

Glossaire des Termes-Clés

- 1) **Benchmarking international en santé** : Ce concept fait référence à l'analyse comparative des systèmes de santé de différents pays. Il s'agit d'étudier les forces et les faiblesses de chaque modèle afin de s'inspirer des meilleures pratiques et d'optimiser le système de santé d'un pays donné.
- 2) **CASNOS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non-Salariés)** : En Algérie, la CASNOS est l'organisme chargé de la sécurité sociale des travailleurs non-salariés, tels que les agriculteurs, les artisans et les commerçants. Créée en 1983, elle offre une couverture sociale similaire à celle de la CNAS (Caisse Nationale des Assurances Sociales) pour les salariés.
- 3) **CNAS (Caisse Nationale des Assurances Sociales)** : La CNAS est le principal organisme de sécurité sociale en Algérie, couvrant les travailleurs salariés et leurs ayants droit. Elle gère l'assurance maladie, les pensions de retraite, les allocations familiales et autres prestations sociales pour cette catégorie de la population.
- 4) **Cotisations sociales** : Les cotisations sociales sont des prélèvements obligatoires sur les salaires des travailleurs, destinés à financer le système de protection sociale. Elles constituent la principale source de financement des systèmes de santé bismarckiens, garantissant une redistribution solidaire entre les actifs et les personnes en situation de vulnérabilité (maladie, chômage, vieillesse...).
- 5) **Couverture universelle** : Accès garanti aux soins de santé essentiels pour tous les citoyens, indépendamment de leur revenu ou de leur statut social.
- 6) **Décentralisation** : La décentralisation dans le domaine de la santé signifie le transfert de responsabilités et de pouvoirs de décision du niveau central (gouvernement national) vers les niveaux locaux (régions, cantons, communes...). Ce processus vise à adapter les politiques de santé aux besoins spécifiques de chaque territoire et à responsabiliser les acteurs locaux dans la gestion des services de santé.
- 7) **EPSP (Établissements Publics de Santé de Proximité)** : En Algérie, les EPSP constituent le réseau de proximité des soins de santé primaires. Il s'agit de polycliniques, de centres de santé et de salles de soins répartis sur l'ensemble du territoire, offrant des consultations médicales, des soins infirmiers, des vaccinations et des actions de prévention.
- 8) **Équité en santé** : Accès juste et égal aux services de santé pour tous les individus, en tenant compte des besoins spécifiques et des disparités socio-économiques.

