

ETUDE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DE SOINS EN ALGERIE

PLAN DU COURS

I. Introduction

II. Définitions

1. Demande de soins
2. Offre de soins

III. Demande de soins

1. Notions générales
2. Instruments de mesure des besoins de santé
 - Données démographiques
 - Données épidémiologiques
 - Les fréquentations et les consommations des services de santé
 - Les normes médico-techniques
3. Facteurs influençant la demande

IV. Offre de soins

1. Ressources humaines
2. Ressources matérielles
3. Ressources financières

V. Influence de l'offre sur la demande de soins

VI. Conclusion

I. INTRODUCTION :

Un système de santé peut se définir comme **l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé**. Schématiquement, il se constitue autour de trois pièces maîtresses : une offre de soins, des usagers qui demandent des soins, et des financeurs qui financent ces soins.

II. Définition de la demande et de l'offre de soins :

1. **La demande de soins** est le besoin de santé exprimé par la population.
2. **L'offre de soins** est représentée par les biens et les services de soins disponibles dans un pays.

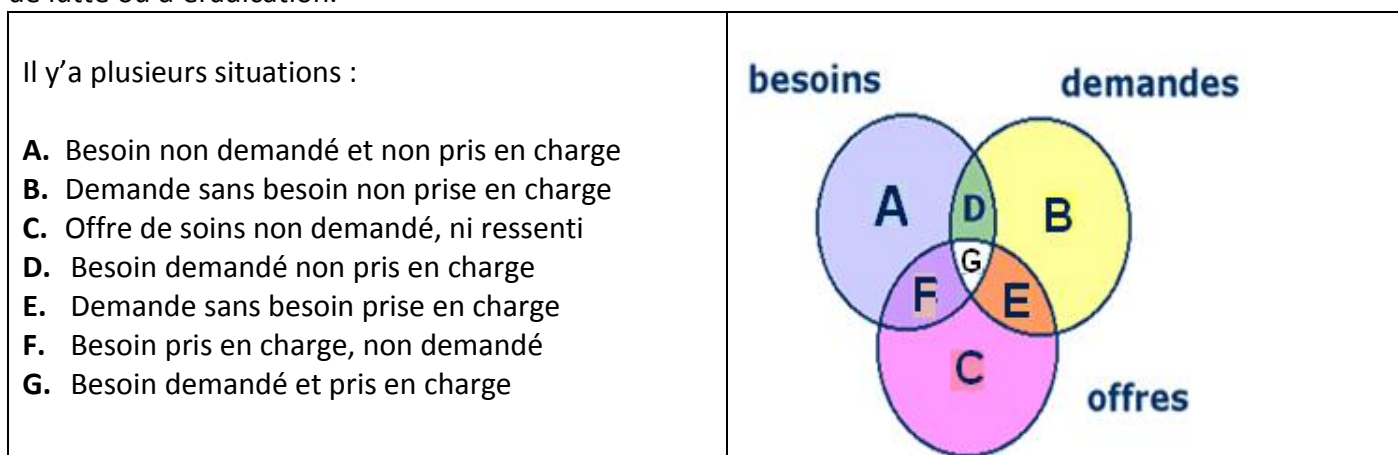
III. DEMANDE DE SOINS

La demande de santé est le processus par lequel les patients affichent un comportement de consommation des services de santé. Elle est le fait exclusif des patients (consommateurs) au sens du modèle économique de la santé.

3.1 NOTIONS GENERALES :

La notion générale de la demande de santé fait intervenir les concepts de besoin, demande et utilisation des services de santé.

Le besoin de santé est une carence sanitaire déterminée scientifiquement (par des moyens biologiques, épidémiologiques ...) qui appelle des mesures préventives et curatives et en dernière analyse des mesures de lutte ou d'éradication.



