

UNIVERSITE MOULOUD MAMMARI DE TIZI-OUZOU
FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET
DES SCIENCES DE GESTION
DEPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Economiques

Spécialité : Economie de la Santé

Thème

**Le fonctionnement général des
établissements publics de santé en
Algérie ;
Cas du CHU de TIZI-OUZOU.**

Présenté par :

HAMSAS Lydia
LAKRIB Lydia

Encadré par :

Mr. SALMI.M

Devant les membres du jury :

Président: Mr BADI Abdelmadjid..... MCA. à UMMTO.
Examinatrice : Mlle LOGGAR RosaMAA .à UMMTO.
Rapporteur: Mr SALMI Madjid..... .MCA.à UMMTO.



Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu aboutir à des résultats sans l'aide et les encouragements de plusieurs personnes que nous remercions.

Nous exprimons nos sincères reconnaissances et plus vifs remerciements à Mr SALMI, Madjid professeur à l'université Mouloud MAMMARI de Tizi-Ouzou, responsable de notre spécialité, pour ses conseils, ses encouragements et ses orientations.

Nous voudrions exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à notre directeur de mémoire, Mr SALMI, Madjid pour son encadrement, son savoir partagé, ses conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui nous a permis d'avancer sur ce travail et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir.

Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant acceptés d'évaluer ce travail, leur relecture attentive ainsi que leur regard à la fois critique et bienveillant.

Nous présentons nos sincères remerciement A Mr Amrar Mekhlouf et au DSP de Boumerdés Dr Haddad le DG de CHU de Tizi-Ouzou Mr Mouzaoui , et l'équipe du service épidémiologie de Tizi-Ouzou.

Enfin, nos remerciements vont à toute personne ayant contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

Dédicaces

A la mémoire de mes grands parents,

A mon père et ma mère, mon oncle

Mekhlouf

Mes sœurs (Marila, Dalila

Sabrina et Celia), mon frère (Fatah)

A mon fiancé (Yassine),

A ma famille

A mes amis

HAMSAS Lydia

Dédicaces

A mes parents

A mes frères,

A ma sœur, et ma belle sœur

A ma nièce

A mes amis

Lakrib lydia

Listes d'abréviation

Abréviations	Significations
APC	l'Assemblée Populaire de la Commune.
APW	l'Assemblée Populaire de Wilaya.
B.S	Billet de salle.
CA	Le Conseil d'Administration.
CHU	centre hospitalo-universitaire.
CM	le Conseil Médical.
CNAS	caisse nationale d'assurance sociale.
CNI	Carte nationale d'identité.
DAOMD	Déchets assimilables aux déchets ménagers.
DAS	Déchets d'activités de soins.
DASRI	Déchet associé aux soins à risque infectieux.
DD	désinfectant détergent.
EH	Etablissement hospitalier.
EHS	Etablissement hospitalier spécialisé.
EHU	Etablissement hospitalier universitaire.
EP	Etablissement public.
EPA	Etablissement public à caractère administrative.
EPIC	Etablissement Public à caractère Industriel ou Commercial.
EPSP	Etablissement public de santé de proximité.
FMI	Fond monétaire international.
INSP	Institut national de santé public.
LCPP	Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques.
MESRS	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.
MSPRH	Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.
MTH	Maladies transmissibles hydriques.
OMS	Organisation mondiale de la santé.
ONS	Office nationale des statistiques.
PAS	Plan d'ajustement structurel.
PCH	Pharmacie centrale des hôpitaux.
PEV	Programme élargie de vaccination.
PIB	Produit intérieur brut.
PSP	Programmation sanitaire du pays.
SAMV	Services d'aide médicale d'urgence.
SS	Secteur sanitaire.
T.O	Tizi-Ouzou.
UDSS	Unité de soins scolaire.
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine.

Sommaire

Introduction générale.....	9
Chapitre I : Le système de santé en Algérie	14
Introduction	14
Section 1 : Présentation et évolution du système de santé en Algérie	15
Section 2 : L'organisation du système de santé en Algérie.....	29
Conclusion	41
Chapitre II : Le fonctionnement général des établissements publics de santé en Algérie	43
Introduction	43
Section 1 : Généralités sur les établissements publics de santé.....	44
Section 2 : Fonctionnements des établissements publics de santé en Algérie	54
Conclusion.....	69
Chapitre III : Le fonctionnement général de l'établissement hospitalo-universitaire	
CHU du Tizi-Ouzou	71
Introduction	71
Section 1 : La Présentation du CHU de T.O	72
Section 2 : Organisation et fonctionnement du CHU de T.O	84
Conclusion.....	98
Conclusion générale	100
Bibliographie.....	105
Liste des figures	110
Liste des tableaux	111
Annexes	113
Table des matières	
Résumé	

La santé est revendiquée dans le monde entier comme un droit fondamental qui fait partie de l'un des principes garantis de l'individu, selon la déclaration universelle des droits de l'homme : toute personne a droit à un niveau de vie satisfaisant pour rassurer sa santé....

Le système de santé en Algérie est de fait un héritage du système colonial français, depuis l'indépendance les principes d'équité et de solidarité fondent le système national de santé qui est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il a connu des évolutions remarquables depuis 1962 jusqu'à nos jours, plusieurs modifications organisationnelles portées par les responsables de la santé en Algérie pour l'amélioration des prestations de santé.

Pour arriver à comprendre la nécessité de l'homme aux soins. Il est important d'y avoir des établissements reliés à la santé, qui vont prendre soin de l'homme.

Les établissements de santé sont considérés parmi les plus importantes installations dans la communauté, que ce soit les hôpitaux, les cliniques ou des centres de santé publics ou privés, qui doivent fournir un éventail diversifié de services de santé. Où le concept de ces institutions a développé de juste un endroit pour abriter les patients à être considérés comme des établissements productifs de santé, grâce à la conversion du patient qui est un élément non productif à un citoyen fort qui ajoute son effort à la production nationale, ce qui a entraîné l'expansion du concept et les fonctions de ces institutions. qui ont pour mission générale de participer aux actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées, et à des actions de formations et d'éducatives pour la santé et la prévention, accompagner la formation initiale et continue du personnel paramédical et la formation continue des personnels administratifs, techniques et médico-techniques, et développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir une prise en charge globale du malade efficiente et de qualité, Pour arriver à comprendre la nécessité de l'homme aux soins, il est important d'y avoir des établissements reliés à la santé, qui vont prendre soin de l'homme.

En Algérie les établissements de santé sont regroupés en catégories d'établissements avec une organisation et des missions différentes à savoir les CHU, les EHS, EHU, EPH et EPSP, chacun est organisé autour d'une structure importante qui est l'Hôpital, le centre de valorisation des fonctions des systèmes de santé, a pour vocation de recevoir des malades qui ont besoin d'être bien accueillis, bien hébergés dans des meilleures conditions, l'activité d'un hôpital reste tributaire de l'importance du nombre de lits que ce dernier recèle d'une utilisation de personnel médical y compris de médecins spécialistes, de paramédicaux, de personnel technique et de services. et par rapport à son fonctionnement est désormais par un

conseil d'administration, une direction général, une agence comptable, les instituts et les centres spécialisés ainsi que des organes consultatifs. Ce fonctionnement en général est perçu par des aspects internes qui sont les aspects hôteliers (l'accueil, la restauration, l'hygiène, la logistique, les services existants....) Et par les aspects externes qui regroupent la sécurité, l'architecture de l'hôpital,...).

Un malade bien accueilli sera confiant, déjà en partie rassuré, en tout cas assuré que ce qui lui sera fait le sera dans les meilleures conditions. C'est dans ce cadre-là que le devoir d'accueil relève des obligations professionnelles du médecin hospitalier. Il est employé de l'institution: le devoir d'accueil en fait partie. Et son rôle y est central. Il est certain que toute personne qui franchit la porte d'un hôpital n'est en droit d'attendre d'y être reçue par un personnel accueillant: réceptionnistes, infirmières, secrétaires, etc. Mais c'est pour consulter un médecin que l'on vient à l'hôpital. C'est du bon ou mauvais accueil de ce médecin que le malade se fera une première opinion sur l'institution. De la qualité de son accueil dépendra, d'ailleurs, par la suite, toute la relation qu'il développera avec celui qui va devenir son patient. Bien accueilli, le malade se livrera d'autant mieux, sera plus confiant, acceptant plus volontiers les décisions difficiles à prendre. Le fonctionnement de l'établissement de soins concerne donc la qualité de ces aspects internes et externes.

Touts les établissements assurent le service public hospitalier garantissant l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent.

▪ **Intérêt et importance du sujet**

Ce sujet présente un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de la santé.

L'intérêt personnel de ce sujet, est de nous enquérir sur le fonctionnement général des établissements publics de santé en Algérie.

Sur le plan scientifique, ce sujet peut servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, et procurer des informations qui peuvent se révéler comme un départ pour des recherches ultérieures dans le domaine. L'importance de ce sujet se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine.

▪ **Motifs de choix du sujet de recherche**

Notre choix sur ce sujet est basé sur des raisons objectives et subjectives :

▪ **Objectifs**

- Le sujet portant sur fonctionnement générale des établissements publics de santé en Algérie est un sujet lié directement à notre spécialité économie de santé ;
- Les établissements publics de santé sont des personnes morales du droit public ;
- C'est un sujet riche, intéressant et d'actualité ;

- C'est un sujet important, ce qui nous permet d'améliorer nos connaissances sur le système de santé et les établissements publics de santé en Algérie ;
- Manque des travaux universitaires sur le sujet.
- **Subjectifs**
 - Nous avons l'espoir de nous rapprocher le plus possible du monde professionnel ;
 - Les recherches sur le sujet vont contribuer à améliorer nos expériences dans le domaine et nous permettrons de démontrer l'importance et le fonctionnement générale au sein du CHU de T-O.

- **Problématique de la recherche**

L'Hôpital est un élément clé de tout système de santé est l'une des organisations les plus complexes, confrontée à des mutations et des changements profonds dans un environnement complexe et instable, et comme toute autre organisation il a connu des changements importants à l'heure actuelle dans un environnement instable et complexe.

Il est l'une des organisations les plus complexes, caractérisée par des activités bien différenciées coopérant ensemble (*telles que les activités de soins et technico-administratives*) ayant parfois des difficultés à se coordonner. Cet ensemble est structuré et répond à des règles de fonctionnement aussi bien formelles qu'informelles puisque les stratégies d'acteurs sont nombreuses et fortes. Ainsi notre problématique s'articule autour de la question principale suivante :

Quel est le fonctionnement général d'un établissement public de santé en Algérie (cas du CHU de Tizi-Ouzou) ?

Pour cerner la problématique de notre sujet, on a subdivisé cette questions principale en trois (3) sous –question :

- Quelles sont les différentes étapes de l'évolution et l'organisation du système de santé en Algérie ?
- Quels sont les établissements publics de santé en Algérie ?
- Quel est le fonctionnement général du CHU de T.O ?

- **Objet de la recherche**

Pour bien préciser l'objet de notre recherche, ce dernier consiste à mettre la lumière sur le fonctionnement générale de l'établissement public de santé en Algérie ainsi qu'examiner les obstacles qui l'entravent d'aboutir à sa bonne tenue.

- **Méthodologie de la recherche**

Pour mieux appréhender dans notre sujet et pour répondre à notre question de recherche, nous bibliographique portant essentiellement sur :

- L'exploitation d'ouvrage qui traite sur l'organisation hospitalière, système de santé en Algérie et les établissements public de santé en Algérie et les travaux universitaires tels que les thèses et mémoires qui traitent les questions liées à notre sujet ;
- L'exploitation des rapports ;
- Le recours à des textes juridiques ;
- Enfin, l'exploitation des sites d'internet.

A côté de cette recherche bibliographique nous avons adopté une étude qualitative de recueil et d'analyse des données qu'on peut la définir comme étant : « *un ensemble de techniques d'investigation dont l'usage est très répandu. Elle est Fondé sur des entrevues semi structurées dans le cadre desquelles l'intervieweur travaille avec un guide de discussion ou un guide d'entrevue élaboré selon le sujet et la cible de l'étude, cette recherche se caractérise par une approche qui vise à décrire et à analyser la culture et le comportement des humains et de leurs groupes du point de vue de ceux qui sont étudiés* »¹

Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche. Les données qui sont recueillies au moyen des entretiens non directifs ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu à travers une étude de cas. Dans la méthode d'étude de cas, on a choisi un objet d'étude unique, qui nous permettrons de déceler les causes possibles du problème, et de les analyser, elle nous permettrons aussi de comprendre et de d'écrire notre sujet.

▪ **Structure de la recherche**

Le plan de notre recherche comporte trois chapitres. Chacun est subdivisé en deux sections :

- Le premier chapitre est penché sur le système de santé en Algérie qui est subdivisé en deux sections. La première traitera la présentation et évolution du système de santé en Algérie. La deuxième sera consacrée au fonctionnement du système de santé en Algérie ;
- Pour le deuxième chapitre, on va présenter les généralités sur les établissements publics de santé en première section et dans la deuxième section on va traiter, l'organisation et fonctionnement des établissements publics de santé en Algérie ;
- Pour le troisième chapitre c'est là que nous allons présenter notre cas empirique en l'occurrence le CHU de T.O à présenter en première section, dans la deuxième section on va traiter les aspects internes (*la logistique, l'accueil, les aspects hôteliers*) et externes (l'architecture, la sécurité) du CHU de T.O.

¹DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou : Edition El- Amel, 2015, p, 88.

Introduction au chapitre

Le système de santé en Algérie s'est construit autour de l'objectif majeur d'équité. L'équité dans l'accès aux soins et aux prestations va se concrétiser essentiellement par une politique d'extension de l'offre, doublé d'une politique d'équilibre régional.

En effet ce système est d'une richesse extrême sur le plan idéologique, économique et sociale ou de très grands efforts ont été déployés par l'état dans ce domaine, le plaçant parmi ceux des plus développés en Afrique dans le monde Arabe durant les années quatre-vingt.¹Le système national de la santé tente toujours de répondre aux besoins de santé de la population.

Il a connu des évolutions remarquables depuis 1962, date de recouvrement de la souveraineté nationale, à nos jours.

Le système de santé algérien a vu plusieurs modifications d'une période à l'autre, qui mènent le ministre de la santé à se diriger à une amélioration d'une organisation qui va qualifier vers une rationalisation de la gestion et l'amélioration de la qualité des prestations.

Dans ce chapitre nous présenterons le système national de santé et l'évolution de ce système et son organisation.

¹ Bourras. « *Tentative d'évaluation du programme d'investissement est sanitaire* » c r e a d, 1984, p10-20 in :karaterk iassia . « *La régulation de l'offre dans le nouveau système de soi public* » thèse de doctorat, en science économique université de Tlemcen, 2009-2010.p143.

I-1 Présentation et évolution du système de santé en Algérie

Le système de santé en Algérie s'est construit autour de l'objectif majeur d'équité. L'équité dans l'accès aux soins et aux prestations va se concrétiser essentiellement par une politique d'extension de l'offre, doublé d'une politique d'équilibre régional.

En effet ce système est d'une richesse extrême sur le plan idéologique, économique et sociale ou de très grands efforts ont été déployés par l'état dans ce domaine, le plaçant parmi ceux des plus développés en Afrique dans le monde Arabe durant les années quatre-vingt.¹

Le système national de la santé tente toujours de répondre aux besoins de santé de la population.

I-1-1 Présentation du système de santé en Algérie

L'objectif du système de santé est la mise en œuvre concrète de la politique de santé en vue d'améliorer la santé des citoyens.

Selon le rapport sur la santé de l'OMS (*Organisation Mondiale de la Santé*). L'Algérie occupe le 45^{ème} terme de niveau de santé, parmi les 191 états membre de classement. Elle est classé au 81^{ème} rang en matière de performance globale du système de santé.²

Le système national de santé est structuré comme suite :

Le ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière, elle a eu le mandat de mettre en application le programme d'action du gouvernement, ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé ce qui suit :

- Améliore la couverture sanitaire ;
- Améliore la qualité des prestations ;
- Prendre en charge les transitions démographiques et épidémiologiques rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

Le ministre a sous son autorité la secrétaire générale qui supervise l'action des huit directions centrales du ministre (*direction de l'administration et des moyens, direction de la population, direction de la réglementation, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction des ressources humaines, direction des services de santé*) ainsi que l'inspection générale, l'archiviste du ministre de la santé s'inscrit dans le cadre d'un décret exécutif qui détermine les structures et organes de l'administration et fixe les attributions de ces entités, un nouvel organigramme a été élaboré en 2010 mais qui n'est pas encore mise en place.

¹ Bourras. « Tentative d'évaluation du programme d'investissement en sanitaire » Op.cit. .p143.

² Oms. de coopération avec les pays 2002-2005-in [http : // www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.p10](http://www.who.int/whr/2005/11_annexes_fr.p10).

Certaines institutions interviennent en tant que organismes d'appui au ministre de la santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en :

Organismes de sécurité sanitaire : l'institut national de santé publique (*INSEP*) qui a sa charge toute la surveillance épidémiologique sur tous le territoire national, laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques (*LCPP*) chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993). l'agence nationale du sang (*ans*) qui a la charge de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995), le centre national de pharmacovigilance et de matériaux-vigilance le centre national de toxicologie, qui a la responsabilité de la surveillance des effets consécutifs à la mise à la consommation de médicament et l'utilisation de dispositifs médicaux (1998).

Présentation du système de santé :

- Organisme d'appui logistique : l'institut Pasteur d'Algérie, la pharmacie centrale des hôpitaux (*PCH*) chargé d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994) ;
- Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information. L'école nationale de la santé publique, l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale et l'agence nationale de documentation en santé.

Les personnels et les structures de santé sont, dans chacune des 48 wilayas, placés sous l'autorité du directeur de la santé de la wilaya qui est membre de l'exécutif de wilaya actuellement, au sein de ce système coexistant trois sous-ensembles :

Le secteur public, le secteur parapublic et secteur privé, il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles.¹

Ensemble dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-5 permet à certains personnels du secteur parapublic ou privé et que d'autre part, des personnels du secteur privé, et exercer après conventionnement au sein du secteur public. Ide, Nouredine, N.B.J.G.O.

I-1-1-1-Historique du système de santé en Algérie

Le système de santé en Algérie a connu des multiples changements, il est passé par plusieurs périodes. A l'indépendance du pays, le système de soins de santé a été littéralement manquant de ressources humaines avec le départ massif des praticiens européens et devenait inopérant, le manque de médecins et des personnels de la santé paralysait le fonctionnement des

¹ Nouridine Achour N3 J.G, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et protégés, n°13 Avril 2011, p73.

structures sanitaires en place. Par ailleurs la répartition géographique était déséquilibrée Hôpital-centriste, répartie au Nord, dans les villes, dans les grandes métropoles et dans les zones agricoles riches, couvrent ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas accès aux soins.

I-1-1-2-Evolution du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours

Le système de santé en Algérie est de fait un héritage du système colonial français.

Néanmoins, ce système a connu des évolutions remarquables depuis 1962.

I-1-1-2-1-La première phase (1962-1992)

La première phase débute en 1962 pour prendre fin de 1992, soit une phase s'étalant sur trois décennies. Chaque décennie se distingue de l'autre par la situation sanitaire qui y prévaut dans le pays et par la politique sanitaire suivie.

a)La première décennie

S'ouvre de l'indépendance 1962 jusqu'à 1972, et cette décennie marquée par :

Avec 9 millions d'habitants (*dont 85% de ruraux*), la situation sanitaire en 1962 était marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante. Le système de santé était exsangue suite au départ massif des médecins, pharmaciens et cadres de santé français, (*dont le nombre est passé de 2 500 à 630 médecins, avec moins de 300 médecins d'origine algérienne*).

La situation sanitaire qui prévalait cette période. S'est caractérisé par une mortalité infantile élevé dépassant 180 enfants pour mille en milieu urbain, soit un(1) enfant sur (5) qui meurt avant son premier anniversaire et ce, suite aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aggravées par un état de malnutrition chronique. Quant à l'espérance de vie, celles-ci ne dépassait guère la cinquantaine et les maladies transmissibles à l'exemple de la tuberculose, du paludisme, du typhus et du trachome, elles constituaient les première causes de mortalité et d'handicaps.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale s'étalant de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- La réactivation des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé ;

- L'établissement d'un programme de santé pour but essentiel, la lutte contre les maladies transmissibles prévalences et la prise en charge des besoins de santé de base (*nutrition, urgence médico-chirurgicales*) ;
- La mobilisation des ressources humaines locales (*formation d'adjoints médicaux de la santé publiques*) et l'appel à la coopération étrangère ;
- La mobilisation des ressources financière indispensables dans un pays ou le PIB n'excédait 400 dollars par habitant.

Est cette phase elle caractérise par l'ensemble d'indicateur détectant la situation de la population :¹

- Mortalité infantile très élevé 180/1000 au milieu urbain ;
- Espérance de vie elle ne dépasse pas 50 ans ;
- Accès aux soins difficile pour la population rurale ;
- Maladie transmissible : état endémique cause de mortalité et de handicapé ;
- Insuffisance d'infrastructure sanitaire.

Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques suivantes ont été édictées par les pouvoirs publics :

- **1963** statuts d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale ;
- **1964** créations de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « *réaliser les travaux d'étude et de recherche en santé publique nécessaire au développement des programmes d'actions sanitaires et à la promotion de la santé* » ;
- **1965** : Programmes nationaux de lutte contre par le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé ;
- **1966** : Instauration de prestation mi-temps dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaire qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires. Vaccination de masse par le PCG chez les enfants ;
- **1969** : Décrets rendant les vaccinations obligatoires et gratuites. Création de la pharmacie centrale algérienne, dans le mandat assigné était d'assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutique ;

¹ Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie. Imprimerie Onét, Alger, 1992.

- **1972 :** Vaccinations de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.¹

Aussi, la politique sanitaire de cette époque s'articulait autour de la réalisation de deux objectifs essentiels à savoir :

- L'accès aux soins au plus grand nombre de la population en réduisant, les disparités en matière de répartition du corps médical en instaurant une mi-temps obligatoire dans le secteur public de santé. En faisant appel à la coopération médicale internationale et enfin en mettant en place des équipes mobiles d'action sanitaire ;
- Mise en œuvre en collaboration avec des experts de l'organisation mondiale de la santé (OMS), de programme de santé pour lutter contre les maladies mobiles transmissibles qui prévalaient en ce temps-là.

b) La deuxième décennie (1972-1982)

A vu les pouvoirs publics accentuer leur action sur deux plans ; le plan sanitaire et le plan éducatif.

