux dépenses engendrées par la prise en charge de leurs adhérents. Les équilibres pouvant s'effectuer à postériori.

La « caisse nationale santé » bénéficierait d'une autonomie de gestion suffisamment large pour gérer au mieux ses fonds, elle serait gérée par un conseil d'administration associant des représentants de l'État, des différentes caisses d'assurance et des représentants des usagers.

La « caisse nationale santé » se doterait de tous les organes consultatifs nécessaires à son information technique, scientifique et médicale. En particulier, pour hiérarchiser les priorités sanitaires à prendre en charge et décider du mode de financement à établir pour couvrir de manière pertinente et équitable la demande de soins.

✚ **UN ÉTAT ARBITRE ET GARANT DE LA PERTINENCE DE LA DÉPENSE DE SANTÉ**

L'État garantirait la pertinence de la dépense en imposant un cahier de charges fixant les objectifs de santé à atteindre sur la base du programme national de santé. Il est l'arbitre qui intervient à tout moment lorsqu'il estime que la dépense s'écarte des objectifs nationaux et propose les aménagements qu'il juge utile pour inscrire la dépense dans le strict cadre du programme national.

✚ **UNE CARTE « CHIFFA » GÉNÉRALISÉE À TOUTE LA POPULATION SANS AUCUNE DISTINCTION SUR L'ORIGINE DE « L'ASSUREUR »**

La carte « chiffa » actuelle pourrait se généraliser à toute la population sans aucune distinction et porterait dans ses données numériques l'identification de l'assuré et la caisse à laquelle il est affilié ou à défaut sa prise en charge par le budget de l'État uniquement accessible aux services comptables en toute confidentialité. Cette carte qui intégrerait le dossier médical et le dossier pharmaceutique sera la même pour tous sans aucun signe distinguant à priori l'origine de l'assureur : c'est un élément symbolique essentiel qui élimine toute forme de discrimination.



#### ✦ LA NOMENCLATURE ET LA TARIFICATION DES ACTES ACTUALISÉES

La révision de la nomenclature des actes et la tarification de ces derniers s'effectueraient dans un espace permanent de négociation associant l'assurance maladie, les représentants de l'État, les représentants des associations de professionnels de santé et celles des usagers.

Ainsi, cette approche devrait pouvoir permettre d'assurer :

- le principe constitutionnel d'accès aux soins en garantissant à toute la population un accès équitable aux services de santé sur la base des principes fondamentaux de justice de solidarité ;
- la pertinence des dépenses de santé sur la base du programme national sanitaire et ses objectifs hiérarchisés ;
- une plus grande transparence et moins de gaspillage des dépenses de santé.

Il s'agira dans ce cadre :

- d'engager le processus de réflexion, sur la mise en place de la couverture sanitaire universelle à laquelle tout citoyen algérien aura droit ;
- de créer, le cas échéant, un mécanisme intersectoriel chargé de mettre en place cette couverture sanitaire universelle.

### **3.2.3. MESURES VISANT À AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DE LA SITUATION POUR L'AIDE À LA DÉCISION**

#### **3.2.3.1. L'AUDIT DE LA GESTION DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ**

Pour faire face à la demande croissante de soins, les établissements publics de santé ont connu, au cours de ces dernières décennies, des investissements publics importants et des actions de réforme qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs assignés en termes d'amélioration de la prise en charge des patients d'une part et des conditions de travail des professionnels de la santé d'autre part.

En effet, les méthodes administratives et bureaucratiques appliquées dans ces établissements de santé ont abouti à des dysfonctionnements et à une augmentation des charges.

La démarche modernisatrice du processus de réforme hospitalière dans l'objectif d'une plus grande flexibilité et d'un mode de management participatif requiert au préalable une analyse de situation aussi objective que précise de tous les segments de la gestion des établissements de santé tels que la gestion administrative et technique, la gestion des personnels, la gestion financière, la gestion des moyens, du médicaments et des équipements ainsi que la gestion du dialogue social.

#### **3.2.3.2. L'ENQUÊTE SUR LA PERCEPTION ET LES ATTITUDES DES USAGERS DE LA SANTÉ PAR RAPPORT À L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE ET PRIVÉE**

En effet le vécu, le ressenti et le degré de satisfaction des usagers vis-à-vis de l'offre de soins sont autant d'éléments qu'il importe de prendre en compte dans l'élaboration de tout processus de réforme dès lors que la satisfaction de l'utilisateur est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins de l'OMS.

