

Le secteur de la santé algérien entre la performance et la contre-performance

The Algerian health sector between performance and counter-performance

Chems Eddine BOUKHEDIMI ^{1,*}

¹ Université de Tizi Ouzou FSECSG (Algérie), chems.eddine.boukhedimi@ummtto.com

Reçu 01/04/2022	Accepté 28/06/2022	Publié en ligne 30/06/2022
-----------------	--------------------	----------------------------

Résumé : Ce présent papier se focalise sur .l'analyse du secteur de la santé en Algérie entre 2015 et 2017, dont l'objectif est d'évaluer la performance du système de santé en projetant sur les facteurs clés de succès et les facteurs clés d'échecs dans les établissements de la santé publique et privée en utilisant la matrice SWOT.

Par conséquent, les résultats obtenus à l'issue de notre recherche confirment l'ambiguïté en matière de performance dans le secteur de la santé, dont la maîtrise de la qualité des soins est dominée par les établissements privés, alors que la domination par les coûts revient au secteur public grâce à la subvention l'Etat.

Mots-clés : Services ; Secteur de la santé ; Algérie ; SWOT.

Codes de classification JEL : I1 ; L1

Summary: The aim of this paper is to investigate the performance of the Algerian health sector through the use of the SWOT matrix in order to detect key factors of success and the key factors of weaknesses in public and private health's institutions.

The result of our research shows that there is not significant performance in the both of private and public health sector, especially when we know that the control of quality is dominated by the private institution. However, the public health policy is based on the subventions to cover the prices of services.

Keywords: Services; Health sector; Algeria; SWOT.

JEL Classification Codes : I1 ; L1.

*Auteur correspondant : chems.eddine.boukhedimi@ummtto.dz

I- Introduction :

Au-delà de parler de la compétitivité entre le secteur de la santé publique et de la santé privée dans le territoire algérien, ce papier se veut comme un diagnostic holistique de ces deux sous-secteurs, en mettant l'accent sur les spécificités macroéconomique de ce secteur. A cet effet, pour faciliter cette tâche, il coutume de répondre à la question suivant :

Comment est-ce que il est le l'état du secteur de la santé en Algérie ?

Dans ce contexte, nous proposons les hypothèses suivantes :

- H1 : L'invention de l'Etat par le biais de la sécurité sociale et la gratuité des soins permet au secteur de la santé public de créer la valeur et satisfaire les patients.
- H2 : Les investissements privés contribuent dans la performance du secteur médical.
- H3 : Il existe une relation de complémentarité entre la santé publique et la santé privée pour l'intérêt des patients.
- H4 : Les limites portées par le secteur de la santé public et la santé privé constituent des freins de développement du domaine de la santé en Algérie.

II- Méthodologie de recherche:

Pour mener noter étude nous avons adopté dans un premier temps une démarche descriptives qui repose sur la revue de la littérature de tout ce qui lie entre le service et la santé, ensuite nous avons exploité la méthode analytique pour repérer les facteurs clés de succès et les facteurs clés d'échecs du secteur de la santé en Algérie en s'appuyant sur la matrice SWOT.

II.1.Revue de la littérature :

Pour que le système de la santé soit performant, il doit contenir de certaines composantes à savoir :

- La qualité des soins.
- La formation médicale et paramédicale.
- L'infrastructure sanitaire et l'équipementier médical.

II. 1.Notion de service :

En fait, il existe plusieurs définitions de la notion de qualité dans la littérature, nous retenons ici trois définitions car nous les trouvons suffisantes pour cerner une propre définition de ce terme :

Tout d'abord, un service est peut se défini comme une activité ou série d'activité de nature plus ou moins tangible, qui normalement mais non nécessairement, prend place dans les interactions entre les consommateurs et un employé de l'entreprise de service, et/ou des biens et ressources physiques et/ou des systèmes de fournisseur de service, et qui est proposé comme solution aux problèmes du consommateur (M ZOLLINGER , E LAMARQUE, 2008), sur la même ligne de réflexion, un service a aussi été défini comme une série d'activités qui normalement donnent lieu à *interaction* entre le client et les structures, les ressources

humaines, les biens et les systèmes qui sont fournis en réponse aux besoins des clients. (J. TEBOUL, 2002).