La nationalisation du pétrole de 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « *révolutions industrielles, agraire et culturelles* ». ²Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décision politique.

- 1973 l'année est marquée par deux mesures très importantes : L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins ; sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'Etat algérien, mesure dite de politique de médecine gratuite, tout citoyen algérien au droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes disposés aux assurés sociaux par les structures hospitalières.

La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire « *1000 médecine par ans* » a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiant formés dans ces disciplines.

¹ ABEDELKADER REMAL « *système de santé en Algérie* » le 27 avril 2013 état de santé Alger.

² Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. Rapport d'activités et perspectives. Février, 2011.

- 1975 l'année est marquée par ; La programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (*un centre de santé pour 6 à 7000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25000 habitants, un hôpital par daïra, un hôpital par wilaya*) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé.¹ Le premier des programmes mise en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances.²

L'état de santé de la population s'est considérablement amélioré durant cette décennie. Cette amélioration est due en grande partie aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles mise en place durant la première décennie. Cet état de fait s'est accompagné d'une explosion démographique. Cependant, les secteurs de l'habitat et de l'hydraulique ont été négligés ou de moins n'ont pas bénéficié d'une même attention que la santé et l'éducation de la part des pouvoirs publics. Est cette décennie caractérisée par :

- Explosion démographique ;
- Retard dans le développement d'autres secteurs sociaux ; habitat, hydraulique, urbanisme ;
- Emergence des maladies transmissibles : zoonoses, MTH.³

La politique volontariste mise en œuvre jusqu'à 1986 connaît un frein brutal à la fin des années 80. Et malgré ces contraintes, l'Algérie s'est dotée d'importantes infrastructures sanitaires, a acquis de nombreux équipements en plus de l'existence d'un potentiel médical et paramédical non négligeable.

En effet d'importantes ressources ont été mobilisées par l'état essentiellement à travers son budget tout en faisant contribuer la sécurité sociale au financement du secteur de la santé suite à quoi de succès indéniables ont été enregistrés par la politique sanitaire suivie. Cette dernière s'est traduite par une forte réduction de la mortalité et de la morbidité, en effet le temps de mortalité infantile qui était de 150 enfants pour 1000 en 1960 a chuté de deux tiers (2/3) en 1995 avoisinant ainsi 54.8 enfants pour mille par ailleurs, il Ya éradication de certaines maladies comme le paludisme ainsi que la disparition du typhus depuis 1978.

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle a engendré des effets pervers car des gaspillages énormes de ressource ont été enregistrées tant dans le financement non maîtrise des dépenses que de leur gestion financière et comptable.

¹ Ministère de la santé et de la population et Organisation mondiale de la santé, Programmation sanitaire du pays, Alger, 1975.

² *Idem.*

³ Colloque internationale sur les politique de santé Alger le 18 et 19 janvier 2014.

Ajoutée à cela une insatisfaction des malades utilisant, les services publics de soins et ce suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge.¹ Et cette période caractérisée par :

- La réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires ;
- Création de 13 CHU chargés de soins, de formation et de recherche. ; Recule de la mortalité (*amélioration niveau de vie et programme nationaux de santé : tuberculose, malnutrition, mortalité infantile, PEV*) ;²
- Meilleure maîtrise de fécondité. Amorce d'une transition épidémiologique, marqué par une baisse de certaine maladie transmissible ;
- De profond bouleversement socio-économique ;
- Difficultés cliniques d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et consommables ;
- Asphyxie financier du système public entraînant les réformes du système ;
- En 1986 : privatisation de l'exercice médical ;
- En 1990 : autorisation d'ouverture des clinique privées.

I-1-1-2-2-La deuxième phase (1992-2000)

Tous ces dysfonctionnements interviennent au moment où le système de santé, en Algérie, se trouve à l'aube d'une seconde phase de transition plurielle caractérisée par une transition démographique, épidémiologique et enfin économique.

a)La transition démographique

Les principales caractéristiques de la population algérienne des deux premières décennies post indépendance étaient la démographie galopante et le doublement de la population en 20 ans. Les calculs perspectifs de cette époque sont tous basé sur un taux d'accroissement naturel égal sinon supérieure à 3 % que la population devait atteindre les 30 millions d'habitant à la fin des années 1980.La population de l'Algérie a suscité beaucoup de débats passionnés en raison de cet accroissement très rapide. Son taux de natalité en atteignant le pic de 50 % en 1966-1970 provoque un taux d'accroissement sans précédent dans son histoire au moment où la mortalité commence à reculer devant les efforts entrepris dans le domaine de la santé.³

¹ Salmi Madjid, système de santé en Algérie à l'heur transition plurielles ; élément pour une évaluation de la qualité des soins P28.

² Colloque international sur les politiques de santé en Algérie le 18 et 19 juin 2014.

³ AISSA delenda –Abdelkrim Foudil, la transition démographique en Algérie, faculté des sciences humaines et sociale – université d'Oran.

La première enquête démographique révèle la capacité remarquable de la population à se reproduire. Combinée à l'absence des pratiques contraceptives, les mariages très précoces entraînent une fécondité quasi naturelle de sorte que le nombre moyen d'enfants par femme est supérieure à 8 enfant. Les spécialistes expliquent cette situation par des facteurs conjecturels en relation avec les conditions sociales, culturelles et économiques de l'époque coloniale.

La récupération des naissances (*et aussi des mariages*) ; empêchées par la colonisation et la guerre, est l'argument le plus courant pour expliquer la forte natalité des années 1960 et 1970. La période allant de 1986 à nos jours connaît une baisse de la natalité et de la mortalité qui atteint 5 % en 1986-1990 et coïncide avec le début de la troisième phase de la théorie de la transition. En effet, le taux d'accroissement naturel en chute depuis 1986 atteint le niveau de 1.4% en 2002¹.

La baisse spectaculaire de la mortalité infantile, en plus des résultats obtenus grâce aux différentes réalisations d'infrastructures sanitaires, est sans doute le facteur primordial de la baisse de la mortalité générale. La mortalité infantile passe de 81.24 % en 1984 à 51.1% en 2000 et la mortalité générale infantile s'élève à un peu plus de 103 % et celui de la mortalité générale à 12.9 %.

Tableaux N° 1 : Evolution des taux brute de natalité et de mortalité de 1901 à 2003

Période	Natalité	Mortalité
1901-1905	37.8	32.8
1906-1910	35.5	30.5
1911-1915	35.4	29.6
1916-1920	35.3	27.4
1921-1925	34.9	31.4
1926-1930	37.2	29.4
1931-1935	43.4	25.3
1936-1940	42.1	25.1
1941-1945	42.9	43.3
1946-1950	42.2	32.2
1951-1955	47.4	20.6
1956-1960	45.6	17.6
1961-1965	45.6	17.6
1966-1970	48.5	14.6
1971-1975	50.1	16.7
1976-1980	47.3	15.9
1981-1985	44.4	12.9
1986-1990	39.5	6.7
1991-1995	32.3	5.0
1996-2000	29.7	6.1
2001-2003	20.1	4.5

Source : Office national des statistiques.

¹ Office National des Statistique, Démographie, 2015 <http://www.ons.dz.consulté> le 25/09/2018 à 16h.

Tableau 02 : Evolution de la population. De l'année 2000 jusqu'à 2015

Années	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Population									
Population au milieu de l'année (en milliers).	30 416	34 591	35 268	35 978	36 717	37 495	38 297	39 114	39 963
Accroissement naturel (en milliers).	449	663	690	731	748	808	795	840	858
Taux d'accroissement naturel (en %).	1,48	1,92	1,96	2,03	2,04	2,16	2,07	2,15	2,15
Taux dépendance démographique ensemble (en %).	68,5	55,0	55,2	55,0	55,4	56,2	57,3	58,5	60,1
Taux de dépendance démographique moins de 15ans.	57,1	43,5	43,7	43,0	43,0	43,5	44,2	45,0	46,1
Taux de dépendance démographique 60ans et plus	11,3	11,5	11,5	12,0	12,4	12,7	13,1	13,5	14,0
NatalitéFécondité									
Nombre de naissances (en milliers).	589	817	849	888	910	978	963	1 014	1 040
Taux brut de natalité (en ‰).	19,36	23,62	24,07	24,68	24,78	26,08	25,14	25,93	26,03
Indice conjoncturel de fécondité (enfants/femmes).	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	2,9	3,0	3,1
Mortalité Générale									
Nombre de décès (en milliers).	140	153	159	157	162	170	168	174	183
Taux brut de mortalité	4,59	4,42	4,51	4,37	4,41	4,53	4,39	4,44	4,57

Source : Démographie Algérienne 2015, www.ons.dz.

Ce tableau montre l'impact de l'augmentation des naissances vivantes sur l'accroissement naturel de la population entre 2000 et 2015, donc la population résidente totale a connu un accroissement naturel atteignant 449000 personnes en 2000, soit un taux d'accroissement naturel de 1,48%, et 858000 personnes en 2015, soit un taux d'accroissement naturel de 2,15%.

Et aussi ce tableau montre 589000 naissances vivantes dont 140000 décès en 2000 ainsi que 1040000 naissances vivantes dont 183000 décès en 2015, donc on remarque l'augmentation de nombre des naissances vivantes ainsi que de nombre de décès chaque année.

a) La situation épidémiologie

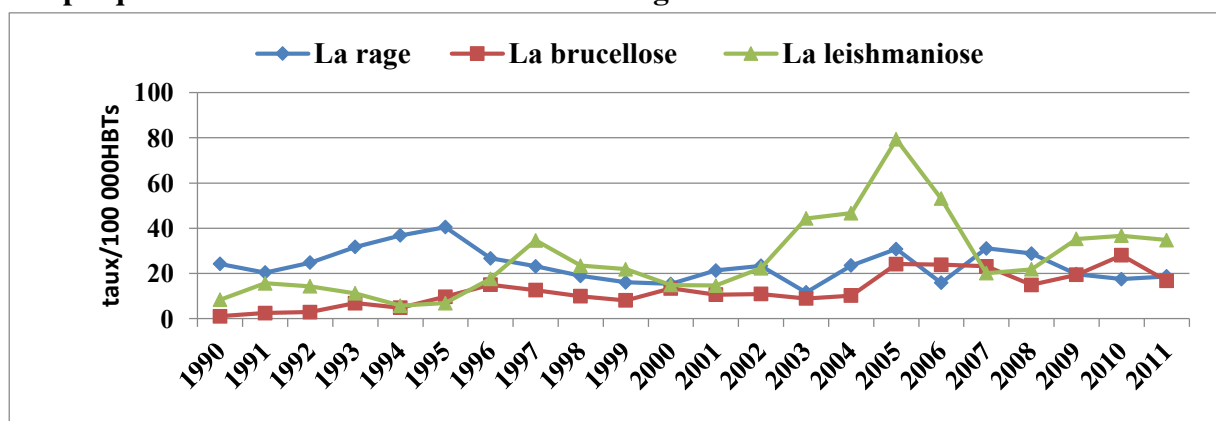
Le profil épidémiologie de l'Algérie marqué à la fois par la persistance des maladies transmissibles, dont certaines sévissant encore à l'état endémique, et par l'impact grandissant des maladies non transmissibles, dont celle liées à l'environnement social et aux modes de vie. En effet, l'Algérie a connu à partir de 1994 plusieurs épidémies de diphtérie de tuberculose, de rougeole et de leishmaniose cutanée. Par conséquent, il y a réémergence de maladie infectieuse, de même que les maladies à transmission hydrique ainsi que les zoonoses.

La transition épidémiologique de l'Algérie est donc marquée par la persistance des maladies transmissibles qui caractérisent les pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence des maladies non transmissibles, à l'exemple des cancers, du diabète, des affections cardiovasculaires, des affections rénales. Ces maladies sont venues se greffer à celles déjà existantes en raison de l'augmentation de la population et sur tous à son processus de vieillissement devenant un processus inéluctable en Algérie.

La situation épidémiologique en Algérie recouvre l'ensemble des maladies transmissibles telles que :

- *Les maladies contrôlables par la vaccination ou maladie du programme élargie de vaccination (PEV) :* cause en raison des progrès considérables de la vaccination des enfants, notamment la diphtérie, le tétanos ;
- *Les maladies à transmission hydrique ;* constituent toujours des pathologies fréquentes affectant la morbidité, font partie du cortège des maladies du sous-développement ; elles constituent à affecter fortement la santé des citoyens et à grever le budget de la santé ;

Graphique N°01 : Evolution des zoonoses en Algérie



Source : graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques 1980-2011, Algérie.

Les zoonoses continuent à enregistrer des taux alarmants. La rage humaine continue de faire des décès en Algérie du fait de l'ignorance des victimes du risque mortel auquel elles s'exposent. 20% seulement des victimes consultent immédiatement, 8% consultent dans les 24 heures qui suivent l'accident, 60% des victimes ne consultent qu'après l'apparition des signes cliniques ce qui donne un taux d'échec de 40% malgré la prise en charge immédiate. L'éradication de la rage humaine nécessite l'intervention de plusieurs secteurs.

Toutefois, l'intervention au niveau de la source du problème demeure primordiale, les efforts doivent être renforcés envers le réservoir principal de la rage à savoir la population canine (*chien et chat*) en effectuant une étude statistique de la taille de la population existante et abattre les animaux errants et surtout rendre obligatoire la vaccination des chiens et chats domestiques. Sans oublier la sensibilisation intensive de la population sur l'obligation de la consultation en cas de contact avec un animal suspecté d'être enragé.

Quant à la brucellose, elles ne cessent d'accroître notamment dans le milieu rural, avec une nette prédominance masculine dans les régions pastorales. Selon une enquête réalisée par les médecins TABET DERRAZ et BESTAOUI en 2012, la majorité des victimes sont de profession éleveur. ¹

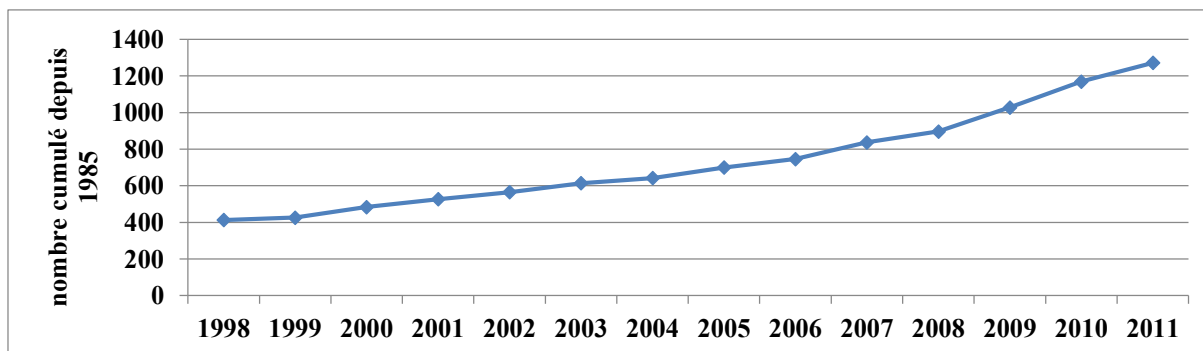
Pour ce qui concerne la leishmaniose, depuis mars 2006 ; un plan d'action national de lutte contre la leishmaniose a été mis en place par le ministère de la santé, caractérisé par des campagnes de lutte anti-vectorielle et une sensibilisation intensive avec les différents moyens de communication (*radio, affichage dans les centres de soins et télévision*), ce qui a permis de ramener l'incidence de 79 cas/100 000 habitants en 2005 à 53 cas/100 000 habitants en 2006, mais sa reste encore très élevé, sachant que cette maladie laisse des cicatrices inesthétiques et indélébiles après guérison.

Les infections sexuellement transmises et le SIDA ; l'Algérie a engagé la lutte contre le SIDA depuis son apparition en 1985, est aussi l'Algérie a adopté un plan national stratégique 2013/2015 se veut être la traduction de l'engagement de l'Algérie à la déclaration politique sur le VIH SIDA adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies sur le SIDA en juin 2011 dans laquelle il est prévue (*d'actualiser et mettre en œuvre dans le cadre de processus inclusifs dirigés par les pays et transparent, des stratégies et des plans nationaux multi sectoriels de lutte contre VIH et le SIDA*).²

¹ TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13^{ième} journées nationales d'infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie. P.01.

² Déclaration politique sur le VIH/SIDA ; intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA, juin 2011.

Graphique N°02 : Evolution du SIDA en Algérie



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir de : INSP, relevés épidémiologiques 1980-2011, Algérie.

Le système de surveillance des IST et de l'infection à VIH se base sur la notification des cas d'infections dans le cadre du programme de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la séro-surveillance sentinelle et l'évaluation de la file active des patients suivis dans les 7 centres de référence de prise en charge des infections à VIH (*CDR*) du pays.

Cependant, ce système reste défaillant, du fait que beaucoup de sujet ne déclare pas leur maladie puisqu'elle reste une maladie taboue dans la société algérienne, ce qui fait que la réalité de la prévalence de cette maladie peut être plus grave.

En 2009, un manuel opérationnel du suivi et d'évaluation du plan national stratégique de lutte contre les IST/ VIH/sida a été élaboré, toutefois l'évaluation des effets reste précoce. Pour conclure, les maladies transmissibles sont nombreuses et coûteuses, l'Algérie a réussi grâce aux nombreux programmes de lutte, de vaccination et d'éradication à maîtriser plusieurs d'entre elles ; cependant plusieurs autres persistent encore ce qui interpelle les différents acteurs de la santé publique à revoir les insuffisances constatées des programmes nationaux et de renforcer les efforts plurisectoriels. Mais surtout, la persistance de ses maladies rend très complexe la prise en charge médicale des malades, notamment avec l'émergence des maladies chroniques.

b) La situation économique et sociale

La transition économique et sociale qui traverse le pays a indéniablement influencé sur le secteur de la santé car ce dernier subit à l'instar des autres secteurs relevant de la vie économique et sociale, les contre-performances enregistrées par l'économie Algérienne depuis 1986 à nos jours. Ces contre-performances sont dues essentiellement aux bouleversements socioéconomiques ayant caractérisé l'Algérie suite à la chute de ses revenus procurés par la vente des hydrocarbures, l'écrasant poids de la dette extérieure réduisant à néant tout effort de développement, en plus du passage à l'économie de marché qui a vu le pays se transformer en

un vaste chantier de réforme économique se traduisant par une baisse dans l'allocation de ressources pour le secteur de la santé.

Et cette période se caractérise par :

- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (*logement, éducation, santé*) ;
- Une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique ;
- L'insuffisance de productivité avec la chute des prix de pétrole et l'augmentation considérable du poids de la dette extérieure et le passage désordonnée à l'économie de marché avec comme effet ;
- La dévaluation de dinar, et le développement du chômage et d'une inflation élevée.

La crise de l'endettement apparue au début des années quatre-vingt, fait émerger le FMI et la banque mondiale comme des institutions incontournables pour tous les débiteurs en difficultés. Dans ces circonstances. L'Algérie a passé un accord qui engage le pays de mettre en œuvre un programme de stabilisation et d'ajustement. Il s'agit d'assainir l'économie par le rétablissement des grands équilibres macro-économique de façon à réunir les conditions de relance. Or l'application de programme d'ajustement a des effets qu'il faut identifier.

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel sont : la réduction des importations des médicaments et de réduire les dépenses de santé. Les mesures prises à cet effet n'ont pas répondues à l'objectif fixé. Mais au contraire ont abouti à une augmentation des charges financières sur les ressources collectives, sans que l'efficacité n'aie suivi.

I-1-1-2-3-La phase actuelle (2000-à nos jours)

Malgré les efforts déployés et les résultats obtenus, le système national de santé demeure confronter à de multiples contraintes, et cette période est défini par la volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme. Caractérisée par une amélioration des ressources du secteur de la santé. Grâce à la situation favorable des prix du pétrole et des recettes fiscales de l'Etat.

Et l'évolution des données socio-économiques du pays caractérisée essentiellement par une récession économique qui s'est accompagnée de très vives tensions dans le domaine social et la mise en œuvre des réformes économiques ayant pour conséquence la chute des dépenses de santé.

Et que l'état s'est peu à peu désengagé pour laisser place à une participation progressive de certaine catégorie de citoyens pour le financement de leur santé.

Et depuis l'année (2002) Ilya un soutien sur la relance de l'économie et les indicateurs de santé publique connaissant une amélioration significative à savoir : ¹

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passant 3.5% en 2000 à 5.08 en 2009 ;
- Rattrapage sur le plan infrastructure : nouvelle construction de structure hospitalière et des investissements massifs en matériels et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 ;
- Maintien des reformes (*contractualisation et libéralisation totale. Emergence des clinique privée*).

Depuis janvier 2009, une nouvelle disposition réglementaire a été prise dans le domaine de l'organisation de santé. Instituant une nouvelle hiérarchisation des soins portant sur la séparation entre.²

- Des structures extra hospitalières assurant la prévention et les soins de base ;
- Création des EPH (*établissement public hospitalier*) : pour des soins spécialisés ;
- Le maintien des CHU (*centre hospitalier –universitaire*) et EHS.

Tableau 03 : Evolution des infrastructures de santé publiques (1996-2013)

Infrastructures publiques	1996	2013
CHU	13	14
Nombre de lits	15845	13254
EH	0	5
Nombre de lits	0	850
EHS	21	69
Nombre de lits	5913	10952
EPH	176	195
Nombre de lits	29955	38156
EPSP	271	271
Nombre poly	455	1627
Nombre salles de soins	3748	5484

Source : données du MSPRH (*Ministère de la Santé, de population et de la Réforme Hospitalière*).

¹ NABNI 2020, Cinquantenaire de l'I indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, janvier 2013.P11.

²Idem. P12.

En outre, il existe cinq régions sanitaires au niveau national, chaque région regroupe un certain nombre de wilayas, et au niveau de chaque wilaya on retrouve la direction de la santé et de la Population (DSP de wilaya), qui est régie par le décret exécutif n° 97-261 du 14 juillet 1997.¹

I-2-L'organisation du système de santé algérien

Le système national 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.²

L'organisation du système de santé en Algérie se caractérise principalement par deux fonctions essentielles : une fonction de l'offre de soins et de médicament et une fonction de financement visant à allouer les ressources nécessaires à cette offre. L'offre de soins correspond à l'ensemble des infrastructures, ressources humaines et matérielles qui contribuent à la production des services de santé au profit de la population.