- 9) **Forfait hôpitaux** : Le forfait hôpitaux est un mécanisme de financement des hôpitaux publics en Algérie. Il s'agit d'une participation de la sécurité sociale (via la CNAS) au financement des soins hospitaliers, allégeant la pression sur le budget direct de l'État. Ce système permet une certaine autonomie financière aux hôpitaux publics tout en garantissant la prise en charge des patients assurés.
- 10) **Gratuité des soins** : La gratuité des soins implique que les patients n'ont pas à payer directement pour les services médicaux reçus. Ce principe est appliqué dans de nombreux systèmes de santé, notamment les modèles beveridgiens où les soins sont financés par l'impôt. En Algérie, la gratuité des soins est assurée dans les hôpitaux publics, garantissant un accès de base aux soins pour tous les citoyens, y compris les non-cotisants.
- 11) **Modèle Beveridgien (Modèle Planifié)** : Ce modèle centralisé de système de santé, nommé d'après l'économiste britannique William Beveridge, se caractérise par une offre de soins majoritairement publique, un financement par l'impôt et une régulation étatique forte. Le *National Health Service* (NHS) du Royaume-Uni est l'exemple emblématique de ce modèle, qui vise à garantir un accès universel et équitable aux soins de santé pour tous les citoyens, indépendamment de leur statut socio-économique.
- 12) **Modèle Bismarckien (Modèle Socialisé)** : Inspiré des réformes d'Otto von Bismarck en Allemagne à la fin du XIXe siècle, ce modèle de protection sociale se distingue par un financement basé sur les cotisations sociales, une offre de soins à dominance publique et une régulation partagée entre l'État et les partenaires sociaux (syndicats et organisations patronales). L'objectif est de garantir une couverture sociale étendue à l'ensemble de la population active, en s'appuyant sur la solidarité professionnelle et la redistribution des revenus.
- 13) **Modèle Libéral (Modèle Décentralisé)** : Ce modèle met l'accent sur la liberté individuelle et le rôle du marché dans la régulation du système de santé. L'offre de soins est principalement privée, le financement repose sur les assurances privées et les paiements directs des patients, et la concurrence entre les acteurs est encouragée pour stimuler l'innovation et l'efficacité. Les États-Unis sont souvent cités comme l'exemple le plus représentatif de ce modèle.
- 14) **MSPRH (Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière)** : En Algérie, le MSPRH est l'institution gouvernementale responsable de la politique de santé publique, de la gestion des hôpitaux publics et de la régulation du système de santé. Il joue un rôle central dans la planification, le financement et la mise en œuvre des programmes de santé nationaux, en collaboration avec d'autres ministères et organismes publics.
- 15) **Mutualisation des risques** : La mutualisation des risques est un principe fondamental de la sécurité sociale. Il s'agit de mettre en commun les contributions de tous les assurés afin de garantir la prise en charge des soins de santé pour ceux qui en ont besoin, indépendamment de leur niveau de risque individuel. Ce système permet de partager les coûts de santé de manière solidaire et d'assurer un accès aux soins pour tous, surtout les plus vulnérables dans la société.

- 16) Obamacare (*Affordable Care Act*)** : L'Obamacare, officiellement appelé *Affordable Care Act*, est une réforme majeure du système de santé américain mise en place en 2010. Elle vise à étendre la couverture d'assurance maladie, à améliorer la qualité des soins et à contrôler les coûts. L'Obamacare a permis de réduire le nombre de personnes non assurées aux États-Unis, mais reste controversé sur le plan politique.
- 17) Partenaires sociaux** : Les partenaires sociaux désignent les organisations représentant les employeurs (organisations patronales) et les travailleurs (syndicats) dans le cadre du dialogue social. Dans le modèle bismarckien, ils participent à la gestion du système de protection sociale, notamment en négociant les accords sur les cotisations sociales et les prestations.
- 18) Reste à charge (RAC)** : Le reste à charge (RAC) correspond à la part des frais médicaux non remboursée (i-e. qui n'est pas prise en charge) par l'assurance maladie et qui reste à la charge du patient. Dans les systèmes de santé libéraux, le RAC peut être important, conduisant à des difficultés financières pour les patients et pouvant limiter l'accès aux soins.
- 19) Solidarité professionnelle** : La solidarité professionnelle est un principe fondamental des systèmes de protection sociale bismarckiens. Elle implique que les travailleurs cotisent à un fonds commun pour financer les prestations sociales, notamment l'assurance maladie, les pensions de retraite et les allocations chômage. Cette solidarité permet de mutualiser les risques et de garantir une protection sociale à tous les travailleurs, même ceux qui sont confrontés à des difficultés (maladie, chômage, etc.).
- 20) Surconsommation médicale** : La surconsommation médicale fait référence à l'utilisation excessive ou inappropriée de services médicaux. Elle peut être induite par divers facteurs, notamment des incitations économiques perverses, une perception erronée des besoins de santé ou encore une couverture d'assurance trop généreuse. Ce phénomène peut entraîner des coûts inutiles pour le système de santé et des risques pour la santé des patients.
- 21) Système de santé fragmenté** : Un système de santé fragmenté se caractérise par une multitude d'acteurs, de financeurs et de prestataires de soins, souvent sans coordination efficace entre eux. Cette fragmentation peut entraîner une complexité administrative accrue, des coûts élevés et des inégalités d'accès aux soins. La fragmentation du système de santé américain est un exemple extrême des défis qu'impose une trop grande fragmentation.