Bien que le processus puisse être lié à un produit physique, la prestation est transitoire, souvent intangible par nature, et ne résulte pas normalement de la possession de l'un des facteurs de production » (C. LOVELOCK , J. WIRTZ, D LAPERT, A. MUNOS ,, 2008)

En effet, à l'aide des définitions précédentes nous pouvons présenter service comme une action ou une prestation offerte par une partie à une autre ou plusieurs parties pour assurer leur satisfaction.

II.1.1 Le service sanitaire :

Le concept de qualité des soins repose sur les moyens (Accueil, les soins) mises en disposition en faveur des patients en vue de les rendre satisfaits.

II.1.2 La qualité des soins :

En effet, la qualité des soins est une démarche importante qui fut définie par plusieurs auteurs .plusieurs chercheurs ont proposé une définition de la qualité des soins. Un soin jugé de grande qualité nécessite l'assurance de bien-être du patient, afin de le rend satisfait.

Le problème de la qualité des soins se pose depuis de très nombreuses années dans la plupart des pays industrialisés par rapport à d'autres pays équivalents. Pour l'OMS, des soins de qualité sont efficaces, appropriés, sûrs, accessibles, acceptables pour le patient, et les moins coûteux. (B GAY; et al, 2003).

II.1.3 Les dimensions de la qualité des soins :

En effet, (P, KOTLER; et al, 2006) a indiqué que A. PARASURAMAN, A. ZEITHAML et L. BERRY ont élaboré une liste des déterminants de la qualité des services, qui semble relativement indépendante du domaine d'activité considéré par ordre d'importance. Dans le domaine de santé, cette liste est représentée par les éléments suivants :

- **L'efficacité** : C'est souvent, la première dimension prise en compte pour mesurer la qualité. Elle correspond à la capacité de réaliser des résultats (soins) souhaitables, à condition qu'ils soient bien dispensés à ceux qui en ont besoin. Ce que l'on mesure : il existe également toute une série de mesure qui permettent aux patients et d'autres acteurs du système de santé d'évaluer la qualité technique des soins (correspond aux actes diagnostiques et thérapeutiques fournis par les différents professionnels de santé .Il s'agit d'élaborer avec des preuves cliniques l'opportunité des soins fournis. (Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE , 2018)
- **La sécurité** : C'est l'absence de danger, de risque et de doute. Elle est basée sur le principe de ne pas nuire aux patients La sécurité est la capacité d'empêcher ou d'éviter les résultats indésirables ou les dommages qui proviennent des processus de soins eux-mêmes.
- **L'accessibilité** : C'est la facilité avec laquelle on accède aux bons services de santé au bon moment, donc, les services de soins de santé ne sont pas limités par des obstacles géographiques, économiques, sociaux, organisationnels ou linguistiques.

La ponctualité est un concept lié à l'accès et se rapporte au degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement, elle inclut l'accès aux soins dans des délais opportuns (obtenir les soins lorsqu'on en a besoin) et la coordination de soins (trajectoire de soins). Ce que l'on mesure : on évalue la disponibilité des professionnels de santé et l'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durées d'attente. Les indicateurs les plus souvent employés sont : les délais d'attente pour la chirurgie programmée et les délais d'attente aux urgences, les sorties retardées, le temps d'accès aux médecins généralistes et spécialistes, les problèmes d'accès liés au coût des soins.

- **La réactivité** : la réactivité ou la sensibilité du système à la demande du patient renvoie à des notions telle que le respect des patients, la dignité, la confidentialité, la participation aux choix, le soutien social, le choix de fournisseurs de soins et d'autres notions comme l'écoute, l'empathie, mais aussi l'information dont le patient dispose sur sa maladie et la possibilité d'un choix éclairé de sa part. Ce que est mesurable : la communication avec le médecin (« écoute soigneusement », « montre du respect », « explique clairement les choix »), le temps passé avec lui, la continuité (coordination entre les soins hospitaliers et ambulatoires) et l'acceptabilité des soins.

- **L'efficience** : elle renvoie à la capacité d'un système de santé à fonctionner à moindres frais sans diminuer les résultats possibles et souhaitables.

II.1.4 La typologie activités de soins :

La typologie des différentes activités délivrées par un producteur de soins que ce soit un individu ou un établissement, permet de distinguer :

- **Les activités cliniques directes**: Ce type service s'effectue sans faire recours aux intermédiaires (une intervention chirurgicale).
- **Les activités cliniques indirectes** : Elles sont faites pour le patient en son absence (les examens de d'analyse médicale).
- **Les activités non-cliniques** : Elles ne relèvent pas de question de soins, mais elles concernent l'organisation et le conditionnement des activités médicales (maintenance des équipements, les activités administratives, etc.).