En Algérie, l'offre de soins est assurée par des établissements de santé publics (*les établissements hospitaliers et extrahospitaliers*), des structures de soins privées (*les cliniques médicales et médicaux chirurgicaux, cabinets médicaux, officines pharmaceutiques...etc.*) et des structures parapublic qui ont pour mission de fournir des prestations de soins qu'elles soient de nature préventive ou curative. Une offre en médicament dans le but de couvrir les besoins des citoyens algériens.

Le financement de l'offre est assuré par trois bailleurs de fonds : le budget de l'Etat, la sécurité sociale et les ménages. Leur participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays. Mais les usagers sont impliqués de plus en plus dans le financement de la santé à partir de 1984 et surtout à partir de l'application du plan d'ajustement structurel.³

I-2-1- Ressources et offre de soins

L'Algérie accorde une attention particulière à l'éducation et à la santé en les priorisant dans la conduite globale des politiques publiques.

¹ Comptes nationaux de santé de l'Algérie, année 2000-2001, publié en mai 2003, P16.

² OMS (WHOSIS) : Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2006, ONUSIDA Rapport sur le développement humain 2006, PNUD. Système de santé et couverture sociale, P2.

³ AMALOU Mourad. « Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital », cas du CHU de Sétif, mémoire de magister en science économie, université de Bejaïa, 2009, p7.

Il faut reconnaître que de gros efforts sont consentis annuellement par l'Etat pour la réalisation d'infrastructures sanitaires d'envergure, l'acquisition d'équipements lourds et la formation des personnels de la santé.¹

I-2-1-1- les ressources humaines

L'OMS définit les professionnels de santé comme étant : « tous les prestataires de soins travaillant dans le cadre du système de santé, comme les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les logopèdes, les audio métriciens, les prothésistes, les travailleurs médico-sociaux, et autres fournisseurs de soins.²

Au sein des structures de soins, les personnels peuvent être regroupés en trois catégories : les praticiens (*médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes*), personnel paramédical (*infirmiers ...*) et enfin personnel administratif des établissements de soins.

A. Les praticiens médicaux

Les praticiens médicaux sont en augmentation remarquable au fil des années, à cause de l'importance accordée par l'état à cette tranche dans ces politiques de développements le nombre est passé de 40332 personne à 64230 durant la période allant de 1996 jusqu'à 2012. Leurs rôle est d'assurer les activités de soin, de formation et de recherche (*Cf. Tableau n°4*).

Tableaux N°4 : Evolution du nombre de praticiens médicaux du secteur public et privé entre les années 1996 et 2012

	Médecins	Chir. dentistes	Pharmaciens	Total personnel médicale
1996	28344	7966	4022	40332
2000	32219	7993	4789	47820
2002	35482	8376	5172	49030
2004	37720	8842	6082	52644
2006	39938	6884	7267	56889
2012	46293	9597	8340	64230

Source : 2000, 2002, 2004 Office Nationale des Statistiques (ONS).

¹ Malika CHERTOUK Ahmed Zaid, Sadi Menad Ahmed Zaid, La mise en œuvre de réseaux de santé en Algérie: un instrument d'aide à l'efficacité du système de santé et de réduction des dépenses publiques de santé, Ier colloque internationale d'économie de la santé, université Abderrahmane-mira de Bejaïa 13,14,15 nov 2006.

² OMS, classification internationale du fonctionnement ; du handicap et de la santé, Genève 2001, Equipe classification, Evaluation, Enquête et Terminologie. In : http://www.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf.

- Pour 1997, 2006 Base de données (MSPRH) ;
- Pour 2012 MSPRH, projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003.

B. Le personnel paramédical

L'effectif de paramédicaux a peu augmenté ces dernières années, mais la structure de ce corps par grade s'est considérablement modifiée. En 1996, les corps des diplômés d'Etat, des brevetés étaient grossièrement égaux en nombre, contrairement au aides paramédicaux, depuis cette date et à l'aube de 2012 le personnel paramédical est appelé à être renforcé de près de 18223 postes, soit au total près de 103519 paramédicaux.

Ainsi, si l'on projetait la tendance passée, seuls les diplômés d'Etat connaîtront une augmentation de près de 40127 personnes ¹: les brevetés et les aides médicaux sont et seront en diminution continue. En effet la politique de formation paramédicale favorise davantage des diplômés d'état au détriment des autres corps. Et outre, l'effectif des agents paramédicaux en formation est déterminé par les structures de santé en fonction de leur besoins.² (Cf. *Tableau N°5*).

Tableaux N°5 : Evolution du personnel paramédical

	Diplômés d'état	Brevetés	Aides paramédicaux	Total du pers-para
1996	39148	30264	15884	85296
2000	47742	28027	11243	87012
2002	51768	25752	10051	87571
2004	55127	24050	9322	88499
2006	57510	22640	9818	89968
2012	79275	20067	4177	103519

Source : Office national des statistiques (ONS), base de données de MSPRH.

C. Le personnel administratif, technique et de service

La situation passée traduit une quasi-dominance des personnels de service jusqu'à 1996, mais à partir de cette date le nombre de ce derniers est en diminution continue passant de 46102 à 35205 personnes, avec un renforcement en personnels administratifs et techniques qui marquent une augmentation remarquable (*légère pour le personnels administratifs qui est de 9874 et forte pour le personnel technique qui est de 18948*) au détriment de ceux de service.

¹ MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003. P17.

² OULED ABEDSELAM Sabrina, contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de formation continue en milieu hospitalier en Algérie, mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2008, P86.

Cette situation s'explique par le fais des problèmes d'entretien et de maintenance que connaissent les établissements de santé. (Cf. Tableau n°6).

Tableaux N°6 : Evolution du personnel administrative

	Administratif	Technique	Service	Total du pers-admin
1996	11671	734	46109	58514
2000	13991	1855	43406	59252
2002	13433	2303	42474	58210
2004	14515	2967	42572	40917
2006	14222	3173	40917	58312
2012	21545	19682	35205	76432

Source : Office national des statistiques (ONS), base de données de MSPRH pour 2006.

I-2-1-2- L'infrastructure

L'offre de soins en Algérie est caractérisée par un secteur public dominant et symboliquement payant, celle-ci est subdivisée en deux catégories d'infrastructures : infrastructures extrahospitalières (*polyclinique, centre de santé et salles de soins et de consultation leurs missions est la prévention sanitaire et la promotion de la santé*) et infrastructures hospitalières (*CHU, EHS, hôpitaux et maternités appartenant secteur sanitaire (SS)*), avec un secteur privé payant, en expansion rapide depuis les années 90.

A. Secteur public

Après l'indépendance, la France a légué à l'Algérie 143 hôpitaux, dans des sanatoriums des centres de santé, un centre de lutte contre le cancer, 13 cliniques totalisant 40000 lits d'hospitalisations, 820 unités légères (*160 polycliniques et 660 centres de santé*), la plupart résultant de reconversion de différentes unités légères, 1344 salles de soins.¹

A partir des années 80, les investissements en infrastructures se sont fortement étendus, améliorant la couverture sanitaire de la population par des services de santé publique répartis sur tout le territoire nationale.

En 2005, le réseau se compose de : 243 : hôpitaux auxquels s'ajoutent 54 EHS, totalisant près de 60000 lits d'hospitalisation. La progression est de 1,7% en moyen annuelle en termes de lits jusqu'à 2007, Les secteurs sanitaires (SS) (*Décret 97- 466 du 2 Décembre 97*), constituaient la base de la pyramide des soins. Leur création date des années 80 (*Décret 81- 242 du 5 septembre 81*).Le secteur public est composé de 13 CHU, 1 EHU, 68 EHS, 185 EHP totalisant 63680 lits.

¹ Boufarik Lila, Essai d'analyse de la structure organisationnelle de l'hôpital public, cas CHU de BeniMessous mémoire de Master en Science Economique, université A-Mira Bejaïa, 2012.P24.

On comptait en 2007, 185 SS auxquels étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes. Chaque SS desservait en moyenne un bassin de population de 100.000 à 300.000 habitants et était composé :

- D'un hôpital général ;
- D'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (*SEMEP*) ; de structures légères (*polycliniques, centres de santé, Salles de soins*) ; d'unités de soins scolaires (*UDSS*), réparties par groupements d'écoles.

L'organisation et le fonctionnement des SS ont été modifiés par le décret exécutif 07-140 du 19 mai 2007. L'application de cette nouvelle organisation depuis janvier 2008, transforme les 185 SS en 189 établissements publics hospitaliers (*EPH*) et 273 établissements publics de santé de proximité (*EPSP*).

Toutes les structures extrahospitalières des ex SS (*les polycliniques, salles de soins...*) sont ainsi séparées des hôpitaux. Les deux (2) établissements publics nouvellement créés ont les mêmes statuts. D'autres hôpitaux auraient été construits dans le cadre du programme de développement 2005-2009.¹

- **Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS)**

(*Décret 97-465 du 2 décembre 97*) sont au nombre de 31 en 2005, 50 peut être en 2008, implantés en majorité dans le nord du pays. Ils couvrent environ, une dizaine de spécialités (*cancérologie, Cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, Traumatologie, neurochirurgie et maladies infectieuses*).

- **Les centres hospitalo-universitaires (CHU)**

(*Décret 97 - 467 du 2 décembre 97*). Suite à la promulgation du décret du 11 février 1986, 13 hôpitaux régionaux sont transformés en centre hospitalo-universitaires (*C.H.U.*). Ces 13 CHU sont, depuis leur création, implantés dans 10 wilayas du pays. Ils sont sous la double tutelle du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (*MSPRH*), et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique (*MESRS*).

Ces C.H.U. sont chargés d'une triple mission : l'enseignement des sciences médicales, la recherche scientifique dans le domaine de la médecine et les soins hautement spécialisés. Leur gestion est autonome par rapport au secteur sanitaire, ainsi que leur budget. Sur le plan de l'organisation de cette offre. (*Cf. Tableau n°7*).

¹ Mourad BAGHRICHE, Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie. Etat des lieux 2009. In : Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010. P 19, 20.

Tableaux N°7 : Caractéristiques du secteur public En 2007-2008

Infrastructure	Nombre	Capacité d'hospitalisation
CHU	13	12000
EHS	31	10000
EPH	189	38000
EPSP	273	
Polycliniques	1400	
Centre de santé	400	
Centre de soins	5000	
UDSS	1150	
TOTAL	8456	Total 60000 lits

Source : Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Youcef 2010.

Le secteur public a pour rôle d'assurer les soins primaires et les urgences, les soins spécialisés et la prévention. Il est réparti à travers tout le territoire national, mais avec un désavantage pour les régions des hauts plateaux et du sud, surtout en spécialistes et en plateaux techniques.

B. Le secteur privé

L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes :¹

- Service Nationale préalable à l'autorisation d'installation.
- Obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.
- Et enfin zoning, dans le souci d'équilibre régional.

A partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988. Suite aux conditions de fonctionnement du secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements et une forte bureaucratisation.² Des cabinets médicaux privés sont multipliés très rapidement d'abord par les médecins généralistes puis par les spécialistes.

Le secteur privé ne concerne pratiquement que l'extrême nord du pays et ne dispense pas de soins primaires, ni de soins aux malades démunis. En 2011 ce secteur compte des milliers de cabinets médicaux (*de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de chirurgiens dentistes, de rééducation fonctionnelle*) et d'officines pharmaceutiques et un peu plus de 221

¹ KAÏD Tlilane. N, « *Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa* », thèse de doctorat en sciences économiques, université d'Alger, 2003, P70.

² KAÏD Tlilane., Crise économique et état de santé des enfants algériens, juillet 2004 .P81.

cliniques, totalisant 3400 lits d'hospitalisation, répartis sur 32 wilayas.¹ Il emploie environ 25.000 praticiens.²

I-2-1-3- Offre en médicaments et équipement médicaux

Le marché algérien des médicaments est estimé en 2010 à 1492 Millions d'Euro. Il a enregistré une croissance de l'ordre de 197 Millions d'Euro par rapport à 2009 soit une augmentation de 15,2%. Il est, aujourd'hui, marqué par l'importation de plus en plus accrue du médicament, d'une part, et par un développement timide de la production locale, d'autre part.³

A. La production nationale de médicaments

Avec l'existence des textes qui favorise la fabrication des médicaments en Algérie, la production nationale reste toujours modeste, bien que la plupart des produits pharmaceutiques soient importés. Les importations représentent le principal moyen de couverture de la consommation de médicament. Elle représente 457 millions USD en 2000, ce montant a presque multiplié par 4 pour atteindre 2104 en 2009.⁴

En 2011 en Algérie nous comptons 56 unités de production de médicaments, Elles couvrent 35% des besoins nationaux en valeur et 53% en volume.⁵

Le groupe SAIDAL représente une part prépondérante de médicament fabriqué localement en Algérie, après l'interdiction en 2009 d'importer des médicaments fabriqué localement, la production nationale à enregistrer le taux record de couverture des besoins en médicament, en atteignant 36%.

Ces chiffres attestent des efforts consentis et des mesures d'encouragement adoptées afin de promouvoir l'industrie pharmaceutique nationale. Par ailleurs, la volonté des pouvoirs publics de promouvoir le médicament générique et la fabrication locale ont eu pour effet de favoriser la consommation du générique chez les citoyens.

¹ Lila ZIANI, Mohamed ACHOUCHE, analyse des dépenses de santé en Algérie, Colloque International Algérie : Cinquante ans d'expériences de développement Etat -Economie-Société, In : http://www.creaddz.org/cinquante-ans/Communication_2012/ZIANI_ACHOUCHE.pdf. P4.

² Mourad BAGHRICHE, Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie. Etat des lieux 2009 Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010. P23.

³ Zoulikha SNOUSSI, Mohamed ZOUANTI, l'explosion des dépenses de santé en Algérie : déterminer les raisons pour contenir le problème, Algérie : cinquante ans d'expériences de développement Etat –Economie Société. In: http://www.cread-dz.org/cinquante-ans/Communication_2012/SNOUSSI_ZOUATNI.pdf. P6.

⁴ ABBOU Youcef. « *Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie* », mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2010.P71.

⁵ NABNI 2020, Cinquantenaire de l'I indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, janvier 2013.P16.

B. Les médicaments génériques

Depuis 2004, la part du marché algérien des génériques n'a cessé d'augmenter au détriment de celle des princeps, passant ainsi de 21% en 2004 à environ 30% en 2010. Cette évolution de la consommation des génériques est le résultat des mesures encourageantes en faveur des génériques, telles que les incitations financières accordées aux médecins et pharmaciens qui prescrivent ou délivrent des médicaments génériques, la sensibilisation des patients et notamment l'instauration du dispositif de tarif de référence, (MSPRH, 2011).²²

Les médicaments génériques, sont, en fait des copie de médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public, comme l'indique le Décret n° 92/284 du 16/07/1992, « *on désigne par produit pharmaceutique générique toute spécialité dont la composition est essentiellement similaire à un produit pharmaceutique original, lorsqu'il a la même composition quantitative et qualitative en principe actif* ». ¹

La promotion du générique passe par l'application par la sécurité sociale du «*prix référent*», en augmentant le taux de remboursement de celui-ci, par rapport aux autres. Enfin une campagne d'information active doit être menée pour contrer l'Intox menée auprès des patients dévalorisant le générique.²

C. Equipement médicaux

Les équipements relèvent actuellement de la direction de la pharmacie. La grande partie des équipements médicaux n'a pas connu de renouvellement depuis 1982. Le taux de panne est très élevée, soit plus de 30%³, à cause de l'obsolescence, le manque de pièces de rechange, de la sur- utilisation et de l'absence d'une politique de maintenance. Cette structure centrale délivre les agréments de création d'entreprises d'importation et de maintenance du matériel médical, ainsi que les autorisations d'importation des équipements médicaux.

Estimation d'acquisition Durant la période allant de 2005 jusqu'à 2012 de :

- 18 Machines de traitement du cancer ;
- 12 Simulateurs ;
- 12 Gamma caméra ;
- 03 PET-scan ;

¹ MAHFOUD.N: “ Essai d'évaluation de la part des dépenses de médicaments dans les dépenses d'A.M et le phénomène de remboursement en Algérie, mémoire de magister, université de Béjaïa, 2009.

² Mohammed Brahim Farouk, Bilan et perspectives du système national de santé, le quotidien d'Oran publié dans le quotidien d'Oran le 11 - 03 – 2012.

³ Font : Direction Française des Relations Economiques Etrangères, 2004.In : Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, Algérie.

- 07 Résonances magnétiques. 32 Scanners .13 Angéographes.

I-2-1-4- Ressources financières

Le financement de la santé demeure une préoccupation primordiale, du fait de l'insuffisance des ressources et l'accroissement continu des besoins, surtout avec le vieillissement de la population, transition démographique et épidémiologique, l'augmentation du niveau de vie ainsi qu'à l'augmentation de la morbidité.

- Les services et actions de santé sont financés par :
 - L'Etat ;
 - Les organismes d'assurance sociale ;
 - Les départements ministériels concernés par la protection et la promotion de la santé des individus et de la collectivité ;
 - Les collectivités locales dans le cadre des programmes d'investissements et des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire ;
 - Les associations ;
 - Les bénéficiaires de prestations de santé à l'exception des catégories particulières identifiées par la législation et la réglementation en vigueur ;
 - Les entreprises et assurances économiques.
- Les ressources mobilisées pour le financement du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites sont présentées annuellement, à l'Assemblée Populaire Nationale sous forme de comptes appelés "comptes nationaux de santé".¹

A. Les sources de financements

Le secteur de la santé en Algérie est financé essentiellement par trois grandes sources : l'Etat, qui veille à l'équité sociale, et à la promotion des soins préventifs et des soins curatifs, afin d'améliorer l'état de santé de la population, par la sécurité sociale qui continue à assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. Et des ménages, qui assurent une proportion non négligeable des dépenses de santé. La participation à ce financement varie en fonction de la conjoncture économique du pays.²

Durant les années 70, la part des dépenses de sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23,49%, cette faible part s'explique par la place occupée par l'Etat

¹ MSPRH, Avant-projet de loi sanitaire version provisoire soumise à concertation - Février 2003. In. <http://www.santemaghreb.com/algerie.index.htm>.

² Marie-Claude VERDAN Observatoire Régional de la Santé de Guyane, systèmes de santé Guyane française, Brésil, Suriname, Mars 2010.

qui, en raison des excédents financiers de l'époque, couvrait une part importante des dépenses de santé (76,51%). Cependant, la sécurité sociale a vu son rôle renforcé, puisque sa part dans les dépenses totales de santé a augmenté au fil des années et, en raison de la crise qu'a connue le pays (*fin 80 et début 90*), la sécurité sociale a pris donc le relais pour soutenir le budget de l'Etat et pour intervenir d'une manière plus renforcée.

A partir de l'année 1999, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat dans le financement des dépenses totales de santé. Cette situation est le fait de l'augmentation du budget de l'Etat grâce aux recettes pétrolières où le prix du baril de pétrole a connu des augmentations continues atteignant 28,9 dollar en 2003 à 65,40 dollar en 2006.

De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien, elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins, dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages.

A partir de 2005, la participation des ménages commence à décroître. La part de l'état devient de plus en plus importante suite à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne à partir de cette date, grâce à l'augmentation des prix des hydrocarbures, une situation qui procure au système de santé des ressources plus larges et qui permet à l'Etat de reprendre sa place de financeur de la santé.

Quant au financement du secteur privé, les prestations de ce dernier sont en grande partie à la charge du malade, à l'exception de la chirurgie cardiaque et de l'hémodialyse qui sont remboursés à des taux très inférieurs aux montants payés. Ce secteur reste donc difficile d'accès, pour une grande partie de la population.¹

¹ NOUARA KAÏD.T. « *Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa* », thèse de doctorat d'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003. P88.

Tableaux N°8 : Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en% des dépenses totales de santé

Année	Etat	Sécurité sociale	Ménages
1974	76,51	23,49	0,00
1988	27,5	51,2	21,3
1996	38,45	35,64	25,9
2000	47,27	26,02	26,7
2002	48,42	24,01	24,7
2006	53,8	27,4	18,8
2009	55,2	31	13,8

Source : Kaïd Tlilane N. : La problématique du financement des soins en Algérie.

B. Les dépenses nationales de santé

D'après les chiffres de la banque mondiale en 2006¹, les pays à revenu élevé consacrent en moyenne 7,7% de leur PIB aux dépenses de la santé, dans les pays à revenu intermédiaire, ces dépenses représentent 5,8% du PIB. Les pays à faible revenu ne dépensent que 4,7% de leur PIB dans la santé.

En Algérie, les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression non régulière en passant de 3,5% en 1979 à 6% en 1988 et 3,5% en 2005. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du PAS : la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé. Mais à partir de 2006, celles-ci n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,32 % en 2011. Cela est dû à l'embellie financière qui a caractérisé l'économie algérienne ces dernières années.

En valeur, les dépenses nationales de santé ont connu d'importantes augmentations, elles ne représentaient que 1,852 milliards de DA en 1979 pour passer à 19,822 milliards DA en 1988. Soit une multiplication par 10,7 au cours de cette période. Depuis 1992, ce chiffre enregistre une croissance sans cesse, pour atteindre plus de 267,795 milliards DA en 2005 et plus de 679,262 milliards DA en 2009. Ces dépenses sont majoritairement des dépenses publiques. Sur la période 1974 à 2009, rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses publiques enregistrent une part nettement plus importante par rapport aux dépenses privées de santé.

¹ Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, ZIANI Lila, ZIANI Farida, Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, Université Béjaïa. 2011. Août 2007, P.172. In : www.worldbank.org.P3.

Les dépenses publiques représentaient 100% en 1974 où l'Etat et la sécurité sociale étaient les seuls financeurs de la santé en Algérie, elles passent 70,4% en 92 puis elles augmentent jusqu'à 86,2% en 2009. La part des dépenses privées reste très limitée dans le financement de la santé au cours de cette période.

Quant aux dépenses de santé par habitant, elles ont connu une évolution importante, elles ont été multipliées par sept pour la période 1995 à 2011, cette augmentation est due principalement au désengagement de l'Etat progressif du financement de la santé et est le développement du secteur privé et la dégradation de la qualité des prestations fournies par le secteur public, ce qui poussent les ménages à contribuer pour l'amélioration de leur santé.