Il s'agira d'intégrer dans le processus de réforme la diversité des besoins et des attentes des usagers de la santé qui reposent essentiellement sur une réponse technico-médicale vis-à-vis de leurs troubles, mais aussi sur une réponse psychologique et sociale vis-à-vis de la situation de rupture par rapport à leur environnement et à leurs contacts sociaux induite par la maladie qu'il importe de ne pas négliger.

### **3.2.3.3. L'ENQUÊTE SUR LES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES**

Le processus de réforme dans sa double dimension de l'accès aux soins et de son financement nécessite, à cette étape, une connaissance approfondie de la consommation des ménages en prestations de santé de nature à disposer de données récentes, fiables et solides sur les filières de soins et le financement de la santé par les ménages.

Il s'agira de répondre à deux questions essentielles : à qui s'adressent les algériens pour se soigner ? Combien dépensent-ils pour les soins de santé ? Cette enquête devra, notamment, permettre de mieux connaître :

- les modes d'accès aux services de santé selon le statut du prestataire, la qualification du prestataire et le statut des usagers ;
- les difficultés d'accès aux services de santé notamment géographiques (disponibilité des prestations) et financières ;
- le niveau de dépenses de santé des ménages selon certaines caractéristiques des ménages et de la population enquêtée : âge, sexe, état matrimonial, lieu de résidence, revenu, catégorie socioprofessionnelle, type de couverture sociale ;
- le niveau des dépenses de santé des ménages par nature (soins infirmiers, soins spécialisés /soins généraux, soins de santé mentale, soins de rééducation, hospitalisation, bien médicaux..) et/ou par pathologie.

## CONCLUSION

La mise en œuvre du processus de la réforme du système national de santé est désormais incontournable. Cette réforme est certes complexe mais

- elle bénéficie d'une volonté et d'un engagement politique affirmés au plus haut niveau de l'État et du Gouvernement ;
- elle s'appuie sur un consensus social quant à sa nécessité qui a été réaffirmé par l'ensemble des parties prenantes ;
- elle s'inscrit dans une démarche opérationnelle pragmatique et graduelle basée sur l'approche participative et le consensus de nature à permettre, dès à présent, une appropriation et une adhésion de l'ensemble des parties prenantes dans son processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi-évaluation.

## RÉFÉRENCES DE BASE

- Ministère de la santé : Rapport général sur l'organisation du système national de santé. 1990
- INSP : Éléments de réflexion sur le système national de santé. 1998
- Ministère de la santé et de la population : Conclusions et recommandations des assises nationales de la santé 1998
- Ministère de la santé et de la population : charte de la santé. 1998
- Société Algérienne de Médecine : La réforme du système de santé. 2001
- Ministère de la santé et de la population : Développement du système national de santé : stratégies et développement. Mai 2001
- ENSP : Perspectives de la réforme : Problématique de la gestion de l'établissement public de santé. Septembre 2002
- ENSP : Perspectives de la réforme : expériences étrangères. Septembre 2002
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes. Janvier 2003
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Réforme hospitalière- Rapport final. Septembre 2003
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Comptes nationaux de la santé de l'Algérie 2000-2001. Mai 2003
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : financement de la santé en Algérie Février 2004
- ENSP : le système de santé publique en Algérie : analyse et perspectives avril 2006
- CNES : Rapport intérimaire sur les stratégies de santé publique et la sécurité sanitaire nationale. Octobre 2010
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : 1<sup>re</sup> conférence nationale sur la politique de santé et la réforme hospitalière. Février 2011
- IPEMED : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie – défis nationaux et enjeux partagés. Avril 2012
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Assises nationales de la santé – Rapport. juillet 2014
- OMS : Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle – Rapport final du groupe consultatif de l'OMS 2015
- CNES : Rapport national sur le développement humain 2013-2015
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : Rapport de synthèse sur les activités du programme d'appui du secteur de la santé Décembre 2014
- CRASC : Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé Y. Abbou et B. Brahamia Insanyât n°75-76, janvier - Juin 2017
- CREAD : Le système de santé algérien face à la crise sanitaire du Covid-19 : quels enseignements sur ses défaillances. Z. Snoussi. Cahiers du CREAD Volume 36 n°03 2020