II.1.5 Les outils de l'amélioration de la qualité des soins :

Selon l'apport de (MATILLON, 2000), les outils relatifs aux connaissances et aux compétences: par la formation médicale initiale et continue, lecture de revue, recommandations et références médicales, etc.

- **Outils relatifs à la décision médicale et concourante à l'amélioration de la qualité** : Aide- mémoire, informatique, etc.
- **Outils relatifs au contrôle de la qualité** : Audit clinique, retour d'information, groupes de pairs, etc.
- **Outils relatifs à l'amélioration de la qualité** : Démarche et assurance qualité, etc.

II.2 Historique et développement du secteur de la santé algérien :

En fait, le système de la santé a connu des bouleversements en commençant de la période de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins, dont 50 % d'Algériens et le reste sont venue d'autres pays comme la Russie fédérale actuellement pour exercer les soins

sur une population de 10,5 millions d'habitants. Dans ce contexte, l'Algérie avait deux enjeux majeurs, il s'agit de lutter face aux maladies transmissibles et contagieuses, en parallèle, l'autre intérêt concerne le développement de l'accès aux soins.

De point de vue juridique, le secteur de la santé est animé par deux sous-secteur à savoir :

- **Secteur de la santé public** : Il est composé de 15 Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), (77) Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS), (1) Etablissements hospitaliers universitaires et (207) Établissements Publics hospitaliers (EPH).
- **Secteur de la santé privé** : Le gouvernement a donné l'accord d'ouverture du secteur de la santé privé en **1988 suite au décret 88-204** par l'arrêté ministériel du 22 octobre 1988 fixant les normes techniques et sanitaires ainsi les condition de fonctionnement de ces cliniques, en permettant aux spécialistes et aux généralistes d'offrir les soins dans les cabinets les cliniques, sur tout le territoire algérien.

A ce niveau-là, l'Algérie a instauré un système de sécurité sociale qui repose sur l'idée de la couverture quasi-totale de la population contre les maladies. Ce système d'assurance est financé par les cotisations des salariés, dont les personnes bienfaits sont comme suit :

- Les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants ;
- Les retraités ;
- Les étudiants, personnes handicapées.

A cet effet, la gestion du système est assurée par deux organismes sociaux gérés par le ministère de travail et de la sécurité sociale :

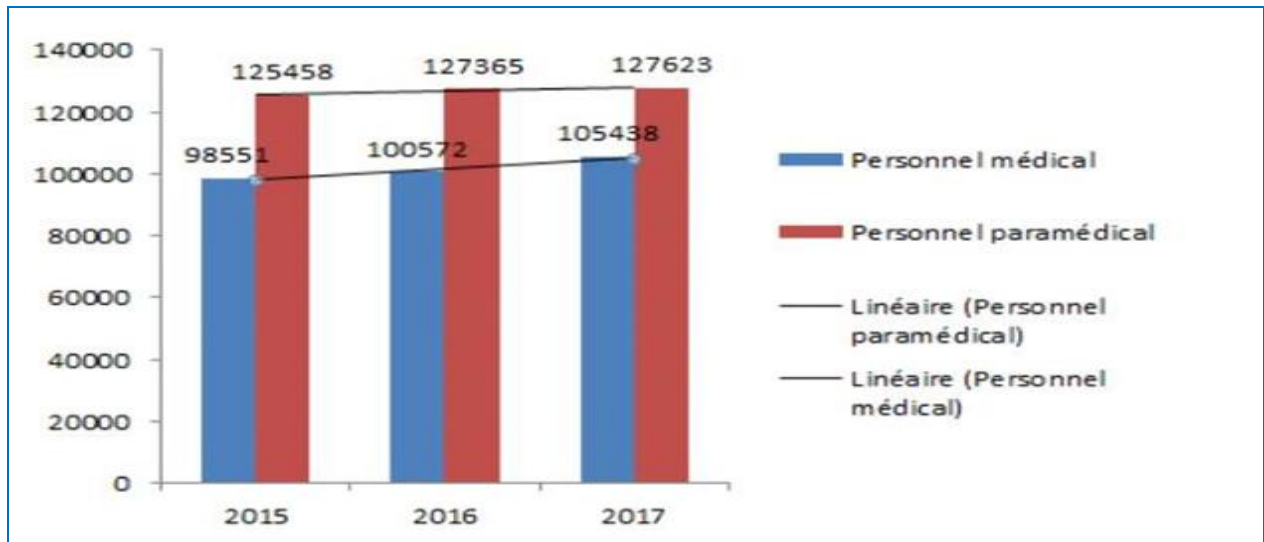
- La caisse nationale des assurances sociales. (CNAS).
- La caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés. (CASNOS).