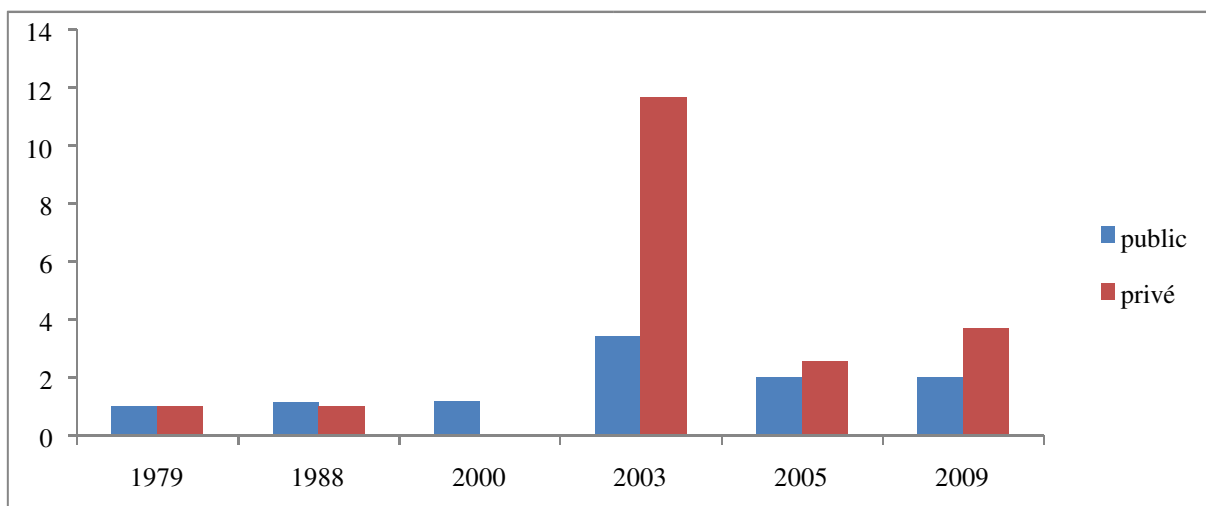
(Cf. tableau n°9).

Tableaux N°9: Evolution des dépenses de santé

Année	1979	1988	2000	2003	2005	2009	2011
Dépenses publiques	1842	15600	105503	148940	294249	585503	-
Dépenses privés	10	4103,1	38368	41955	68326	93759	-
Dépenses de santé en% du PIB	33,5	6	33,5	44,3	44,3	55,8	7,32
Dépenses de santé par habitant en USD	-	-	63	77	150	268	379,93
Dépenses totale en millions en DA	1852	19822	143870	190895	362575	679262	-

Source : Kaïd Tlilane N. : Le système de santé Algérien entre efficacité et équité.

Graphe N°1 : Evolution des dépenses de santé



Source : Graphique réalisé par nos soins à partir du tableau 6.

Conclusion au chapitre

Le système national de santé semble faire aujourd'hui l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usages que de la part des professionnels de soin, ces critiques fondées portent aussi bien sur des appréciations liées à l'accueil a, la prise en charge du malade et au dysfonctionnement des unités de soins que sur leurs résultats objectifs. En effet, les décalages intervenus depuis les années 90, avec la transition épidémiologique et économique traduite respectivement par l'apparition prononcée de maladies chroniques lourdes d'une part et l'ouverture du marché, la désagrégation de la classe moyenne, la satisfaction des classes sociales, le fort écart des revenus du secteur privé médical par rapport à l'indigence des salaires versées dans le secteur public d'autre part provoquent déjà, des cassures brutales qui remettent en cause l'antérieure cohérence d'ensemble du système .

En guise de conclusion de ce chapitre nous ne constatons que l'organisation du système de santé fait ressortir de nombreux dysfonctionnements et cela malgré tous les efforts consentis à ce jour, l'offre sanitaire Algérienne reste inférieure au besoin du pays tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi que l'offre en médicament en plus et malgré tous les efforts. L'Algérie continue à dépendre à l'étranger pour assurer le fonctionnement normal du secteur.

Introduction au chapitre

Le système de santé en Algérie se caractérise par la consistance d'établissement de santé qui offrent à la population des services généraux et spécialisé dans le secteur public en on trouve plusieurs types d'hôpitaux qui est considéré comme l'une des organisations les plus complexes. La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels il est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'il doit atteindre.

Le deuxième chapitre est consacré à présenter l'établissement public et les établissements public de santé avec leurs organisations et leurs fonctionnements afin de développer ces déférentes idées, nous structurons le deuxième de la façon suivante :

La première traitera les généralités sur les établissements publics de santé en Algérie, la deuxième section sera consacrée sur l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé en Algérie.

II-1 Généralités sur les établissements publics de santé en Algérie

Les établissements publics de santé sont concéder parmi les plus importantes installations dans la communauté.

II-1-1 Présentation des établissements publics

Un établissement public (EP) est une personne morale de droit public disposant d'une autonomie administrative et financière afin de remplir une mission d'intérêt général, précisément définie, sous le contrôle de la collectivité publique dont il dépend (*État, région, département ou commune*). Il dispose donc d'une certaine souplesse qui lui permet de mieux assurer certains services publics. Il ne doit pas être confondu avec un établissement d'utilité publique, qui relève du droit privé

Les domaines d'intervention des établissements publics sont variés, mais la plupart remplissent une mission de nature économique ou sociale. Il peut s'agir du domaine de la santé (*ex : Établissement français du sang*), de l'enseignement (*ex : universités, lycées*), de la culture (*certains musées nationaux, comme le Louvre*), de l'économie (*ex : Caisse des dépôts et consignations*).

On distingue établissement public administratif (EPA) et établissement public à caractère industriel ou commercial (EPIC), en fonction de la nature de leur activité. ¹

II-1-2 Établissement public de santé

*« Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial ».*²

L'établissement de santé est donc une installation sociale et humanitaire vise à atteindre des objectifs spécifiques, y compris des entrées et des sorties, et se compose de trois éléments de base :

- Les individus et les groupes qui ont besoin de services de santé ;
- Des particuliers ou professionnels se spécialistes dans une variété de domaines ;
- Des organisations sociales et humanitaires régissant le style d'offre le service de santé, le mode de financement et de l'approvisionnement des services, le rationnement et la législation des services, la planification et la coordination et la mise en place des objectifs, et de veiller à améliorer les services et de les contrôler.

L'analyser de l'établissement sur cette base exige de prendre en considération ces spécificités :

¹ <https://WWW.étudier.com> /établissement public / pages 09/publier 1 janvier 2012 / consulter 20 /11 /2018.

² Article L6141-1 du code de la santé publique français, cité par : Le panorama des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, édition 2011, Paris.

Considérer les établissements de santé comme des institutions sociales doivent vérifier la justice sociale, cette propriété lui impose dans un état contradictoire, d'une part, ils sont obligés de maintenir la survie et la croissance avec toutes les propriétés du commerçant économique, d'autre part, il doit s'assurer la dimension éthique de la production thérapeutique, au fait que la santé est un droit fondamental nécessite la fourniture de services de santé essentiels et de les rendre accessibles à tous.

La présence de deux types de fonctionnaires : professionnels de la santé et les gestionnaires, donc l'établissement de santé est responsable sur la gestion des services thérapeutiques et la gestion des ressources, et le véritable défi réside dans la capacité à assurer une bonne gestion des ressources en préservant l'autonomie nécessaire des professionnels pour accomplir leurs tâches. L'établissement de santé est un lieu destiné à prendre en charge des personnes atteintes de pathologies et de traumatismes trop complexes pour pouvoir être soignées à domicile ou dans un cabinet de médecin.

L'établissement de santé comporte des structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des patients. En Algérie les établissements de santé sont regroupés en catégories d'établissement avec une organisation et des missions différentes à savoir :

- Les centres hospitalo-universitaires (*CHU*) ;
- Les établissements hospitaliers spécialisés (*EHS*) ;
- Les établissements hospitaliers universitaires (*EHU*) ;
- Les établissements publics hospitaliers (*EPH*) ;
- Les établissements publics de santé de proximité (*EPSP*).

II-1-2-1 Centre Hospitalo-universitaire (CHU)

C'est sans aucun doute l'hôpital le plus connu par le grand public, ses nombreuses spécialisations en font un établissement complet permettent de soigner tous type de blessures et de maladies. Sont chargés, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales (*diagnostic, exploration, soins, prévention, formation, études et recherche*).

Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par décret exécutif sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé, et du ministre chargé de l'enseignement

supérieur et de la recherche scientifique Il est placé sous la tutelle administrative chargé de la santé, la tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.¹

Il est chargé notamment des taches suivantes :

- En matière de santé d'assurer les activités du diagnostic au sein de l'hôpital n et des urgences médico-chirurgicales de prévention ainsi que toute activité concourant à la protection et à la promotion ;
- En de la santé de la population d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifiques des structures de la santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention de l'hygiène de la solidarité et de la lutte contre les naissances et fléaux sociaux autre les taches prévues aux alinéas, le CHU assure pour la population résidente à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnantes. Les missions dévaluent aux secteurs sanitaires tels que fixés à l'article 5 de décret exécutif n° 97-466 du 2 châabane 1418.

II-1-2-2 Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS)

Crée suite au décret 97- 465 du 2 décembre 97 sur proposition du ministre chargé de la santé, ils ont implanté aux majorités au niveau de chef-lieu de wilaya, ils couvrent environ une dizaine de spécialités, oncologie, cardiologie, chirurgie cardiaque, psychiatrie, rééducation, traumatologie, neurologie et maladies infectieuses.

*« L'établissement hospitalier spécialisé est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge : d'une maladie déterminée ; de l'affection d'un appareil ou d'un système organique donné ; ou d'un groupe d'âge déterminé. ».*²

L'EHS est pris en charge :

- Une maladie précise ;
- Une affectation d'un appareil ou d'un système organique donnée ;
- Un groupe d'âge déterminé.

L'EHS peut assurer le terrain de formation pour les activités hospitalo-universitaires sur la base des conventions signées avec les établissements de formation.

¹ OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010, page 127.

² OULD-KADA, Mohamed .Op.cit. 120.

II-1-2-3 Etablissement hospitalier universitaire (EHU)

Est un établissement à caractère spécifique, créé à Oran et placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé et sous la tutelle pédagogique du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'EHU est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieure et de recherche médicale.

Dans le cadre de la politique nationale de santé, l'établissement est chargé de la prise en charge, de manière intégrée, des besoins sanitaires de la population de la wilaya qu'il couvre ainsi que de celle des wilayas limitrophes.

A ce titre, il a, notamment, pour missions :

- D'assurer des activités dans les domaines du diagnostic, de l'exploration, des soins, de la prévention, de la réadaptation médicale, de l'hospitalisation et de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé ;
- D'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;
- De contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux ;
- De participer au développement de toutes actions, méthodes et de tous procédés et outils visant à promouvoir une gestion moderne et efficace de ses ressources humaines, matérielles et financières ;
- D'assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins spécialisés pour la prise en charge de certaines pathologies ;
- De proposer et de contribuer à toutes actions de perfectionnement et de recyclage des personnels.¹

II-1-2-4 Etablissement public hospitalier (EPH)

Sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du wali.

L'établissement public hospitalier pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population.

Dans ce cadre il a notamment pour taches :

¹ OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires sur la santé en Algérie. Statut et organigramme des établissements publics de santé .2016. Page 54.

- D'assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs de diagnostic de réadaptation de médicale et d'hospitalisation ;
- D'appliquer les programmes nationaux de santé ;
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte les naissances et les fléaux sociaux ;
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé ;
- EPH peut servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de convention signées avec les établissements de formation.¹

II-1-2-5 Les Etablissements publics de Santé de Proximité (EPSP)

Sont des établissements publics qui constitués d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population.

L'établissement public de santé de proximité a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée :

- La prévention et les soins de base ;
- Le diagnostic ;
- Les soins de proximité ;
- Les consultations de médecine générale et les consultations de médecine spécialisée de base ;
- Les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale ;
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.

Il est chargé également :

- De contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- De contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.²

Notre travail de recherche s'intéresse principalement aux établissements publics Hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les EPH, qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures avec le tableau ci-dessous représente l'état des infrastructures sanitaires publiques en Algérie :

¹ Décret exécutif N°07-140 du 02 Joumada el oula 1428correspondant au 19 mai 2007 portant créations, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

² Décret exécutif n° 07-140 du 2 Joumada El Oula 1428 .Op.cit.

Tableau N°10 : Infrastructures sanitaires publiques en Algérie

Wilaya	EPH	EPSP	EHP	CHU
1 Adrar	3	6		
2 Chlef	5	6	1	
3 Laghouat	2	7	1	
4 Oum El-Bouaghi	7	3	1	
5 Batna	9	10	3	
6 Béjaïa	7	8	2	
7 Biskra	4	9	2	
8 Béchar	4	7	1	
9 Blida	4	4	3	
10 Bouira	5	5	1	1
11 Tamanrasset	2	7	1	1
12 Tébessa	6	6	1	
13 Tlemcen	4	7	1	
14 Tiaret	5	7	3	
15 Tizi Ouzou	7	8	3	1
16 Alger	8	10	12	
17 Djelfa	4	5	1	
18 Jijel	3	6	1	1
19 Sétif	4	9	4	
20 Saida	1	4	1	1
21 Skikda	5	5	1	4
22 Sidi Bel Abbes	3	7	3	
23 Annaba	3	3	3	
24 Guelma	5	4		1
25 Constantine	4	6	4	
26 Médéa	6	7		1
27 Mostaganem	3	6	2	1
28 M'Sila	4	6	2	
29 Mascara	6	5	1	
30 Ouargla	5	5	3	1
31 Oran	2	9	7	
32 El-Bayadh	3	4		
33 Illizi	2	4		
34 Bord-Bou-Arréridj	3	7	1	
35 Boumerdès	3	4		
36 El-Taref	3	4		
37 Tindouf	1	2		1
38 Tissemsilt	3	3		
39 El Oued	3	6	1	
40 Khenchela	4	6	1	
41 Souk Ahras	3	4		
42 Tipaza	4	4	2	
43 Mila	5	5	1	
44 Aïn Defla	4	4		
45 Naâma	2	4		
46 Aïn Témouchent	3	4	1	
47 Ghardaïa	4	5	1	
48 Relizane	3	5	1	

Source : établi par nos soins.

Tableau N°11: Répartition de nombre de lits selon la matière de l'activité dans le secteur public de santé en Algérie en 2010

Etablissement	Nombre de lits en spécialités					Total
	Médicales	Chirurgicales	Gynéco Obstétrique	Maternité	Urgences (lits d'observation)	
CHU	6103	4371	1138	715	634	12961
EHS	7061	1520	1954	1032	268	11835
EH+EPH	16466	10068	5441	1990	2110	37475
EPSP				3208		3208
Total	29630	15959	8533	8345	3012	65479

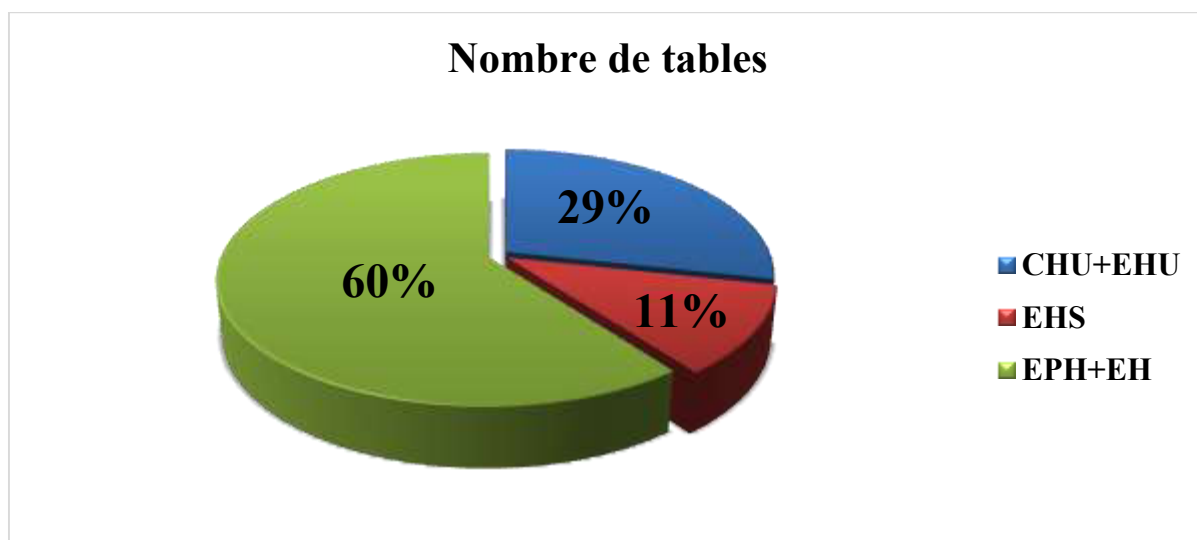
Source : construit par ahcène zehnat.

Tableau N°12: Répartition de tables d'opération en état de marche dans le secteur public de santé en Algérie en 2010

Type d'établissement	Nombre de tables
CHU+EHU	366
EHS	145
EPH+EH	775
TOTAL	1286

Source : construit par ahcène zehnat

Graphe N°3 : Répartition de tables d'opération en état de marche dans le secteur public de santé en Algérie en 2010



Source : construit à partir des données du tableau

Chacun de ces établissements de santé est organisé autour d'une structure importante qui est l'hôpital. Ce dernier est divisé en plusieurs services dotés de lits d'hospitalisation, les structures non dotées de lits d'hospitalisation telles que les salles de soins sont rattachées soit à un EPH ou à un EPSP. Le tableau montre que les EPSP représentent les structures sanitaires les plus importantes en nombre. Cependant, ces structures de santé ne sont pas dotées de lits d'hospitalisation ce qui fait des EPH les structures les plus importantes en nombre de lits d'hospitalisation qui avoisine les 37475 lits.

Juridiquement l'hôpital est un établissement public à caractère administratif, il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par un décret exécutif et placé sous la tutelle du ministère de la santé à l'exception des CHU qui sont sous la tutelle conjointe du ministère de la santé et du ministère de l'en Le management dans les établissements publics de santé.

II-1-3 Caractérisation des établissements publics de santé

A la différence des entreprises, les organisations hospitalières ont une mission principale de service public. Cette expression de service public signifie, l'activité destinée à satisfaire un besoin d'intérêt général, qui s'exerce sous l'égide des pouvoirs publics. Ces organisations hospitalières sont particulièrement spécifiques, en matière de statut, de modalités de gestion et de structures juridiques.

Parmi les caractéristiques des organisations hospitalières, on retrouve principalement :

- L'existence de statut juridique spécifique ;
- La réalisation de missions d'intérêt général ;
- Le caractère non marchand des activités ;
- La vocation non lucrative de l'organisation ;
- L'exercice d'un contrôle par l'Etat ;
- L'hôpital est considéré comme une organisation de production des soins.

Deux grilles de lecture peuvent être utilisées, afin d'analyser les caractéristiques spécifiques aux organisations hospitalières, notamment, la grille « *institutionnelle* » et la grille « *organisationnelle* ».

L'analyse institutionnelle met en avant des spécificités d'ordres juridiques. Dans cette approche, les organisations hospitalières :

- Relèvent d'un système juridique particulier ;
- Fonctionnement selon une rationalité de service public ;
- Se financent à partir de ressources budgétaires affectées.

L'analyse organisationnelle part du constat selon lequel les organisations hospitalières traduisent trois tendances de base :

- Une organisation de production de soins ;
- Des activités, plus fréquemment des services d'enseignement.¹

II-1-3-1 Le status des établissements publics de santé selon la loi sanitaire 2018

L'établissement public de santé est un établissement public à gestion spécifique et à vocation sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il a pour mission d'assurer, de développer et de promouvoir toutes les activités de santé. Il peut assurer, également, des activités de formation et de recherche en matière de santé. Il peut développer toutes activités accessoires en relation avec ses missions par voie de convention. Le statut-type de l'établissement public de santé est fixé par voie réglementaire.²

Les différents établissements publics de santé sont, notamment :

- Le centre hospitalo-universitaire ;
- L'établissement hospitalier spécialisé ;
- La circonscription sanitaire ;
- L'établissement d'aide médicale d'urgence.

Les modalités de création, les missions, l'organisation, le fonctionnement ainsi que les critères de classification de ces établissements, sont fixés par voie réglementaire.³

Les crédits nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement public de santé sont inscrits chaque année au budget de l'Etat.

Les ressources financières de l'établissement public de santé proviennent, notamment :

- De subventions inscrites au budget de l'Etat ;
- De la contribution des organismes de la sécurité sociale conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ;
- Des recettes issues de toutes activités en relation avec ses missions, assurées par l'établissement au profit d'organismes et structures publics et privés dans un cadre contractuel ;
- Des recettes issues des prestations de soins prodigués aux personnes étrangères non conventionnées en matière de sécurité sociale ;
- Des remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels ;

¹ BOUADI Sonia, Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam. Mémoire de Magister en sciences économiques. Option Management des Entreprises. Tizi-Ouzou, faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion. P21.

² Journal officiel de la république algérienne.16 DHOU EL KAADA 1439...29 juillet 2018.article 298.

³ *Idem.* Article 299.

- Des dons et legs ;
- Toutes autres recettes en relation avec ses activités accessoires. ¹

Le financement des activités des établissements publics de santé, s'effectue sur la base de contrats d'objectifs et de performance validés par les services compétents du ministère chargé de la santé :

- Les contrats cités à l'alinéa ci-dessus, fixent les obligations des structures et des établissements publics de santé et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés dans le schéma national d'organisation sanitaire ;
- Chaque structure et établissement publics de santé est tenu d'établir des contrats et des projets de services dans le cadre du projet d'établissement ;
- Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire. ²

L'établissement public de santé est soumis, en matière de gestion financière et comptable, à :

- La comptabilité publique pour les dépenses des personnels ;
- Au système comptable financier, prévu par la loi n° 07-11 du 15 Dhou El Kaâda 1428 correspondant au 25 novembre 2007, susvisée, pour les autres dépenses.
- La tenue de la comptabilité de l'établissement est confiée à un agent comptable désigné par le ministre chargé des finances. ³

L'établissement public de santé est soumis, conformément à la législation et à la réglementation en Vigueur, en matière de contrôle des dépenses :

- Au contrôle financier préalable, pour les dépenses des personnels régis par le statut général de la fonction publique ;
- Au contrôle financier a posteriori pour les autres dépenses. ⁴

La vérification et la certification des comptes de l'établissement public de santé sont assurées par un commissaire aux comptes désigné conjointement par le ministre chargé des finances et le ministre chargé de la santé. ⁵

¹ Journal officiel de la république algérienne Article300.*Op.cit.*

² *Idem* Article 301.