La situation idéale est celle où une institution offre un service correspondant à un besoin, pour lequel il y a une demande

3.2 INSTRUMENTS DE MESURE DES BESOINS DE SANTE

L'identification des besoins doit se baser sur les données suivantes :

- Les données démographiques : Exp recensement de la population algérienne
- Les données épidémiologiques : enquêtes qui donnent les données de morbidité et de mortalité et les systèmes de surveillances
- Les fréquentations et les consommations des services de santé : (le faible taux d'occupation d'un service justifie sa suppression).
- Les normes médico-techniques : (exemple, une polyclinique pour X habitants)
- La densité médicale et paramédicale : seuil critique fixé par l'OMS est de 2,5 personnels soignants pour 1000 habitants.
- Ratio paramédical/médical est fixé par l'OMS de 4.

IV. OFFRE DE SOINS

L'offre de soins est l'ensemble des ressources humaines, matérielles, financières et organisationnelles.

4.1 Les ressources humaines sont représentées par les personnels de santé : médical, paramédical, administratif, personnels de soutien logistique.

En matière de couverture sanitaire du pays, il y a une amélioration concernant les ressources humaines. Le tableau ci-dessous montre la répartition des personnels de santé en Algérie.

Tableau : Répartition des personnels de santé en Algérie, en fonction du nombre d'habitants (Ratio pour 1000 habitants)

	Médecin généraliste	Médecin spécialiste	Chirurgien dentiste	Pharmacien	paramédical
1962	1/ 25 643		1/ 72 848	1/ 41 667	1/ 2979
2009	1/ 1457	1/ 2052	1/ 3241	1/4492	1/ 370

Source : MSPRH

4.2 Ressources matérielles

4.2.1 Les infrastructures :

Le système de santé est organisé autour d'un secteur public et d'un secteur privé.

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) gère les soins hospitaliers et de santé du public et contrôle les conditions d'exercice du secteur privé.

L'infrastructure hospitalière publique est constituée d'hôpitaux, d'Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS), et de Centres hospitalo-universitaires (CHU) totalisant environ 54 000 lits.

Les infrastructures de consultations, de soins et de prévention comprennent les polycliniques, les centres de santé et salles de soins, les centres médico-sociaux, les unités de dépistage et de suivi de santé scolaire, les unités de médecine préventive en milieu universitaire, les centres de transfusion sanguine et les officines de pharmacie.

La couverture en lits d'hospitalisation se situe aujourd'hui à 1,88 pour 1000 habitants.

On note depuis l'ouverture du secteur de la santé au privé en 1988 (décret 88-204), une très nette multiplication des cliniques privées, cabinets et centres radiologiques sur tout le territoire algérien.

221 cliniques privées sont aujourd'hui opérationnelles.

L'armée dispose également de ses propres structures de santé qui dépendent de la Direction Centrale des Services de Santé Militaire au sein du Ministère de la Défense Nationale.

Le système de sécurité sociale en Algérie est basé sur un régime unique qui couvre la quasi-totalité de la population contre les risques sociaux, regroupés en cinq branches.

L'assurance-maladie fait partie de la branche des assurances sociales.

Instaurée en 1959, l'assurance-maladie, a été, comme l'ensemble du système de sécurité sociale, réformée en 1983. Elle repose sur un système d'assurance à base professionnelle, financée par les cotisations salariés et employeurs.

Sont bénéficiaires de l'assurance-maladie : les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants, les anciens travailleurs titulaires d'avantages de sécurité sociale, les groupes spécifiques (étudiants, personnes handicapées, démunies bénéficiant de l'aide sociale d'Etat, apprentis, etc.) ainsi que leurs ayants-droits.

La gestion du système est assurée par deux organismes :

- la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés(CNAS)

- la Caisse nationale de sécurité sociale des non salariés(CASNOS).

Ces deux organismes sont dotés de conseils d'administration et sont placés sous tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale.

L'assurance-maladie couvre 28 millions de personnes (assurés et ayants-droits), soit près de 87% de la population.

4.2.2 Autres moyens :

D'autres moyens matériels sont aussi disponibles : services de radiodiagnostic, centre de transfusion sanguine, etc...