III- Résultats et discussion

III.1 L'analyse du personnel médical et paramédical en Algérie :

En s'appuyant sur la figure (1) ci-bas, le secteur de la santé algérien a enregistré une évolution dans le staff de personnel médical entre 2015 et 2017 avec un taux de 6.98 % (voir Tableau (3) en annexe), dont le nombre de personnels s'élève de 5407 médecins, 618 chirurgiens-dentistes et de 862 pharmaciens. Dans la même idée, les personnels paramédicaux a connu également une évolution légère dans la même période avec un taux avoisinant de 3.78 %. Ceci dit, que la politique de formation des personnels médicaux et non médicaux représente la force motrice de ce secteur.

Figure (1) : Evolution du staff médical et paramédical en Algérie entre 2015 et 2017

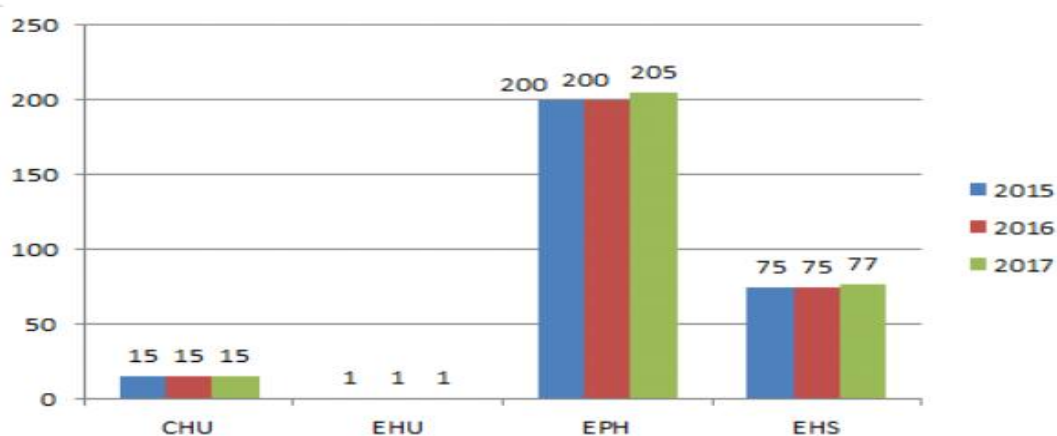


La source : Auteur

III.2 L'analyse de l'infrastructure en Algérie :

En effet, selon le tableau (4) qui est disponible en annexe, il n'y avait pas une progression significative dans la construction de nouvelles infrastructures sanitaire les années durant 2015, 2016 et 2017, En outre, le nombre des centres hospitalo-universitaires est arrêté à 15, sachant que il existait 48 villes à cet époque, donc nous considérons que ce chiffre représente un indice de contre-performance. Idem pour les établissements hospitaliers universitaires qui comptaient un seul organisme sis à Oran. D'un autre côté, nous constatons un augmentation légère EHS de 75 à 77 unités, aussi que pour les EPH qui ne fait pas d'exception en passant de 200 à 205 établissements à l'échelle national comme la figure ci-après nous montre :

Figure (2) : Nombre de l'infrastructure médical en Algérie entre 2015 et 2017



La source : Auteur

III.3 Analyse SWOT du Secteur de la santé Publique :

Tableau (1) : Analyse SWOT de secteur de la santé public en Algérie

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Gratuité des soins. - Bonne couverture géographique des EPH. - Formation de personnel médical. - Augmentation des diplômés du personnel médical - Augmentation du nombre des EHS et des EPH 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de l'infrastructures (CHU, EHU et EPH) - Manque des matériaux médicaux
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - La gratuité des soins dans certains segments (Urgences, service dentaire, pédiatrie) 	<ul style="list-style-type: none"> - L'évolution démographique de la population algérienne. - La nouvelle répartition administrative des villes (58 wilaya au lieu de 48) constitue une menace en obligeant les autorités de construire de nouveaux hôpitaux. - La baisse de l'intervention de l'Etat dans d'acquisition des nouveaux matériaux médicaux. - L'accroissement des cliniques et de cabinet publics.