³*Idem* Article 302.

⁴ *Idem* Article 303.

⁵*Idem* Article 304.

II-2 Organisation des établissements public de santé en Algérie

De nombreux textes réglementaires touchent les hôpitaux publics, en matière de direction, de gestion, mais aussi d'organisation et de fonctionnement de ces établissements publics hospitaliers. Parmi les textes, régissant leurs organisations, on trouve principalement, le décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux publics et l'arrêté interministériel correspondant au 20 Décembre 2009, portant l'organisation interne des établissements publics hospitaliers.

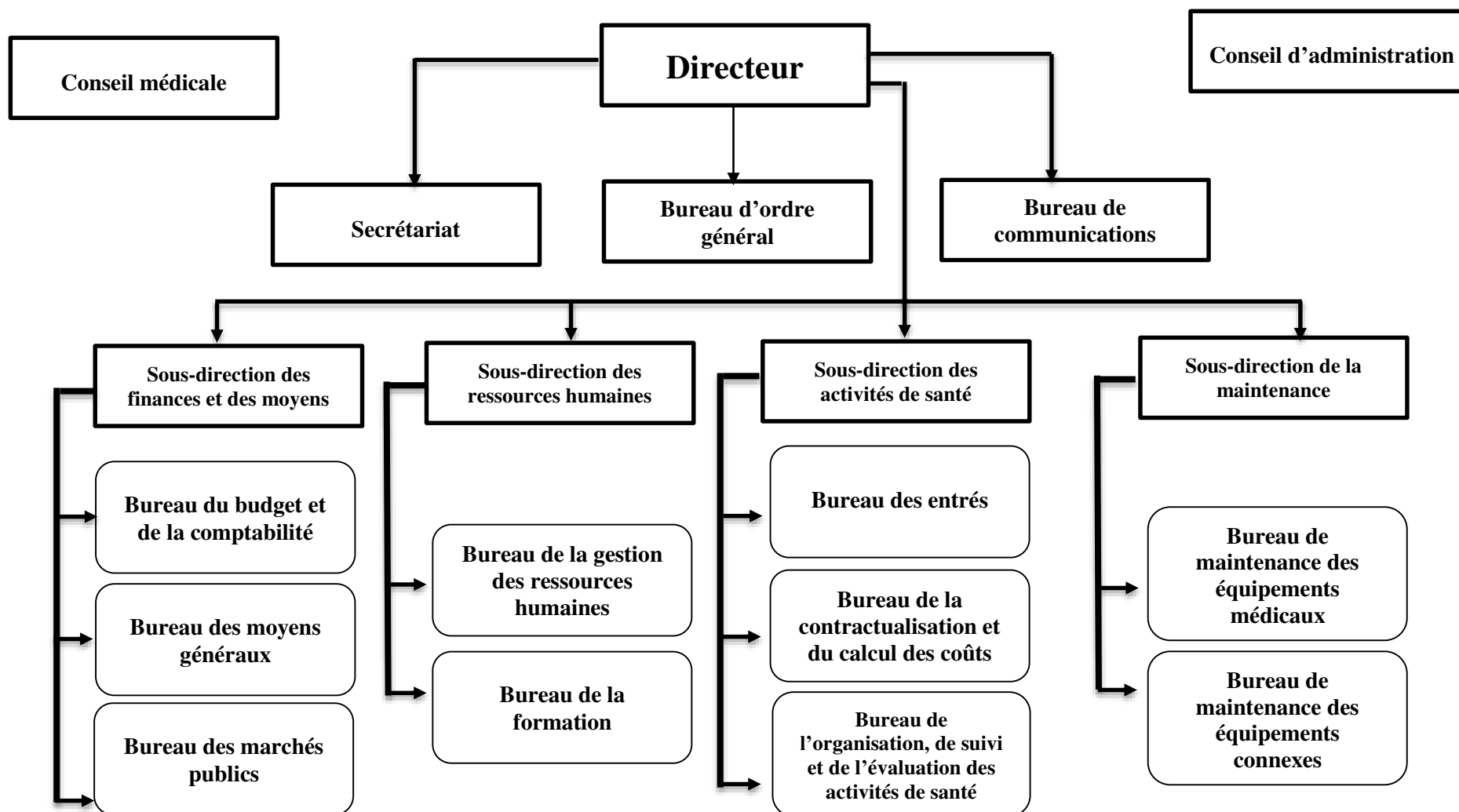
II-2-1 L'organisation établissements publics de santé en Algérie

Les établissements publics hospitaliers et les établissements publics de santé de sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé « *conseil médical* ».

Le conseil d'administration, présidé par le représentant du wali, comprend un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, un représentant des organismes de sécurité sociale, un représentant de l'assemblée populaire de wilaya (APW), un représentant de l'assemblée populaire de la commune (APC) siège de l'établissement, un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs, un représentant des associations des usagers de la santé, un représentant des travailleurs élu en assemblée générale et du président du conseil médical.

Tous ces membres sont nommés pour un mandat de trois ans, renouvelable par arrêté du wali sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

Figure N°02: Organigramme des établissements publics hospitaliers



Source : établi à partir de la lecture de l'arrêté interministériel du correspondant au 20 Décembre2009 portant organisation interne des établissements publics hospitaliers. Application de l'article 22 du décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007.

II-2-1-1 La Direction de l'établissement

Le directeur de l'établissement public hospitalier est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il assure la direction, la gestion et la conduite générale de l'établissement, il exerce ses attributions conformément à la réglementation en vigueur et exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, et représente l'autorité au sein de sa structure.¹

Le premier responsable de l'établissement doit veiller à son bon fonctionnement. Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement. Aussi, il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement, établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration et nomme l'ensemble des personnels de l'établissement, à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu. Le directeur est assisté de quatre sous-directeurs chargés :

- Des finances et des moyens ;
- Des ressources humaines ;
- Des services de santé ;
- De la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.²

II-2-1-2 Le conseil d'administration

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat.

Le conseil d'administration est un organe de délibération composé de 11 membres en plus du directeur de l'établissement qui assiste aux délibérations en tant que membre consultatif et assure le secrétariat au sein du conseil.

Il comprend : le représentant du wali (*président*), un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la wilaya, de l'assemblée populaire de la commune siège de l'établissement, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil médical.³

¹ Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

² SALMI Madjid, « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, 2006. P 99.

³ Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers, p.11.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelables par arrêté du wali, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

Le conseil d'administration est compétent dans la prise de décisions stratégique qui concernent l'établissement à savoir :

- Le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement ;
- Le projet de budget de l'établissement ;
- Les comptes prévisionnels ;
- Le compte administratif ;
- Les projets d'investissements ;
- Les projets d'organisation interne de l'établissement ;
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- Les conventions concernant l'utilisation de l'établissement comme terrain d'étude et de recherche ;
- Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les partenaires de l'établissement, notamment les organismes de sécurité sociale ;
- Les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- Le projet de tableau des effectifs ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- L'acceptation ou le refus de dons et legs ;
- Les marchés contrats conventions et accord conformément à la réglementation en vigueur.

Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois par semestre, et en session extraordinaire sur convocation de son président ou des deux tiers ses membres. Les délibérations du CA sont soumises à l'approbation du wali deviennent exécutoires dans les trente jours qui suivent.¹

II-2-1-3 Le conseil médical

L'établissement hospitalier est doté d'un conseil médical ayant une mission principale d'aider le conseil d'administration à la prise de décisions dans les aspects médicaux de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital.

¹ ARHAB SAMIR. Perspectives et modalité de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier. Mémoire de master en sciences économiques. Options management des entreprises. Tizi-Ouzou. Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences Commerciales. P 69.

Ce conseil a un rôle consultatif, il est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement, notamment sur : l'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux, les programmes de santé et de population, la création ou la suppression de structures médicales, la coordination et l'établissement des liens fonctionnels entre les services, et la proposition de tableaux effectifs du personnel médical et paramédical.¹

Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention. Le CM peut être saisi par le directeur de l'établissement pour toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Le conseil médical comprend :

- Les responsables des services médicaux ;
- Le pharmacien responsable de la pharmacie de l'établissement ;
- Un chirurgien-dentiste ;
- Un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corp des paramédicaux ;
- Un représentant des personnels hospitalo-universitaire, le cas échéant.

Le conseil médical élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Le CM se réunit en session ordinaire une fois tous les deux mois et en sessions extraordinaire sur convocation de son président ou de la majorité de ses membres ou du directeur de l'établissement.

II-2-2 Les Sous directions de l'organisation administrative

Le directeur est assisté de quatre sous-directeurs qui sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé, chargés respectivement : des finances et des moyens, des ressources humaines, des services de santé, de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

II-2-2-1 Sous-direction des finances et des moyens

La sous-direction des finances et de moyens est composée de trois bureaux, remplissant chacun une mission particulière.

- Le bureau du budget et de la comptabilité est chargé des prévisions budgétaires et de l'établissement du projet de budget pour l'EPH, ainsi que l'élaboration des comptes financiers et la tenue de tous les documents relatifs à la comptabilité hospitalière ;

¹ Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers, p 11.

- Le bureau des marchés publics est chargé de veiller sur le bon déroulement des différents processus d'approvisionnement et de sous-traitance avec les fournisseurs et partenaire sociaux de l'EPH ;
- Le bureau des moyens généraux est chargé de la mise à la disposition des différents services administratifs et médicaux des moyens généraux indispensables à leur fonctionnement, organise les services hôteliers, assure la bonne marche des magasins et des services généraux.

II-2-2-2 Sous-direction des ressources humaines

La sous- direction des ressources humaines est composée de deux bureaux chargés respectivement de :

- Le bureau de la gestion des ressources humaines est chargé de la gestion des carrières des personnels de l'EPH, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que de la gestion des conflits et de la commission paritaire ;
- Le bureau de la formation est chargé de mettre en œuvre la politique de formation et de perfectionnement des personnels selon les besoins exprimés par les différents services et de veiller au bon fonctionnement de l'annexe de formation paramédicale.

II-2-2-3 Sous-direction des activités de santé

En plus des services d'hospitalisation qui y sont rattachés, la sous-direction des services de santé regroupe trois bureaux à savoir :

- Le bureau des entrées est chargé essentiellement de l'accomplissement de six tâches : accueil et admission des patients hospitalisés, gestion de l'état civil en collaboration avec les services concernés de l'APC, l'établissement des statistiques relatives au mouvement de la population hospitalière via le logiciel patient la facturation, la tenue de la caisse et pour finir la gestion des archives ;¹
- Le bureau de la contractualisation et du calcul des coûts ;
- Le bureau de l'organisation, du suivi et de l'évaluation des activités de santé est chargé de l'établissement du bilan d'activité annuel des services de santé ainsi que du canevas statistique pour la tutelle, d'établir des plans d'action sanitaire en collaboration avec les services de santé et le suivi ainsi que la coordination des activités médicales et paramédicales.

¹ Logiciel de gestion du parcours du patient fonctionnant en réseau

II-2-2-4 Sous-direction de la maintenance

Elle est composée d'un bureau de la maintenance des équipements médicaux, et bureau de la maintenance des équipements connexes.¹

II-2-3 L'hôpital public et le service public hospitalier

L'hôpital public est un établissement public qui a pour mission la prise en charge de toute personne ayant besoin de soins dans l'optique de répondre de manière optimale aux besoins de santé de la population, son rôle dans l'offre de soins est majeur.

L'établissement public hospitalier présente les caractéristiques d'un service public hospitalier. Il est doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

II-2-3-1 Le service public hospitalier

La notion de service public recouvre toutes les activités d'intérêt général qui s'exerce sous l'égide des pouvoirs publics, centraux et locaux. L'expression « service public » désigne deux éléments différents : une mission, qui est une activité d'intérêt général, et un mode d'organisation consistant, à faire prendre en charge ces activités, par les établissements publics de santé mais toujours sous le contrôle de la tutelle.

La mission première du service public hospitalier est d'assurer les examens de diagnostic, de traitement, notamment les soins d'urgence des malades et leur hébergement éventuel.

A. Les caractéristiques du service public hospitalier**a.1 Le but d'intérêt général de l'hôpital**

La raison d'être du service public hospitalier est le but d'intérêt général. Dès sa création, l'institution hospitalière a eu pour mission de recevoir et de soigner toutes les personnes malades, sans discrimination. Les hôpitaux publics sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

a.2 La permanence du service public hospitalier

Si tout service public doit répondre à l'exigence de la continuité, celle-ci devient impérieuse à l'hôpital, la nature du service public hospitalier est donc un service permanent.

Les malades hospitalisés doivent recevoir des soins que requiert leur état pendant la journée et pendant la nuit. Cette permanence est assurée par les membres du corps médical et para médical qui sont astreints autour de gardes.

¹ BOUADI Sonia, Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam. Mémoire de Magister en sciences économiques. Option Management des entreprises. Tizi-Ouzou, faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion. P70.

Au sein des établissements publics hospitaliers (EPH), cette permanence est assurée par les services des urgences qui reçoivent des malades 24/24h, et aussi par le personnel qui assure les gardes de nuits.

B. Les principes du service public hospitalier

Le service public hospitalier remplit les fonctions ayant pour objets la protection sanitaire. Il repose sur plusieurs principes, notamment, le principe d'égalité, de continuité et d'adaptabilité. Il se doit de garantir à chaque patient accueilli dans le cadre de ces missions, un égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge.

C. Les composantes du service public hospitalier

Les infrastructures sanitaires des établissements publics hospitaliers se subdivisent principalement en deux catégories : structures assurant l'hospitalisation des malades et structures chargées d'effectuer des consultations c'est-à-dire des services ambulatoires.

a. Les services ambulatoires

Ils comprennent tous les services qui sont hors hospitalisation (*consultation externe, médecine dentaire, pharmacie...*), ces services ne nécessitent pas une hospitalisation.

b. Les services d'hospitalisations

La production du service hospitalier est triple :

- L'hébergement : la restauration, hôtellerie...etc ;
- La production de soins médicaux : les analyses, les soins, les médicaments...etc ;
- La transmission des connaissances : en plus des activités de soins, l'hôpital public est le lieu des stages pratiques pour les étudiants en médecine et en paramédical.

II-2-4 Les personnels des établissements de santé

Sur le plan juridique et administratif, une différence des statuts et des modes de gestion qui s'appliquent aux personnels au sein des établissements de santé que ce soit publics ou privés à côté du partage technique des tâches, permet de distinguer deux catégories de personnels : les personnels médicaux et les personnels non-médicaux.

II-2-4-1 Les personnels médicaux

Les catégories de personnels médicaux exerçant dans les établissements publics de santé sont : médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens. Ayant la qualité de titulaires, contractuels ou attachés. Ils sont soumis à une pluralité de statuts à la différence du personnel non-médical et ce qui rend leur gestion complexe. Ces statuts recommandent des règles différentes selon la nature de l'établissement où ils exercent leurs fonctions (*CHU ou centre hospitalier*), et au temps qu'ils consacrent (*temps plein ou temps partiel*).

L'exclusivité des personnels médicaux de CHU : Les personnels médicaux des CHU exerçant les fonctions universitaires et hospitalières, assurent une triple fonction : de soins, de recherche et d'enseignement. Donc ces personnels relèvent de deux établissements publics différents ; l'établissement de santé et l'université.

II-2-4-2 Les personnels non-médicaux

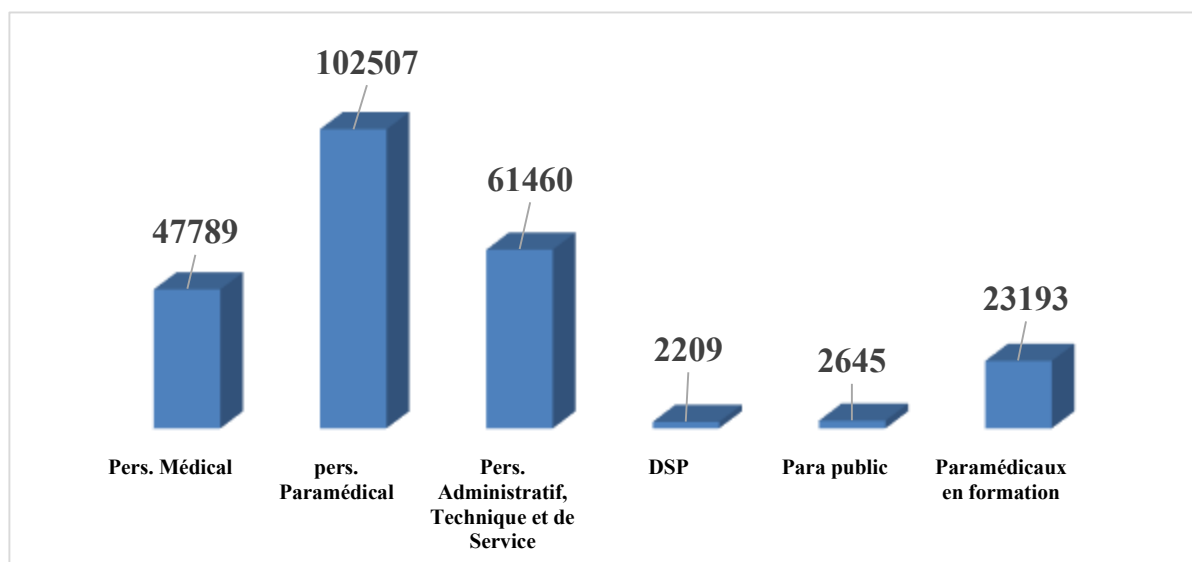
Sont des personnels techniques, personnels médico-techniques, personnels éducatifs et sociaux, personnels des services de soins, sage femmes, psychologues, aides-soignants, agents des services hospitaliers, et autres personnels secondaires des services médicaux, infirmiers spécialisés, personnels d'encadrement du personnels soignant, autre personnel administratif, personnels de direction, etc.¹

Tableau N°13 : Répartition des ressources humaines de la santé public en Algérie en 2010

Personnel	Effectif
Pers. Médical	47789
pers. Paramédical	102507
Pers. Administratif, Technique et de Service	61460
DSP	2209
Para public	2645
Paramédicaux en formation	23193
TOTAL	239803

Source : Par nous, d'après les statistiques sanitaires 2010.

Graph N°4 : Répartition des ressources humaines de la santé public en Algérie en 2010



Source : Par nous, d'après les statistiques sanitaires 2010.

On constate que le nombre des praticiens de santé s'élève à 239803 à la fin de l'année 2010.

¹ GHOU L Djihad. Les services de soins publics : Quelle satisfaction du patient ? Mémoire de Magister en Management. Option Stratégie. UNIVERSITE D'ORAN 2. Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales.

II-2-4-3 Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif

Le pendant des relations au sein de l'hôpital entre le pouvoir médical et le pouvoir gestionnaire, se caractérise par la prééminence du métier technique de base (*la technique médicale*), reléguant en dernière place la dimension managériale et organisationnelle.

Aujourd'hui, on juge un responsable sur sa compétence technique, mais aussi sur sa capacité à manager, animer une équipe, et travailler dans la transversalité. Beaucoup d'expériences mettent en avant la domination, dans les pratiques, de la technique sur le management, où la direction déplore le temps passé par l'encadrement à la technique au détriment de l'animation, du pilotage et du management des équipes. Cette difficulté est ressentie comme une frustration pour le personnel encadrant, qui se trouvent débordé en termes de charge de travail, et qui ne parvient pas à assurer son rôle correctement.

Il s'ensuit des difficultés de relations et de communication au sein des équipes et des défauts de qualité importants en raison du manque de pilotage effectif des responsables.¹

Face au pouvoir bicéphale, les organisations hospitalières doivent allier, les préoccupations de gestion et l'exercice d'un professionnalisme de pointe. Les professionnels de santé doivent comprendre la gestion de la structure dans laquelle ils exercent, les gestionnaires doivent avoir toujours à l'esprit le fait que la valeur de l'entité qu'ils dirigent est médicale

II-2-5 Le fonctionnement de quelques aspects dans les établissements public de santé :

L'évaluation du fonctionnement de l'établissement de santé concerne donc l'évaluation de la qualité de l'accueil des malades, les aspects hôteliers (*les couloirs, les chambres et l'hygiène de l'hôtellerie*), les services existants, les services généraux.

II-2-5-1 L'aspect de l'accueil

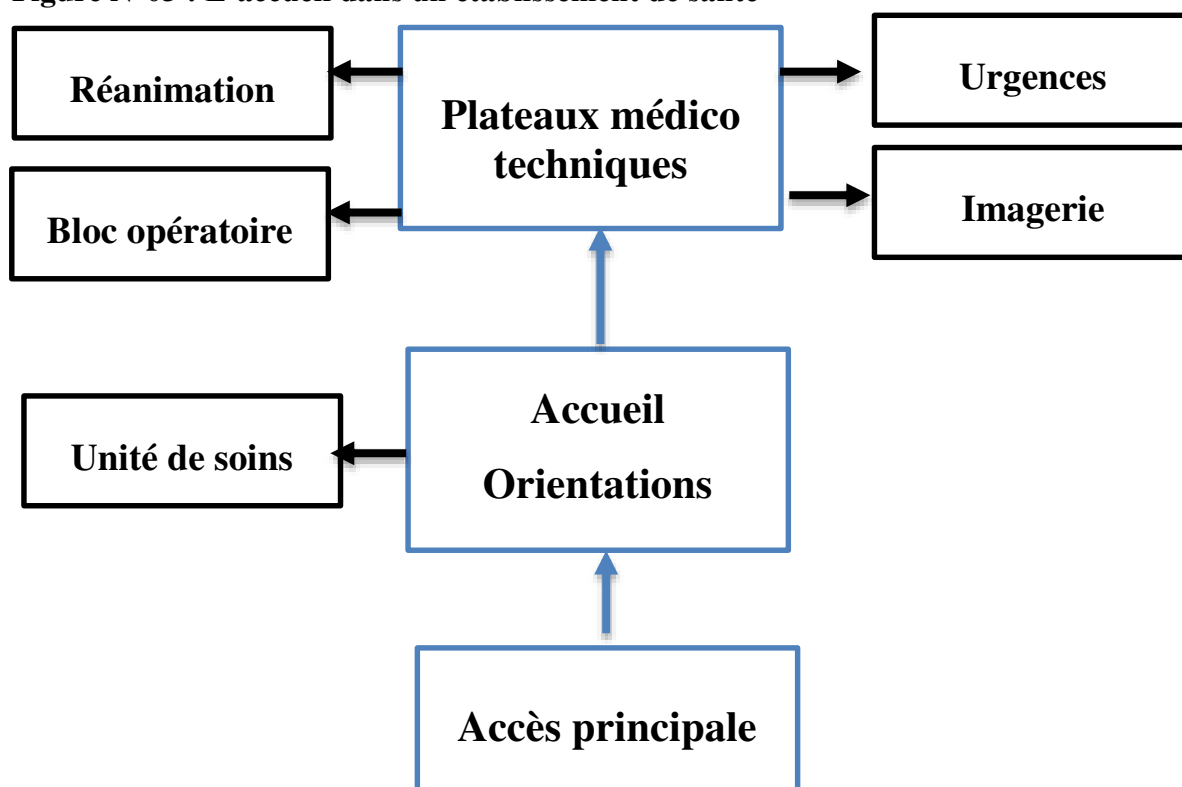
L'accueil à l'hôpital est très important car il a une grande influence sur l'aspect psychologique des visiteurs et surtout des malades, il est considéré comme le premier contact du malade avec le nouveau monde de l'hôpital, En effet, évaluer la qualité de l'accueil, c'est se pencher sur les aspects administratifs d'une hospitalisation, sur les formalités d'admission et de sortie donc c'est l'espace public de l'hôpital et le centre de gestion des flux, il a pour fonctions essentielles de recevoir, d'orienter, d'informer le public dans un univers accueillant et sécurisant.