4.2 Ressources financières

L'essentiel des sources de financement repose sur l'Etat et la Sécurité Sociale.

Tableau : Sources de financement en Algérie.

Année	Etat	Sécurité sociale	Ménages	Autres (mutuelles,...)
2007	43%	28%	18%	11%

Source : MSPRH

V. Facteurs influençant la demande

1. Le financement des soins :

La demande augmente avec une couverture maladie, une couverture complémentaire, une exonération du ticket modérateur, le tiers payant.

2. L'âge :

Les dépenses de santé augmentent avec l'âge.

Importantes dans la petite enfance, elles diminuent ensuite pour réaugmenter à partir d'une quinzaine d'années avec une accélération à partir de 50 ans pour les dépenses ambulatoires et à partir de 60 ans pour les dépenses hospitalières.

3. Le sexe :

Les dépenses de soins ambulatoires sont plus importantes chez les femmes de 20 à 60 ans.

En ce qui concerne les dépenses de soins hospitaliers il n'y a pas de différence selon le sexe.

4. La catégorie socioprofessionnelle :

Les dépenses totales de santé sont plus élevées pour les ouvriers que pour les cadres. Cependant ces dépenses sont dues à un recours aux soins hospitaliers.

Les dépenses des cadres sont davantage liées à la médecine ambulatoire (spécialistes +++), aux examens biologiques, aux soins dentaires et optiques.

L'accès aux soins des chômeurs est moins fréquent, mais lorsqu'ils consomment des soins, leurs dépenses de médecine générales et de médicaments sont plus élevées que la moyenne.

5. Le niveau d'étude :

Même à catégorie socioprofessionnelle ou revenu identique, le niveau d'étude influence la consommation de soins. Les personnes avec un haut niveau d'étude sont plus susceptibles d'avoir des dépenses de spécialistes, d'optique ou de soins dentaires que ceux d'un niveau d'étude se limitant à l'école primaire ; ces derniers ont eux-mêmes une consommation supérieure à ceux qui n'ont jamais été scolarisés.

6. Les familles nombreuses :

Les ménages de plus de six personnes ont une consommation de soins ambulatoire et de médicaments par personne inférieure à celle des plus petites familles.

7. A part : les pathologies présentes dans la population et le besoin ressenti

L'apparition ou le développement de certaines maladies, d'origine infectieuse ou liées au mode de vie de la population influencent la consommation médicale (VIH, maladies cardiovasculaires ...).

Le besoin ressenti, qu'il soit réellement lié à une pathologie ou pas, a un rôle important sur la demande de soins.

VI. Influence de l'offre sur la demande

Le jeu de l'offre et de la demande dans le domaine de la santé n'obéit pas aux mêmes règles qu'en économie générale (car la santé n'est pas un « bien » qui peut être consommé et échangé).

La demande de santé ne se traduit pas obligatoirement par la consommation de santé. On peut en effet demander sans consommer et consommer sans demander !

- Plus l'offre augmente, plus la demande de santé de la population est importante : c'est le phénomène de « demande induite ».
- La demande est induite par la disponibilité de l'offre.
- Le nombre de consultations et de prescriptions augmente avec le nombre de médecins, le nombre d'hospitalisations augmente avec le nombre de lits disponibles.
- De la même façon, l'innovation technologique crée la demande.
- La demande induite est à l'origine de nombreuses décisions politiques (contrôle de la démographie médicale, réglementation du nombre de lits d'hospitalisation, planification de la répartition des équipements lourds) qui visent à réduire l'offre pour diminuer la demande.

VI. Conclusion

Le système national de santé a évolué en fonction des données fournies par l'information sanitaire disponible. Actuellement, la demande de santé de la population est plus grande avec l'émergence des nouvelles maladies et la grande fréquence des maladies non transmissibles. Il y a une plus grande charge de morbidité qui appelle à une plus grande dépense de santé. Cette demande et ces besoins en santé doivent être étudiés et évalués régulièrement pour pouvoir approcher la programmation des actions de santé publique.