La source : Auteur

III.4 Analyse SWOT du Secteur de la santé privée :

Tableau (2) : Analyse SWOT de secteur de la santé privé en Algérie

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - La qualité des services (Assistance médicale, soins, Opérations chirurgicale) - La qualification des personnels médicaux - La disponibilité des matériaux médicaux récents. - La disponibilité des services 24h/24 et 7J/7 - La création des postes d'emplois 	<ul style="list-style-type: none"> - Le coût élevé des prestations offertes par les cliniques privées.
Opportunités	Menaces

- L'évolution démographique de la population algérienne.
- L'apport des investisseurs privés dans la création d'autres cliniques privées.
- La gratuité de certains services dans les hôpitaux publics.
- L'augmentation d'Etablissement Hôpitaux Spécialisés.
- La faiblesse du pouvoir d'achat des citoyens de la classe moyenne avec une moyenne de revenu 330.8 \$/mois.

La source : Auteur

A partir des deux tableaux (1) et (2) ci-haut, il est possible de citer les principales différences entre les deux secteurs :

Tout d'abord, la qualité des services fournis par les cliniques privées, leur disponibilité, ainsi que les équipements modernes constituent l'étalon d'or de secteur de la santé algérien. Néanmoins, ces prestations coûtent chères et ne sont pas à la portée de tous les patients.

Quant au secteur public, il y a une contre-performance remarquable dû au manque infrastructure (Centre Hospitalo-Universitaire, Etablissement Hospitalier Spécialisé), il n'est pas performant à l'exception de la disponibilité des EPH (200 unités à l'échelle nationale) comparativement aux nombre des cliniques, mais ce nombre reste insuffisant si nous prenons en considération le nombre des communes (5411).

IV- Conclusion:

En guise de conclusion, nous pouvons dire que chaque secteur porte des limites plus ou moins considérable, autrement dit, les patients cherchent sur les établissements qui offrent les meilleurs soins à moindre prix possible, ceci n'est pas pratique, car toutes les prestations offertes par le secteur privé ne sont pas à la portée de tous les patients. Tandis que, le secteur public offre des services avec des prix symboliques, mais la programmation de certaines prestations prennent un temps plus ou moins long comparativement au secteur privé. De même, le manque d'infrastructures et d'équipements médicaux laisse la question de la performance de secteur de santé encore posée.

En définitive, nous acceptons l'hypothèse (4) et nous rejetons les hypothèses qui restent, dont les limites des deux secteurs public et privé influencent majoritairement sur le fonctionnement du système de santé.

- Annexes:

Tableau (3): Personnel médical et paramédical

	Années		
	2015	2016	2017
Personnel médical	98 551	100 572	105 438
- Médecins	73 431	74 937	78 838
- Chirurgiens-dentistes	13 645	13 747	14 263

- Pharmaciens	11 475	11 888	12 337
Personnel paramédical	123 458	127 365	127623
- Diplômés d'Etat	90 939	87 575	86 694
- Brevetés	6 698	4 070	3 267
- Aides paramédicaux	25 821	35 720	37 662

La source : www.ons.dz

Tableau (4): L'évolution Infrastructures hospitalières entre 2015 et 2017

	Années		
	2015	2016	2017
Etablissements publics hospitaliers	200	200	205
Etablissement hospitalier universitaire	01	01	01
Centres Hospitalo-Universitaires	15	15	15
Etablissements Hospitaliers Spécialisés	75	75	77

La source : www.ons.dz

Références bibliographiques

- B GAY; et al. (2003). *médecine générale*,. Paris: édition Masson,.
- C LOVELOCK , J WIRTZ, D LAPERT, A MUNOS ,. (2008). *marketing des services, France P :12*. Paris, France: édition Pearson ,, 6e édition.
- J TEBOUL. (2002). *le temps des services*. Paris, France: édition d'organisation, 4e tirage.
- M ZOLLINGER , E LAMARQUE. (2008). *marketing et stratégie de la banque*. Paris, France: édition Dunod, 5e édition.
- MATILLON, Y. (2000). « qualité des soins, revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire » ; ANAES* service évaluation en secteur libéral . p. 16.
- P, KOTLER; et al. (2006). *Marketing management*,. Paris, France: pearson; 12e édition.
- Zaynep OR ; Laure COM-RUELLE ;. (2018). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; DT N° 18. Dans *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ; DT N° 18* (pp. 11-15). Paris: IRDES.