Il doit favoriser la perception immédiate des accès aux différents services, Il est relativement simple d'organiser des démarches allant dans le sens de limiter pour le malade le temps d'attente qui a été toujours posé par les responsables administratifs et médicaux, offrant

¹ KRIEF Nathalie., « *Projet stratégique et dynamique de l'hôpital public* », communication réalisée à l'université lumière Lyon 2, centre de recherches ISEOR, p 10.

à ce dernier la possibilité de régler les modalités de son admission au préalable lors de sa consultation médicale de charger des secrétaires ou des infirmiers (ères) pour prendre en main toutes les formalités administratives de son admission ou de sa sortie, pris sous un autre angle, évaluer la qualité de l'accueil, c'est créer un service chargé de l'accueil et de l'orientation des malades, de leurs proches et parents, comme cela a été le cas pour le bureau des entrées, c'est de faciliter des accès pour les patient à l'intérieur de l'établissement , espace largement ouvert ,volume clos, le regroupement en un seul volume d'un grand nombre de malades est ressenti comme désagréable ,par contre des petit groupes relativement séparés les uns les autres optiquement et phonétiquement sont préférables, des barque de stationnement pour les véhicules des personnes accompagnant les malades.

Figure N°03 : L'accueil dans un établissement de santé



Source : élaboré par nous-même.

II-2-5-2 Les aspects hôteliers

Les aspects hôteliers reviennent à s'intéresser au confort, à l'hygiène, à la restauration et enfin, à la sécurité des malades. Tous ces aspects ont une place importante qui influence sur la qualité d'hôtelier de l'établissement, qui peut être évaluée grâce à l'observation détaillée des locaux d'hospitalisation de jour, du salon d'attente, des toilettes visiteurs, des couloirs, de la chambre et du service où le malade est admis, des services existants. On arrive à se faire une opinion sur ces aspects hôteliers.

- Les couloirs peuvent être évalués par rapport à leur largeur et surtout à leur luminosité. L'alignement central des éclairages provoque l'éblouissement des malades allongés se trouvant sur des brancards, par contre un éclairage latéral serait plus agréable. Les barres d'appui sont nécessaires pour le déplacement des patients fatigués, de même que les plaques servant à la protection des murs pour éviter leur détérioration, lors du déplacement des malades que ce soit dans leur lits ou dans des brancards ;¹
- Dans la chambre d'un malade, l'observation peut être portée aussi bien sur la surface, le nombre de malade qui se trouve et la literie qui doit être propre et renouveler chaque matin laver stériliser, les sanitaires et les équipements, Chaque chambre doit être équipée d'un sanitaire et d'une salle de bain séparée. La douche doit se trouver intégrée au sol afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant et surtout d'éviter des malencontreuses chute, Chaque patient doit pouvoir disposer de son lavabo personnel, d'une tablette pour déposer ses affaires de toilette et d'une armoire indépendante où seront rangés cuvettes et urinaux pour éviter le risque de confusion de matériel entre les patients, installation et branchement pour chaque lit des appareils de surveillance et d'assistance pour alerter le personnel infirmier en cas d'urgence ;
- L'hygiène de l'hôtellerie est une étape très importante qui doit être rigoureusement analysée car elle dépend de la sécurité, des patients, des visiteurs, de toute personne qui rentre dans cet établissement. Le nettoyage et la désinfection cette opération d'entretien de maintenance des chambres et des salles de bains, des équipements doit intervenir à chaque fois que cela est nécessaire. Tous doivent être maintenu à l'état propre voire nettoyer, désinfecter, stériliser régulièrement et systématiquement toutes les surfaces et maintenir un niveau élevé d'hygiène dans les établissements.

¹ Salmi Madjid., « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, 2006, p75.

Des recommandations simples et réalistes peuvent être émises en vue d'assurer une irréprochable hygiène de l'hôtellerie, à l'exemple, du changement de tenues fortement contaminées du personnel chargé de l'hygiène après une journée passée à nettoyer les chambres, les sanitaires ou le matériel souillé, des mesures de protection doivent sciemment être appliquées comme le port du masque, des gants, d'une blouse, d'une coiffe pour tout le personnel, car l'établissement constitue un environnement dans lequel se trouvent rassemblées des sources potentielles d'infection à l'exemple d'infection nosocomiale est une infection contractée dans un établissement de santé.

Étant un lieu à haut risque d'infection, l'hygiène doit être au cœur du fonctionnement quotidien des établissements hospitaliers et de donnée plus d'importance, Néanmoins une formation insuffisante du personnel et de l'encadrement peut s'avérer coûteuse pour les établissements en terme économique et de sécurité ;

- L'établissement de santé est une organisation assez complexe qui recourt à l'utilisation et à la consommation de l'eau, de l'énergie, du linge, d'aliments, de médicaments, de solutés, de produits et matériels divers qui regroupe le fonctionnement interne de toute établissement, puisque plus de 36 %, des dépenses totales du budget d'opération d'un établissement de santé sont associés aux activités de logistique.

Qui regroupe les activités de la logistique interne auxquelles peut s'ajouter un volet production, c'est-à-dire les activités de transformation telle la lingerie, les cuisines ou la stérilisation ; identifient trois grandes activités à la logistique hospitalière en introduisant, comparativement à la définition précédente, un volet production ;¹

L'approvisionnement regroupe les achats et la gestion des stocks des différents produits. La production gère les différentes activités de transformation telles que la lingerie, les cuisines, la stérilisation, etc...La distribution veille à l'acheminement des différents produits des zones d'entreposage vers les différents points d'utilisation, ou du transport des déchets aux zones d'expédition. La logistique de l'hôpital consiste à diriger le malade, les produits, les services et les informations du fournisseur au destinataire². Toute cette logistique a des conséquences sur le plan financier, mais également reflète le niveau de fonctionnement de l'établissement qui peut être bon ou mauvais ;

- Les feux peuvent se déclarer, à tout instant dans les réseaux électriques, dans des installations comportant des fuseaux électriques ou bien entendu dans les cuisines, ce qui démontre que la sécurité au sein des établissements contre les incendies se doit d'être une priorité.

¹ CHOW et HEAVER, 1994.

² ASLOG « ASLOG, 2002 » : Association française de la logistique.

L'observation détaillée des pratiques quotidiennes permet de déceler certaines anomalies en matière de sécurité contre l'incendie qu'il faudrait corriger comme une sur utilisation de certains équipements. L'exigence de sécurité des établissements de soins doit inspirer le législateur pour adopter de textes réglementaires ou observer des règles de sécurité élaborées sous le contrôle d'organismes spécialisés ;¹

- La restauration est chargée de lâchât de denrées alimentaires, ainsi que les produits alimentaires sont destinés à la restauration des malades hospitalises ainsi qu'un personnel employé à l'hôpital à titre de prestations de cantine. Le titre du budget alimentaire est consommé entièrement par l'hôpital à l'exception des services extrahospitaliers ne remplissent pas toute fois la fonction d'hébergement des malades. Le menu est confectionné hebdomadairement, il est établi en fonction de la disponibilité des fruits et légumes sur le marché, selon recommandations de leur médecin traitant, certains malades se verront restreint à un régime alimentaire strict.
- Dans le services hospitalier les repas sont servis après signature du bon de prélèvement des repas par l'économiste, dans lequel sont indiqués les différents régimes (*régimes sans sel, hépatique, régime gastrique, diabétique, etc.*) alimentaires auxquels sont soumis les malades et le nombre de repas correspondent. dans les établissements de santé en Algérie, arguant l'insuffisance de crédits pour améliorer la confection de plats souvent rejetés par les malades, ce qui pousse les malades et leur proche a apporté l'alimentation et lingerie ,qui est interdit par le règlement intérieur de l'établissement , En effet, les repas confectionnés en dehors de l'établissement échappent à tous types de contrôle indispensables en matière alimentaire , est qui peut être nocif pour le malade, Ce contrôle peut également intervenir dans les cas les plus sévères de réalimentation des malades après une intervention chirurgicale lourde. Le contrôle bactériologique suppose que les services généraux soient organisés par secteurs d'activités ;
- La gestion des déchets est une étape non négligeable, une activité importante pour tous les établissements de santé, c'est d'éviter la transmission accidentelle des maladies et d'améliorer la qualité des soins. De ce fait, il est devenu impératif de mettre en place au niveau des établissements de soins des outils (plans de gestion, réglementation) et des procédures sur l'élimination rationnelle des déchets de soins. Son évaluation porte sur la collecte, le tri, l'emballage, le transport et la conservation et en fin l'élimination, Ce

¹ SALMI Madjid, « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université Mouloud MAMMERI Tizi-Ouzou, 2006. P77.

cheminement doit s'effectuer par la mise en place de moyens de récupération à l'exemple de sacs en plastiques de deux couleur, sac noire pour les DAOM, jaune pour les DASRI. Des boites spécifiques pour Déchets piquants et tranchants ;

- La gestion des déchets des hôpitaux en Algérie a fait objet d'un rapport accablant établi par la Cour des comptes durant la période de 2010 à 2014. Le rapport en question a étudié de près le processus de gestion des déchets hospitaliers dans les Centres hospitaliers universitaires (CHU) de Béni Messous (Alger), Douéra (Alger), Tizi-Ouzou, Annaba et Oran. Les anomalies dans la prise en charge des déchets dans ces hôpitaux, ciblés par l'étude de la cour des comptes, concernent le non-respect des normes relatives à la « *collecte, le tri, l'emballage, le transport et la conservation* ». ¹

¹ <http://www.lestrepublicain.com>. Copyright © 2019 L'Est Républicain Algérie. Tous droits réservés Edité par Massi Nasreddine.

Conclusion au chapitre

Après avoir présenté les établissements publics de santé en Algérie, On peut dire que les établissements de santé public jouer un rôle important dans le secteur sanitaire en Algérie qui contribuent à l'amélioration de la santé de la population, ces établissements de santé connaît des transformations profondes insufflées par les nouveaux textes réglementaires, les notes ministérielles qui porte sur l'organisation interne des EPH pour répondre de manière efficace aux besoins de la population.

L'organisation de ces établissements de santé, présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'une d'organisation spécifique en matière de statut et de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Introduction au chapitre

Les hôpitaux publics en Algérie sont en train de connaître des transformations profondes par les réformes hospitalières engagées pour la modernisation de leur gestion, et donc la mise en place de nouveaux instruments de pilotage, insufflé par le management hospitalier est devenu primordial, cela afin de répondre de manière efficace aux besoins de la population.

L'hôpital a pour tâches de recevoir des malades qui ont besoin d'être bien accueillis, hébergés et de recevoir des prestations de soins, et pour l'évaluation de l'établissement consiste à évaluer son fonctionnement qui est un fonctionnement complexe qui comporte des points positifs et des points négatifs qui sont aperçus par toutes les personnes ayant un contact avec l'établissement, soit un visiteur qui s'intéresse à l'aspect extérieur de l'établissement ou un médecin exerçant à temps plein, ou un patient qui a reçu des soins avec les personnes hospitalisées, ce fonctionnement est évalué par rapport à la qualité d'accueil des malades, les aspects hôteliers, la logistique disponible.

Pour ce faire, ce chapitre fera l'objet d'une analyse empirique approfondie, d'un centre hospitalo-universitaire donc il s'agit de terminer et d'expliquer le fonctionnement de quelque aspect au sein du CHU de TIZIOUZOU.

Le présent chapitre est structuré de la façon suivante, dans la première section, nous présentons le CHU de TIZIOUZOU, dans la deuxième section nous présentons le fonctionnement des aspects internes et aspects externes.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

III-1 Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou

Le centre Hospitaliers Universitaire NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est sous la double tutelle du MSPRH, et du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, sont personnel médical possède le rang magistral, assure les activités de soins, de recherche et de formation.

III-1-1 Historique Du CHU De Tizi-Ouzou

L'hôpital NEDIR Mohamed a été inaugurée ; précisément le 28 juillet 1955. A cette époque, ce dernier comportait un nombre restreint de disciplines médicales.

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient reliées. En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, crée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986.¹

Le siège du CHU de TIZI OUZOU est fixé à l'hôpital NEDIR Mohamed.

III-1-2 Présentation du CHU de Tizi-Ouzou

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public à caractère administratif d'une capacité de 1000 lits organisés, répartis-en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatrewilayas (*Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira*) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région.

Le CHU de Tizi-Ouzou est un établissement qui couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. En plus de sa vocation hospitalière, il assure aussi des missions de formations et de recherche.

¹ CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>. Consulté le 04/11/2018.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Premièrement en matière de santé, il assure les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé et de la population.

Mais aussi l'application des programmes nationaux, régionaux et locaux de santé, ainsi que la Contribution à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.

Outre ces missions, le CHU assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues aux secteurs sanitaires.

En matière de formation celui-ci Assure, en collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents.

Enfin, en matière de recherche, ce dernier, Effectue, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé, Organise des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est constitué de deux unités :

- L'Unité Mère : l'Hôpital NEDIR Mohamed ;
- L'Unité BELLOUA.

III-1-2-1 Unité NEDIR Mohamed

Construite dans les années cinquante et mise en service plus précisément en juillet 1953, elle est réalisée en pavillons interdépendants reliés par des passerelles qui permettent une meilleure communication des services et facilitent le transfert des malades.¹

Le nombre de lits total de cette unité s'élève à 570 lits, incluent les 19 spécialités de cette unité qui ont besoin d'un service d'hospitalisation.

III-1-2-2 Unité BELLOUA

L'Unité BELLOUA « *Ex SANATORIUM* » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, superficie du site 62 500 m²,

¹ CHU NEDIR Mohamed, *Op.cit.*

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

constitue en quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.¹

III-1-3 Les missions du CHU de T-O

Le CHU de TIZ OUZOU est établissement de soins de formation et de recherche en science médicale, à ce titre, il a pour mission :

a) En matière de santé

Participer à la réalisation du programme national de prévention et d'éducation sanitaire, assurer les activités de diagnostic de soins, notamment spécialisé d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, ainsi que de tout activité concourante a la population, participer à l'évolution des normes d'équipement sanitaire scientifiques et pédagogiques des structures de la santé, participer à l'élaboration et la mise à jour de la nomenclature des médicaments et ses approvisionnements.

En outre ces missions, le CHU assure pour la population résident à proximité et ma couverte par les secteurs sanitaire enivremments les missions d'évoluer au secteur sanitaire.

b) En matière de formation

Participer à la formation du personnel administratif paramédical et technique de la santé publique, assures la collaboration avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation en science médicales, participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

c) En matière de recherche

Effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine de sciences de la santé, organise des séminaires, colloques journées d'étude et autres manifestations techniques et scientifique en vue de promouvoir les activités de soins, effectuer tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences médicales, accordes les délibérations du conseil d'administration aux questions relatives à la recherche en science médicale.

III-1-4 L'effectif du CHU TIZIOUZOU

Le secteur sanitaire du CHU TIZIOUZOU emploi de nombreuses catégories de personnel organisé en catégories notamment :

III-1-4-1 Le personnel administratif

¹ *Idem.*

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Le personnel administratif de service du secteur de CHU T.O on trouve notamment les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste.

Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements hospitaliers, en veillant notamment à leurs exécutions, les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs responsabilités, en ce qui concerne l'économie, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature, de ce fait le fonctionnement de cette organisation est assuré par un effectif tout compris confondu de 2425 employés au CHU (*personnels administratifs 191*).

III-1-4-2 Personnel médical

Le personnel médical de CHU TIZOUZOU englobe les médecins spécialistes les médecins généralistes et chirurgiens-dentistes généralistes

Les médecins spécialistes assurent de façon simultanée, des activités de soins et tâches d'enseignement et recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller en permanence à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseigner dont ils ont la charge, outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques.

Les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social, en outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administratives des structures de leurs établissements conformément à la réglementation en vigueur ; les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : les maîtres-assistants, les décrets, professeurs .

Les maîtres-assistants sont chargés de l'enseignement en premier et deuxième cycles, et leur temps consacré à l'enseignement est fixé à 10 heures de travaux pratiques au même temps, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et de suivre des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et d'équipes pédagogiques, ils peuvent être chargés à la demande de leurs établissements, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à 9 heures comprenant obligatoirement 02 cours non répétitifs dans ce cas, ils sont dispensés des travaux dirigés ou pratiques.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Dans le domaine des soins ils suivent leur spécialité assurent les tâches suivantes :

Diagnostiques, traitements, contrôle, et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales. Dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

Les professeurs sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à 09 heures comprenant obligatoirement 02 cours non répétitifs, les professeurs sont chargés de :

- La participation aux travaux des comités pédagogiques ;
- Contrôler les examens et d'assurer le bon déroulement, la correction des copies d'examens, participation aux travaux des jurys de délibération ;
- La préparation et de l'actualisation des cours, l'encadrement des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, contribuer par leurs travaux d'études et de recherche a la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur l'animation des travaux d'équipes pédagogiques dont ils ont la charge ;
- Enrichir et diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées a leurs spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités ;
- Recevoir les étudiants 04 heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lie à leur domaine de compétence, contribuer, dans le cadre des structures compétentes a la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées a leur domaine de compétence ;
- Encadrer les étudiants, internes, externes, résidents, maitres-assistants et décents, et dans le domaine des sois ils sont charges de : assurer tous les soins lies a leurs compétences ;
- contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles ;
- contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, assurer les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires ;
- Contribuer à une meilleure efficience du système de sante par des programmes ou des actions sanitaires. En effet, dans le domaine de la recherche médicale de contribuer suivant leur

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

spécialité a la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale.

Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes :

- Diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire protection sanitaire en milieu de travail, prévention générale et épidémiologie, éducation sanitaire ;
- Réadaptation et rééducation expertise médicale, gestion sanitaire, explorations fonctionnelles, analyses biologique, ils participent à la formation des personnels de la santé, assurer le développement des programmes nationaux de santé publique ;
- Participer à l'élaboration des projets de service et d'établissement, assurer l'expertise médicale.

Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, les tâches suivantes :

- L'exploration et analyses biologiques, préparations pharmaceutiques ;
- Gestion et distribution des produits pharmaceutiques ;,
- Expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques, gestion ;
- Education sanitaire ;
- Ils participent à la formation des personnels de santé ;
- Assurent l'expertise biologique toxicologique et pharmaceutique.

Les chirurgiens dentiste généralistes de santé publique assurent les tâches suivantes :

- Diagnostics et soins, préventions, prothèse ;
- Participent à la formation des personnels de la santé, assurent le développement des programmes nationaux de chirurgie dentaire ;
- L'expertise bucco-dentaire, exercent en cette qualité dans les structures de soins sont ceux ayant un diplôme de chirurgiens-dentistes ou d'un titre reconnu équivalent pour son intégration dans la structure de soins, le chirurgien doit satisfaire a une période d'essai concluante.

III-1-4-3 Le personnel paramédical

Englobe les infirmiers diplômés d'état, les infirmiers brevettes et enfin les aides-soignants.

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients est le personnel assistant le plus, le malade par une présence prolongée à leur côté et par l'administration des traitements qui relève en outre de ses compétences.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Il réalise une jonction entre les médecins et les patients, ce personnel est structuré en trois grades : l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté, aides-soignants.

Les infirmiers diplômés d'état sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et thérapeutique des malades, ainsi qu'à toute action de prévention en matière de santé et enfin à l'encadrement et la formation des autres catégories du personnel paramédical.

L'infirmier breveté est chargé d'assurer les soins de base et les prestations médicales ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical. Les aides-soignants ils sont chargés des soins infirmiers simples de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et aux comforts des malades.

Des corps supérieurs d'infirmiers sont créés, tels que l'infirmier chef d'équipe, le surveillant des services médicaux, le surveillant chef des services médecine et des coordinateurs des activités paramédicales en vue de coordonner, d'organiser, d'expertise et d'exécuter les tâches réparties entre les membres paramédicaux.

Tableau N° 14: Effectifs du CHU TIZIOUZOU au 31/12/2010

Au 31/12/2010 le CHU de TIZIOUZOU comporte un effectif total de 2052 personnes, dont 1822 titulaires et 230 contractuels. Le personnel médical est de 278 dont 178 femmes. Le CHU compte 1093 paramédicaux, 660 administratifs et 847 autres

		Homme	Femme	Total
Corps médical	Spécialiste	60	79	139
	Généralistes	34	66	100
	Dentiste	2	24	26
	Pharmaciens	4	9	13
Total corps médical		100	178	278
Corps paramédical	Diplômés d'état	382	460	842
	Brevetés	62	50	112
	Aides paramédicaux	90	49	139
Total corps P/Med		534	559	1093
Corps administratifs	Administratifs	62	86	148
	Techniques	28	17	45
	Services	212	25	237
	Contractuel	171	59	230
Total corps Admin		473	187	660
Autres		8	13	21
Total général		1115	937	2052

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Source : établis à partir du plan de GRH du CHU établi au titre de l'année 2011.

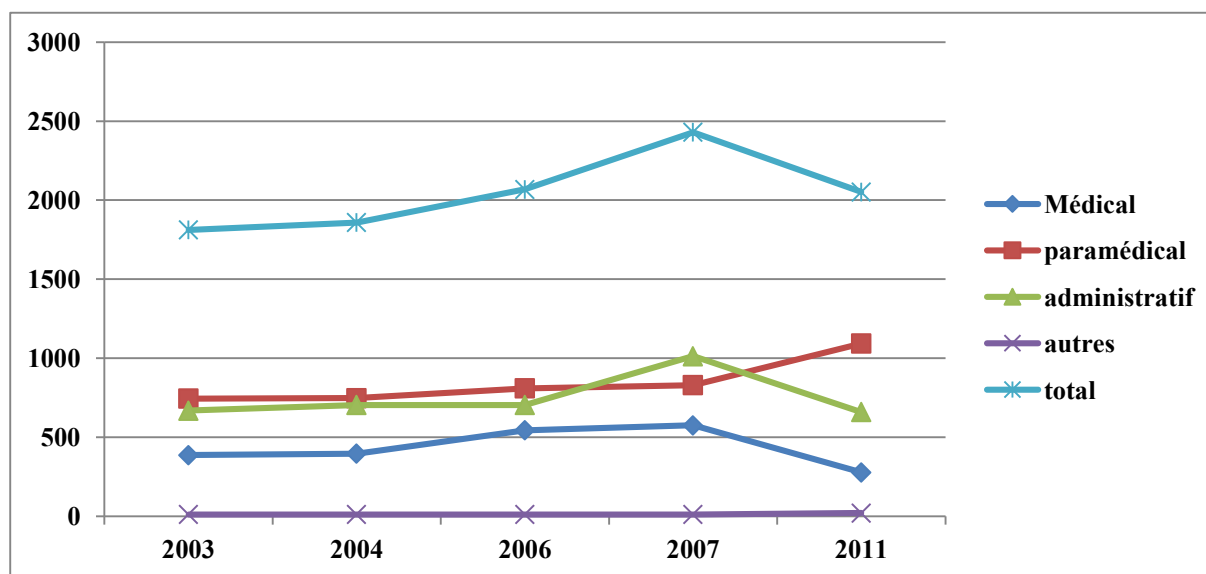
▪ Evolution de l'effectif

Tableau N°15 : Evolution du personnel par corps dans le CHU de TIZIOUZOU

Année	Médical	Paramédical	Administratif	Autres	Total
2003	387	745	669	11	1812
2004	396	748	704	11	1859
2006	544	809	704	11	2068
2007	576	830	1013	11	2430
2011	278	1093	660	21	2052

Source : Tableau réaliser par nos soins à partir de : MSPRH, santé en chiffres, de 2003, 2005, 2006, 2008 et le plan de GRH du CHU 2011.

Graphé N° 4 : Evolution du personnel par corps dans le CHU de TIZI-OUZOU



Source : graphique réalisé par nos soins à partir des données du tableau.

III-1-5 Organisation administrative du CHU de Tizi-Ouzou (Annexe 01).

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif.

III-1-5-1 Direction du CHU de T-O

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, et mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

du C.H.U. à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur du C.H.U, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration.

Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur, il exerce le pouvoir hiérarchique sur le personnel placé sous son autorité, et nomme l'ensemble du personnel de l'établissement à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu, il peut déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs..

III-1-5-2 Le conseil d'administration

Il comprend, un représentant du ministre chargé de la santé (*président*), un représentant du ministre chargé l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes de sécurité sociale, de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur. Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire surconvocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

III-1-5-3 Le conseil scientifique

Le conseil scientifique propose toutes les mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, en relation avec les activités des services. Il participe à l'élaboration des programmes de formation

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation¹. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du CHU.

III-1-5-4 Directions de l'organisation administrative

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et Paramédicales. Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information et de la communication ; le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ; le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques.

▪ La Direction des ressources humaines

Elle comprend :

- La sous-direction des personnels qui comporte : le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;
- La sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation ;
- La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants :

▪ **Recrutement**

Le recrutement se fait en fonction des besoins des différents services administratifs et médicaux, permettant de pourvoir les postes vacants à la suite des départs à la retraite, de maladie, de congés..., ces besoins sont déterminés par le biais du plan annuel de gestion des ressources humaines qui est un tableau récapitulatif la situation des effectifs du C.H.U, les besoins en personnel, les postes actuels et la répartition des postes budgétaires. Ce plan annuel détermine aussi le calendrier des recrutements.

Ce plan est envoyé à la direction de santé et au ministère, chaque fin d'année, pour la validation et l'accord. Ce plan est très contraignant et ne permet plus une impose aux gestionnaires de respecter les pourcentages réservés à chaque mode de recrutement, cela donc ne permet pas de répondre aux besoins réels du CHU. Les proportions d'employés recrutées par voie interne et externe sont fixées par les statuts particuliers des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé.

En effet, l'article 06 du décret exécutif n°91-106 du 27avril 1991 portant statuts particuliers de ces derniers fixes la proportion de recrutement interne pour cette catégorie de personnel à 50% des postes vacants (*annexe n°2*). La proportion du recrutement externe est aussi de 50% qui se fait par un appel d'offre souvent lancé par le biais des canaux légaux que sont la presse et l'affichage dans les lieux publics avec un délai d'un mois.

▪ **Rémunération**

La rémunération est constituée du salaire de base et des différentes primes et indemnités. Le calcul du salaire de base se fait en fonction de la classification du poste de travail dans la grille salariale.

▪ **Promotion et sanction**

Le CHU de T-O organise plusieurs promotions tous corps confondus, soit par voie d'examen, test professionnel ou promotion au choix. Concours professionnel à la suite d'un stage, au choix après avis de la commission du personnel par voie d'inscription au tableau annuel d'avancement, ce choix est souvent porté sur des candidats remplissant des conditions d'ancienneté et de qualification. Par contre, la sanction est infligée aux employés à la suite des

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

fautes professionnelles commises, en vue d'assurer et d'instaurer de la discipline au sein de l'institution. Les sanctions sont classées en trois degrés selon la gravité des fautes commises.

▪ **La formation**

La formation se divise en formation de base et la formation continue. D'après l'article 3 du décret exécutif n° 96-92 la formation continue est une obligation pour les établissements publics à caractère administratif, à cet effet, chaque fin d'année, après l'envoi du ministère des principaux thèmes de formation pour le CHU de T-O, il y'a une nécessité de déterminer les besoins en formation, d'élaborer un plan de formation et de permettre la faisabilité de ces formations, en assurant le transport, et tous les moyens nécessaires.

La formation a principalement pour finalité, la promotion du personnel, le perfectionnement et le recyclage, donc la formation spécialisée est destinée à l'occupation initiale d'un emploi public, ou à l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité, ainsi qu'à la préparation aux concours et examens professionnels, le perfectionnement vise à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement, la mise à jour des compétences professionnelles du fonctionnaire et le recyclage, a pour objectif d'adaptation d'un emploi public compte tenu de l'évolution des méthodes et des techniques, ou des changements importants intervenus dans l'organisation, le fonctionnement et les missions du service.

▪ **La Direction des finances et du contrôle**

Elle comprend :

- La sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes ;
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût d'hospitalisation dans la journée.

▪ **La Direction des moyens et matériels**

Elle comprend

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau désapprovisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie ;

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables ;
- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.
- **La direction des activités médicales et paramédicales**

Elle comprend :

- La sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences ; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants ;
- La sous-direction des activités paramédicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales ; le bureau des soins infirmiers, le bureau de la programmation et du suivi des stagiaires ;
- La sous-direction de la gestion administrative du malade qui comporte : le bureau d'admission des malades ; le bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio-thérapeutique.

III-2 L'organisation médical et le fonctionnement du CHU de TO (Annexe 02).

Il s'agit ici de cibler l'aspect fonctionnel des divers services. Nous nous intéressons donc au fonctionnement interne des divers services concourant à l'activité hospitalière, l'organisation des tâches qui leur incombent, la gestion des lits des patients.

III-2-1 Organisation du CHU de T-O par service

Le CHU de T-O est organisé en service, ces services sont les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médico-techniques.

III-2-1-1 Le service d'hospitalisation

Ce sont des services remplissant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins intensifs et dont l'état de santé demande un suivi thérapeutique en milieu hospitalier. L'admission dans les services hospitaliers s'effectue soit par le biais du service des urgences ou par le biais du malade lui-même sollicitant le service hospitalier.

- **Services chirurgicaux à savoir (Annexe 03).**

Chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumo-phtisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrino-diabétologie, Ophtalmologie, Dermatologie, Rhumatologie, Neurologie, Oncologie, Gynécologie, Chirurgie thoracique.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Tableau N°16 : Infrastructures et capacités de l'unité NEDIR MOHAMED : services chirurgicaux

Services chirurgicaux	Nombre de lit réels
Chirurgie viscérale	51
Traumatologie	42
Neurochirurgie	47
Urologie	24
Chirurgie	32

Source : Exploitation des donnés du CHU TIZI-OUZOU.

Tableau N°17 : Consistance physique de l'unité NEDIR MOHAMED les blocs opératoires

Blocs opératoires	Nombre de salles	Observations
Chirurgie viscérale	03	Communs pour toutes les spécialités
Traumatologie	04	
Urologie	02	
CCI	03	
Blocs des urgences	03	
Traumatologie	05	
Total		

Source : exploitation des donnés du CHU TIZI-OUZOU.

▪ **Les Services médicaux à savoir** (*Annexe 04*).

Médecin interne, Cardiologie, Hématologie, Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie.

Tableau N°18: Infrastructures et capacités d'hospitalisation de l'unité NEDIR MOHAMED : services médicaux

Services médicaux	Nombre de lits
Médecine interne	39
Cardiologie	34
Hématologie	40
Réanimation médicale	12
Réanimation chirurgicale	07
Pédiatrie	28
Maladies infectieuses	32
Psychiatrie	10
Néphrologie	18
Hémodialyse	28
Urgences de médecine	12
Urgences de pédiatrie	12
Urgences de chirurgie	44

Source : exploitation des donnés de CHU TIZI-OUZOU.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

III-2-1-2 Les services des urgences

Sont les services où dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce sont la médecine interne et la chirurgie générale qui sont astreintes à recevoir l'urgence. Celle-ci se distingue par son caractère aléatoire, ce qui signifie que le nombre de malades nécessitant des interventions médicales ou chirurgicales ne pourrait être préalablement défini. Le service des urgences est communément appelé l'hôpital de jour en raison de l'impossibilité de garder les malades au-delà de 24 heures sans que leur ventilation s'en suive.

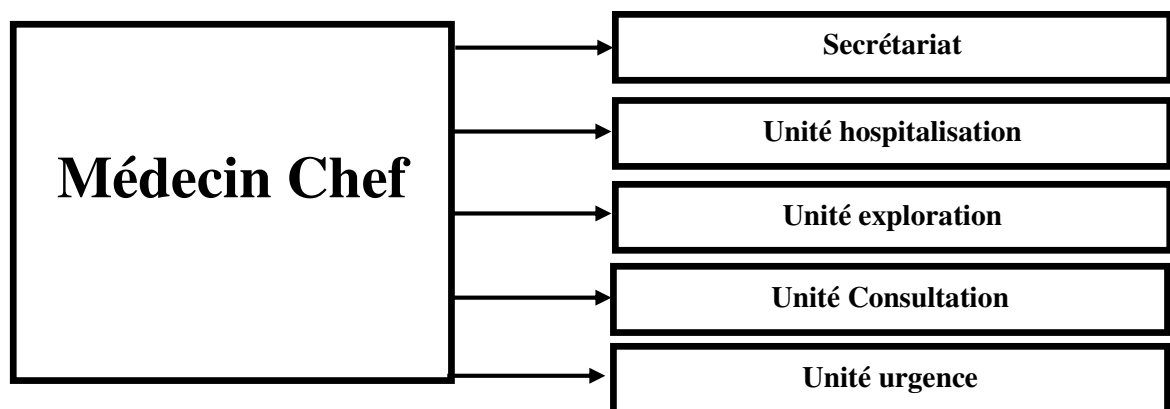
Cette ventilation des malades relève de la compétence du médecin de garde qui décide de leur hospitalisation, leur évacuation dans d'autres structures spécialisées ou de leur sortie. La permanence de 24h/24 nécessite de mettre sur pied une équipe de jour de 08h à 16h, remplacée par une équipe de nuit qui prendra le relais jusqu'au lendemain. Trois équipes de nuit et deux équipes de jour sont mises sur pied pour assurer cette permanence. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

III-2-1-3 Les services médicaux-technique (Annexe 05).

Ces services sont représentés principalement par le service de radiologie, et le laboratoire d'analyses médicales. Ils participent à l'activité de l'hôpital mais ne remplissent pas la fonction d'hébergement des malades. Leurs tâches se concrétisent au moment de la fourniture des résultats des divers examens que demandent les services d'hospitalisation en les aidant à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mises en œuvre.

Ces services médicaux sont structurés de la manière suivante :

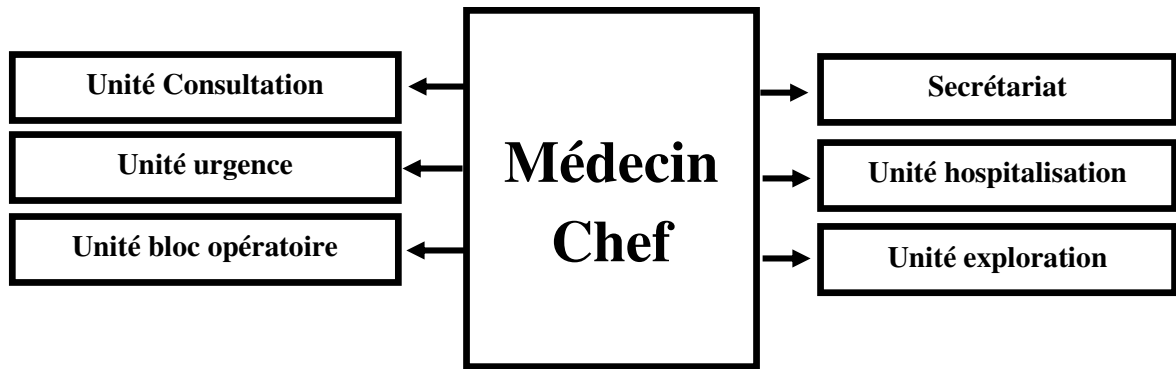
Figure N°5 : Structure générale des services médicaux



Source : établi sur la base des documents du CHU de T.O.

Par contre les services chirurgicaux sont structurés de la manière suivante

Figure N°6 : Structure générale des services chirurgicaux

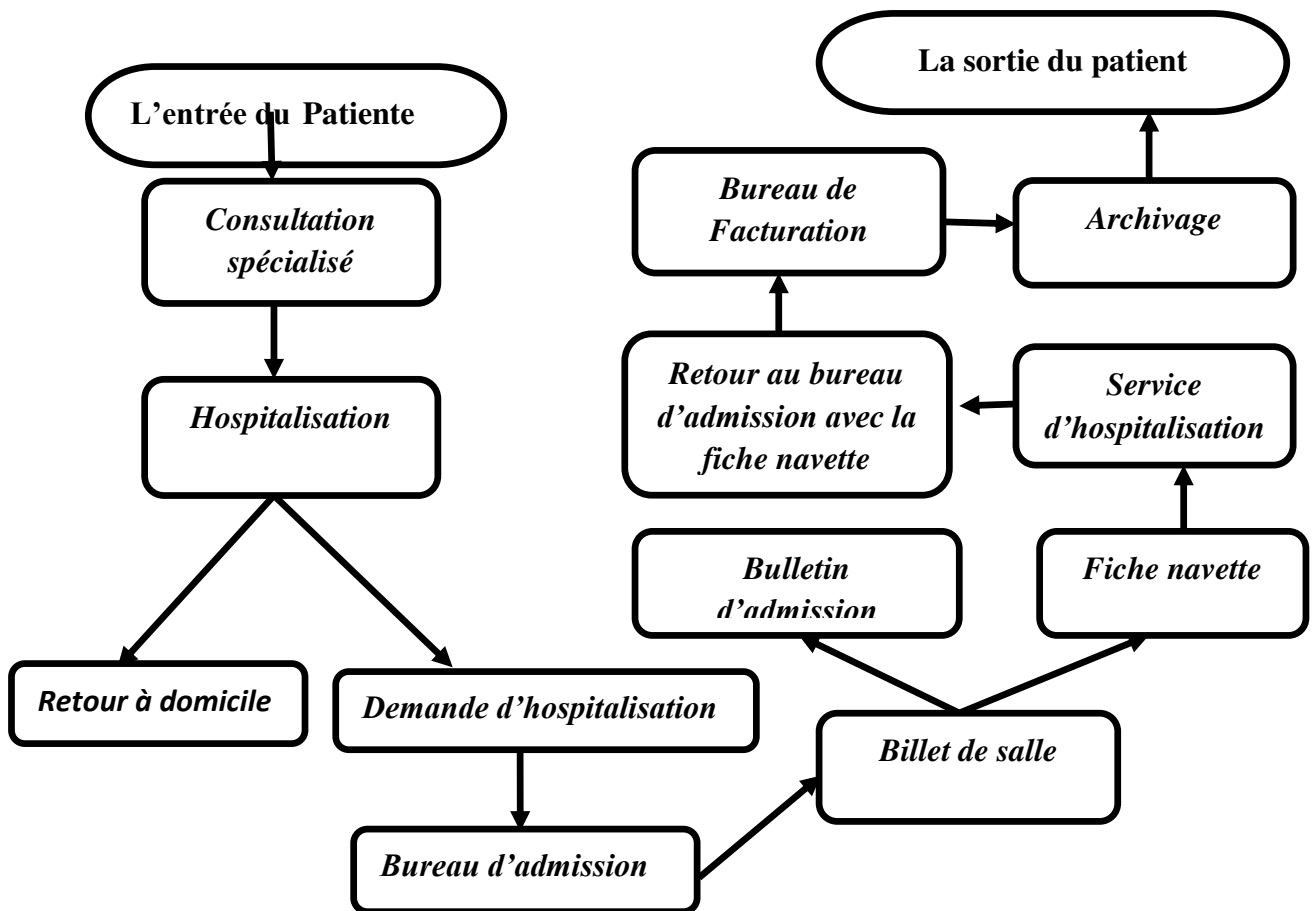


Source : établi sur la base des documents du CHU de T.O.

III-2-2 Le fonctionnement des aspects internes et externes du CHU de TO

III-2-2-1 Accueil

Figure N° 7: Circuit du patient au sien du CHU de TIZI OUZOU



Source : Réalisé par nous-mêmes.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

C'est la manière de se comporter, de recevoir quelqu'un qui arrive dans un lieu à l'hôpital, qui a une importance capitale pour le malade étant donné qu'il ne se résume pas au premier contact établi lui et l'institution a même de prendre en charge.

L'accueil est un acte complexe il sera déterminer pour la suite de toutes les relations de soins, en effet, l'accueil est le premier contact du patient et de son entourage avec l'établissement de santé, il constitue le moment éduquant ou les premières impressions construisent.

▪ **L'administration**

C'est des formalités administratives se font au niveau des bureaux des entrées qui représente la principale base du système d'information, elle est en relation étroite avec les services internes et externes (*DSP. CNAS. MSPRH*).

Le bureau des entrées compte parmi les parties les plus importantes des établissements hospitaliers puisqu'il assure le recouvrement de la presque totalité des recettes ordinaires étant l'un des services administratifs les plus importants des établissements de santé, il joue un rôle essentiel dans l'enregistrement du mouvement de la population hospitalier (*entrées, séjours, sorties des malades*) ce que on appelle le cheminement du patient.

▪ **L'admission d'un patient dans un service :**

Le patient qui va être hospitalisé doit passer par le bureau des entrées ou on utilise le logiciel patient a été exploité en mode réseau entre bureau les différents services médicaux, le bureau informatique, l'objectif de ce réseau était le suivi et l'exploitation de la fiche navette par tous acteurs (*médical, paramédical, administratif*).

L'admission d'un patient se fait sur l'avis d'un médecin assistant en cas de cas de refus de l'admettre et que le patient remplit toutes les conditions requises pour son admission, le directeur général ou son représentant peuvent la prononcer.

Une fois que le patient est admis, il est capital d'établir un dossier :

- Une demande d'hospitalisation ;
- Un bulletin d'admission ;
- Une fiche de navette ;
- Le patient ou son proche doit présenter : une CNI, une carte CHIFA, un numéro de téléphone du proche.

Après avoir identifié et enregistré le malade il sera orienté vers le service d'hospitalisation accompagné de la fiche navette qui doit être rempli par les médecins et les paramédicaux, (*actes médicaux, médicaments examens diagnostic du malade*).

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Le malade doit être muni d'un certificat médical soit un certificat de séjour ou un certificat de présence, son admission est prononcée par le médecin du service concerné, toute admission d'un billet de salle (B.S), là il s'agit d'admission normale sur rendez-vous et aussi il existe plusieurs d'autre mode d'admission.

III-2-2-Séjour

L'accueil des patients et les usages de la santé est assurés dans chaque point d'accès par un personnel formé à cette tâche des moyens d'accueil sont mis à leurs disposition telles que : les brochures et plasmas info et les tableaux d'orientation.

La durée du séjour et sa prolongation est fixée par le médecin traitent.il est demandé aux patients de prévoir leurs effets personnels (*pyjama, robe de chambre, savon, brosse à dent et nécessaire de rasage*) tous lavage de linge est strictement interdit.

▪ La literie

Conformément le circulaire ministériel n° 03/ MSRPRH de 26.03.2006 qui a pourbut d'améliorer les conditions de séjours et de prévenir de tout risque d'infection nosocomiale à cet effet :

- Seule la literie appartenant au CHU (*draps, couvertures, matelas,*) qui doit être utilisé dans les services d'hospitalisation ;
- Toute literie extérieure de l'établissement sera confisquée par l'agent de sécurité.

▪ La Restauration

L'alimentation joue un rôle majeur dans la prévention et la dénutrition des personnes hospitalisées et leur maintien en bonne santé.

Le menu de l'alimentation d'un hôpital est géré par une commission des menus qui se regroupe pour l'élaboration et la validation des menus.la commission des menus se basent sur les critères suivants pour la validation du menu :

- Equilibre nutritionnel ;
- Variété ;
- Présence d'aliments et plats saisonniers ;
- Adéquation avec le planning d'approvisionnement et de production ;
- Coût : Le service approvisionnement se base sur les commandes de repas et les statistiques de production .la prise de commandes se fait suivant le régime des patients défini par le médecin. Les commandes de repas permettent de prévoir la production.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

La spécificité de la restauration collective hospitalière :

- C'est une restauration collective à caractère obligatoire à partir du moment qu'une personne est hospitalisé (*interdiction /impossibilité d'apporter des aliments à l'extérieur*) ;
- Elle s'adresse à une population à risque (*personne fragilisée, terrain particulier, présence de tares...etc.*) ;
- L'alimentation peut (*ou doit*) avoir un caractère de prescription personnelle nominative faisant partie de traitement ;
- Des voies particulières d'alimentation peuvent être nécessaires (*tel que soude*) ;
- Elle se distingue par une distribution particulière des aliments à partir d'une cuisine centrale allant jusqu'au lit du malade :
 - La cuisine est implémenté dans un milieu particulier qui est un environnement contaminant ;
 - La notion d'un environnement contaminant peut être étendue jusqu'à la chambre et au malade lui-même (*exposé à un milieu contaminant et possibilité de d'auto contaminé*) ;
 - Elle partage des protocoles communs avec les services de soins lavages des mains, nettoyage des surfaces, tenue du personnel.

Si cette restauration se distingue par rapport à d'autre domaine de la restauration collective à caractère social, elle soit s'intégrer totalement au sein de l'établissement de soins et de ce fait partager une plateforme technique commune avec les autres services et faire partie du programme qualité de l'intuition. Le service de restauration au CHU Mohammed Nedir, a pour mission de servir des repas équilibré et adapté, ayant été fabriqués dans des conditions d'hygiène respectant la législation en vigueur aux patients et aux personnels de l'hôpital.

Sur le plan de l'organisation du circuit, l'alimentation en milieu hospitalier fait appel à divers acteurs :

- Le service de restauration qui est chargé des achats, de la fabrication, du choix du repas, de la matière première, de leur remise en température et de leur distribution ;
- Le service diététique qui travaille en collaboration avec le service restauration ;
- Le service de soin avec les cadres, les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture qui distribuent les repas aux patients en respectant les règles de sécurité alimentaire.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Dans ce cadre de la mise en application la circulaire du 26/03/2006 le CHU de Tizi-Ouzou a engagé des actions pour améliorer les prestations relatives à la restauration des malades en offrant une alimentation saine, équilibré en respectant les régimes spéciaux (*sans sel, lacté...*) prescrit par le médecin traitant.

Conformément à la réglementation, la préparation des repas à l'intérieur du service est strictement interdite ; Les repas sont servis à :

- Petit-déjeuner → 07 h 30 mn ;
- Déjeuner → 12 h 00 mn ;
- Diner → 17 h 00 mn.

▪ **La Pharmacie**

Il est interdit de s'approvisionner de la pharmacie de l'établissement pour toute personne. La pharmacie met à la disposition des malades hospitalisés et les malades chroniques des médicaments nécessaires à leurs prises en charge selon un calendrier préétabli.

Médicaments servis titre hebdomadaire : le surveillant médical fait un bon de commande hebdomadaire qu'il présente au niveau de la pharmacie afin de mettre à la disposition des médicaments nécessaires à la prise en charge des malades hospitalisés.

Les médicaments nominatifs sont servis sur ordonnance interne pour le patient hospitalisés avec la présentation de fiche navette avec l'accord du médecin chef de service pour durer de 24h.

Les médicaments servis à titre ambulatoire sont servis aux malades chroniques et aux patients ayant des maladies orphelines (*traitement*) spécifique non disponible dans les officines ex termes). La pharmacie est ouverte tous les jours de 8h à 16h hormis le week-end u elle est par la garde d'astreinte.

▪ **La buanderie**

Le linge figure parmi les principaux vecteurs des infections. Le linge est un support idéal pour la prolifération des germes.

La considération du linge fait partie des mesures de prévention du linge. Ceci implique la mise en place de protocoles, d'évaluation et de normes.

- Le service du linge se compose en deux locaux :
 - Le local de linge sale ;
 - Le local de linge propre.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Ces deux locaux doivent être séparés l'un de l'autre.

Les principes d'organisation de collecte, de stockage et d'enlèvement du linge sale doivent être partagés et respectés par tous et conformes aux règles d'hygiène et de sécurité.

▪ **L'hygiène**

Le nettoyage est une opération de maintenance des locaux et des équipements dont l'objectif principale est d'assurer un aspect agréable et un niveau de propreté de confort d'hygiène.

L'hygiène hospitalière est un ensemble de mesure de protection mise en œuvre pour lutter contre les risques et les nuisances aux quels sont exposé les malades, le personnel et les visiteurs en milieu hospitalier et en particulier contre les risques infectieux.

Le rôle du service de nettoyage un programme permanent de formation du personnel doit être mise en place, ce programme insistera sur l'hygiène personnelle, l'importance du lavage fréquent et soin soigneux des mains et méthode de nettoyage (*séquence de nettoyage des chambres, utilisation correcte du matériel d dilution des produit...*)

Le bionettoyage : opération de nettoyage et de désinfection avec un détergent suivi d'un désinfectant ou d'un détergent (dd) en une seule opération assurent ainsi une action bactéricide, virucide et parfois sporicide le bionettoyage permet d'éliminer les salissures et de réduire la contamination biologique des sols et surfaces l'objectif c'est la propreté plus la d désinfection le bionettoyage se fait par plusieurs étapes qui sont :

- Le dépoussiérage et le balayage humide étape préalable indispensable consiste à récupérer les poussières et les salissures en limitant la remise en suspension de l'air ;
- La détergence consiste à détacher les souillures de la surface avec produit de type savon ;
- La désinfection : permet de tuer les microorganismes présents sur les surfaces l'aide d'un d'infectant ;
- Le nettoyage désinfection : permet en une seule étape, un nettoyage et une désinfection simultanés par d'un produit détergent désinfectant ;
- Stériliser c'est une désinfection au résultat durable ces éliminer toute vie microbienne y compris les virus ;
- Les produits et les matériels de nettoyage :
 - Les détergents est un produit contenant des tensi coactifs ;
 - Les désinfectants est un produit qui va éliminer ou tuer les microorganismes présents au moment du nettoyage, le produit désinfectant contient au moins un principe actif anti microbien ;

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

- Les détergents désinfectants ce présente en double propriété de nettoyage st de désinfectant son utilisation permet un gain de temps et simplifie le travail ;
- Les détartrant le produit à base d'acide a un pouvoir anticalcaire, il peut aussi contenir des agents nettoyeurs, ce produit est utilisé pour le nettoyage des robinetteries ;
- Eau javel c'est un désinfectant a aussi un effet franchissant et désodorisant elle est parfaitement adaptée à l'entretien des sanitaires sols et du matériel.
- La centrale de distribution : permet d'avoir instantanément la dose utile
- Les accessoires manuels : balais de lavage et tissus d'essuyage et de lavage, lavettes et chiffon nettes, raclettes, pelle, support à sac poubelle, pulvérisateurs pour produits non prêts à l'emploi, seaux de lavage des sols, seaux de lavage des surfaces, bacs de stockage des produits et des consommables. ... ;
- Les chariots de ménage adaptés aux besoins (*transport de matériel, lavage des sols, collecte des déchets*) ;
- Les machines (*aspirateurs, mono brosses, auto laveuses qui combinent l'action mécanique du mono brosse et l'aspiration des eaux sales en continu...*) qui respectent la norme d'isolation de « classe II » des risques électriques, et les consommables afférents : filtres et sacs pour aspirateurs, brosses et disques pour mono brosse adaptée à la nature des sols ;
- Les gants étanches, épais et anti-coupures pour éviter les risques de coupures et de piqûres avec les déchets tranchants, coupants, piquants.
- Les matériels de préhension adaptés (*pince*) ; Pour la collecte des déchets, conteneurs et sacs poubelles.

▪ Les Déchets hospitalières

Conformément à l'article 3 de la loi N° 01-19 du 12 décembre 2001 entent par déchet tous résidu d'un processus de production de transformation ou d'utilisation et plus généralement toute substance ou produit et tout bien meuble dont le propriétaire du détenteur se défait, projette de se défaire, aux dons de l'obligation de se défaire ou de les éliminer et veillant scrupuleusement a :

- Traçabilité de déchet, Tri de déchet, Collecte et transport ;
- Objectif ces de Respecter la réglementation en matière de déchet diminue les impacts environnementaux des déchets, éviter la contamination des patients, du personnel.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Dans le milieu hospitalier on trouve plusieurs catégories de déchet qui sont :

- Déchets d'activités de soins (DAS) : les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, de traitement préventif curatif ou palliatif sont dangereux pour l'homme et l'environnement ;
- Déchets assimilables aux déchets ménagers (DAOM) sont des déchets issus notamment des services hôtelleries, hébergement son issus des lits des malades, des administrations, services médicaux et médico-technique, services d'entretien comme les bouteilles en plastique alimentaire et antiseptiques, compresse et cotons non souillés ... ;
- Tous les emballages, tous les déchets non souillés sont transporter dans des sacs en plastiques noire évacuer en décharge public ;
- Déchets à risque infectieux (DASRI) sont les déchets qui relèvent de l'une des trois (3) catégories : déchets piquants, coupants ou tranchants, Produits sanguins à, usage thérapeutique, déchets anatomiques humains non aisément identifiables ;
- Tous les DASRI seront transporter dans des sacs jaunes et pour les piquants coupant tranchants seront transporter dans des boites en plastiques.
- **Les visites**
 - Conformément à la circulaire ministérielle n°13 MIN / MSPRH du 21 JANVIER 2007 relative à l'organisation des visites aux maladies les horaires sont fixées tous les jours de 13h 30 à 14h30 ;
 - En dehors de ces horaires outre visite à titre exceptionnel devra faire l'objet d'une autorisation signée par l'administration des consignes de rigueurs doivent être respectés notamment ;
 - L'interdiction de visite sauf avec autorisation du chef de service concerné ;
 - La limite de nombre de visiteurs deux par malade ;
 - Interdiction de ramener des enfants de moins de 15ans ;
 - Le Comportement des visiteurs et des patients au sein de CHU de TIZIOUZOU.

Les visiteurs et les patients peuvent constituer une source d'infection pour cette raison il est nécessaire de respecter les consignes suivantes :

- Les visiteurs présentant une maladie transmissible ne doivent pas rentrer dans des lieux de soins ;
- Présence de plante est interdite au niveau des services ;
- Les visiteurs doivent se lavés les mains avant et après la visite ;
- L'isolement d'un patient constitue une prévention contre les maladies transmissibles ;
- Ne jamais reprendre le reste des aliments ;

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

- Respecter les horaires de visite pour le bien être du patient ;
- Le patient doit avoir une bonne hygiène corporelle se laver les mains et prendre une douche si possible chaque jour ;
- Éteindre la lumière après l'utilisation ;
- Ne pas cracher par terre ;
- Ne rien jeter par la fenêtre dans les sanitaires ;
- Interdit de s'asseoir sur les lits ;
- Le comportement ou le propos des visiteurs ne doivent pas être un gêne pour les malades ou pour le bon fonctionnement e l'établissement ;
- Les dégradations des biens de l'état commises peuvent entrainer la sortie systématique du malade ;
- Les visiteurs doivent garder une tenue correcte ;
- Lorsque les consignes ne sont pas respectées le directeur général peut procéder à la sortie du visiteur, cas échéant il est habilité à faire appel aux forces d'ordre.

III-2-2-3 La sortie

Dossier d'hospitalisation est déposé le médecin traitent au niveau du bureau surveillent médical qui a son tour le remettre au niveau des entrées (*section facturation afin de régler les forfaits du séjour du patient*).

- Le bulletin d'admission d'un malade quel que soit le mode sortie du malade hospitalisé (*décès, sortie normal, sortie contre envi médical transfert*) le secrétaire médical u services concerner signale elle si dans la feuille de mouvement des malade le lendemain au matin ;
- L'agent chargé du control du mouvement des malades procédé à son enregistrement sur les déférentes registres mis à sa disposition il sera procédé ensuite au tirage du dit document avant d'être classé et activité ;
- Billet de salle d'un garde malade la procédure de sortie d'une garde malade ne défère en Orien de celle suivi ou le malade ;
- Fiche navette le jour même de la sortie du malade le document en question est remis au malade u l'un de ces proches afin de s'acquitter de ses redevances contre une quittance de paiement remise par le caissier du sou régie ;
- Le certificat de séjour est un document administratif servant gêner.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

III-2-2-4 Le parc automobile

- Le parc automobile compte les ambulances pour le déplacement interne et externe des patients et les particuliers pour les démarches administratives ;
- Le déplacement interne des patients consiste à déplacer le patient concerné vers les laboratoires ou vers l'imagerie médicale ;
- Le déplacement externe consiste à son évacuation vers d'autres structures sanitaires ;
- Les véhicules particuliers sont mis à la disposition de l'hôpital pour les recouvrements, le courrier, les voitures de fonctions et souvent pour aller chez un fournisseur prendre livraison d'une commande urgente.

La gestion de ce parc automobile nécessite une maintenance et une dotation en carburant. La maintenance des véhicules et la réparation rapide des pannes des véhicules pour une meilleure prise en charge du malade et le bon fonctionnement de l'administration hospitalière.

III-2-2-5 La sécurité

Le CHU de T.O a mis en œuvre un dispositif de vigilance et de sécurité afin de prévenir tous incidents pouvant nuire à la population hospitalière.

Tous dégradation et acte de sabotage commis au sein de l'établissement engage la responsabilité civil et pénal de son auteur.

▪ Accès à l'établissement

L'accès à l'établissement est réservé :

- Au personnel de l'établissement muni d'un badge ;
- Aux étudiants en médecine, dentaires, et pharmacie munis d'une carte d'étudiants ;
- Aux stagiaires et les pré-emplois munis d'une carte stagiaire ;
- Aux visiteurs et aux parents de malade (*ou moment de la visites*).

L'accès au CHU est organisé par le biais de trois accès :

- **Accès A** : aux personnels ;
- **Accès B** : Le personnel hospitalier des services de pédiatrie et radiologie ;
- **Accès C** : Aux visiteurs.

▪ Circulation et stationnement

L'accès à l'établissement est interdit a tous véhicules ne possédant pas de macaron et a toutes personne n'ayant pas de motif valable (*Exploration biologique, radiologique et visite*).

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

L'entrée au CHU se fait par le portail principal situé au niveau de la rue LAMALI AHMED, la sortie se fait par le portail donnant sur la route nationale N°12.

▪ **Gestion des catastrophes**

L'établissement a élaboré une stratégie de gestion de catastrophe par la mise en place d'un plan ORSEC validé et actualisé périodiquement par la commission d'hygiène et sécurité.

L'établissement veille à la sécurité des personnes et des biens par la mise en place d'une politique de sécurité axée sur :

- Recrutement d'un nombre important d'agent de sécurité et de gardiens ;
- La formation des agents de sécurité sur le dispositif sécuritaire en collaboration avec la protection civile ;
- La mise en place des caméras de surveillance au niveau des différents accès principaux de l'établissement ;
- Collaboration étroite entre l'établissement et les services de sécurité de wilaya.

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou

Nedir Mohamed

Conclusion au chapitre

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le fonctionnement général du CHU de Tizi-Ouzou.

L'établissement public hospitalier de CHU Nedir Mohamed est considéré comme un secteur pilote dans la wilaya de Tizi-Ouzou, vue son importance géographique et au nombre de citoyens qu'il reçoit chaque année. Il occupe la première place en matière de budgétisation. Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier CHU Nedir Mohamed est selon un organigramme d'ont on a pu voir dans notre étude ; les conseils, les commissions, les comités et les cellules du CHU et des aspects internes et externes de cet établissement.

Nous pouvons conclure que le CHU de TIZI-OUZOU fonctionne par apport au règlement intérieur de l'établissement.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le fonctionnement général d'un établissement public de santé en Algérie le cas de CHU de Tizi-Ouzou.

Les questions de recherche auxquels nous avons tenté de répondre, sont les suivantes :

Quelles sont les différentes étapes de l'évolution, et organisation du système de santé en Algérie ? Quelles sont les établissements publics de santé en Algérie ? et Quelle est le fonctionnement général du CHU de T.O ?

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponses à ces questions, nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature ou nous avons présenté le concept de base sur le fonctionnement ou l'organisation hospitalière, et de présenté le système de santé et son évolution de 1962 à nous jours et son organisation. Les établissements publics de santé qui existe en Algérie, et leur gestion et leur fonctionnement.

En deuxième lieu nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir, pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais des entretiens nous directifs réalisés avec le Directeur général, la directrice de la formation, le chef de service du bureau des entrée et du médecin chef du service urologie au sein du CHU de T.O .cette étude nous a permis de déterminer le fonctionnement administrative et la gestion, organisation des services, l'accueil ,la logistique, la sécurité.....etc.

Le système de santé en Algérie est fondé sur répartition des soins et la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective du malade, afin d'assurer le bien-être sociale en facilitant l'accès aux soins pour la population, tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé, l'état assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémique.

Sur le plan organisation du système de santé en Algérie, la mise en œuvre d'une politique d'encouragement de la médecine privée ne pourra ni garantir l'accès aux soins d'un nombre important d'individus, ni consolider l'extension de la médecine préventive mais plutôt accentuera les inégalités sociales et régionales. En outre, la suppression du service civil a entraîné et entraînera chaque année un nombre important de médecins sans emploi. Ces "chômeurs d'élite" augmenteront le rang des «*sans- activités*» alors qu'une insuffisance accrue est constatée au niveau des services de soins de santé primaire.

Ces derniers sont déficitaires en corps médical qu'en auxiliaires de santé aussi bien à l'échelle des hôpitaux qu'au niveau des centres de santé surtout en milieu rural.

Le système national de santé connaît des transformations profondes insufflées par les nouveaux textes réglementaires, les notes ministérielles et les réformes hospitalières engagées pour la modernisation de la gestion des hôpitaux, afin de s'adapter aux différentes mutations épidémiologiques et socioéconomiques qui connaît notre pays et répondre de manière efficace aux besoins de la population.

Malgré l'énorme effort fait dans le domaine de santé malheureusement pas accompagnée de la qualité des services et de prise en charge médicale dans les établissements publics de santé puisque les patients sont souvent confrontés au manque d'équipements, particulièrement radiologiques, biologiques et de produit comme les réactifs nécessaire. Pour avoir un système de santé plus performant. Dont il devrait y avoir une révision du rôle de l'Etat en matière de production et de financement pour couvrir la demande de soins qui ne s'arrête pas de s'augmenter à cause de la transition épidémiologique qui est sont élevée, ainsi que la croissance démographique.

On peut dire que les établissements de santé public jouer un rôle important dans le secteur sanitaire en Algérie qui contribuent à l'amélioration de la santé de la population, ces établissements de santé connaît des transformations profondes insufflées par les nouveaux textes réglementaires, les notes ministérielles qui porte sur l'organisation interne des EPH pour répondre de manière efficace aux besoins de la population. L'organisation de ces établissements de santé, présente un certain nombre de particularités, du fait qu'il s'agit d'une d'organisation spécifique en matière de statut et de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes.

Le CHU de T-O est une organisation bureaucratique du fait qu'il est :

- Un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, est présidé par un directeur qui est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, administré par le conseil d'administration, secondé par un président du conseil scientifique composé de représentants du personnel médical et assisté par un comité consultatif ; et aussi caractérisé par une diversité d'activités exercées au sein des services cloisonnés à savoir les services d'hospitalisation, service des urgences, services médico-techniques, et administratifs ;
- Il est caractérisé par la coexistence de différentes catégories de personnel médical, personnel soignant et personnel administratifs ayant des objectifs contradictoires ;
- l'organisation et fonctionnement du CHU de T-O ce fait à la base d'un organigramme établi

par la tutelle ;

- Il est régi par une multiplicité des textes réglementaires stricts qui entrave son fonctionnement ;
- La décision globale du CHU de Tizi-Ouzou est partagée entre le corps médical et administratif de fait de l'existence de deux hiérarchies administrative et médicale.

D'après l'analyse des établissements publics hospitaliers en Algérie, et particulièrement le CHU Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou, nous retenons les résultats suivants :

- Le CHU de Tizi-Ouzou souffre d'une faible maîtrise des ressources humaines existantes d'une part, et de l'absence d'une véritable politique de gestion des ressources humaines qui lui permettrait de tirer le meilleur profit des ressources humaines disponibles pour relever les défis de la gestion du CHU de Tizi-Ouzou d'autre part ;
- L'hôpital est loin d'être un lieu propice à la bonne circulation et l'exploitation de l'information ;
- L'organisation du CHU est complexe et inadéquate aux caractéristiques contingentes actuelles, néanmoins et avec des décentralisations horizontales et verticales, la polarisation serait possible ;
- L'indisponibilité des moyens matériels ;
- Manque d'hygiène aux niveaux des services ;
- L'absence du confort et du calme dans les chambres ;
- La sur charge des patients ;
- Le manque de moyens de transport des malades.

Nous pouvons conclure que le fonctionnement d'hôpital s'améliore, malgré les difficultés rencontrées au sein du CHU de T.O. Au cours de la réalisation de notre travail, plusieurs limites nous rencontrons, nous pouvons citer :

- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles ;
- Le manque d'études, sur le fonctionnement général de l'établissement ;
- Le manque d'information au niveau du CHU, T.O ;
- L'absence de données sur le personnel du CHU de Tizi-Ouzou ;
- Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution préliminaire pour un tel thème. C'est le prélude à d'autres recherches encore plus approfondies car il ouvre plusieurs pistes à des études plus ciblées.
- Néanmoins, nous espérons que notre étude fera appel à d'autres recherches ultérieures ;
- La relation entre le système de santé et les établissements publics de santé en Algérie ;

- Etude comparative sur les établissements publics de santé et établissement hospitalier privé ;
- Le fonctionnement des hôpitaux publics en Algérie.

Bibliographie

+ Ouvrages

1. ABBAD, J. *Organisation et management hospitalier* : Berger levrault, Paris, 2001, p.20.
2. Achène ZEHANTI, les évolutions Récentes du système de santé Algérien. L'évolution des modalités du financement de la santé.
3. DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Economiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition El-Amel, 2015.
4. MEBTOUL Mohamed, « *la médecine face aux pouvoirs : l'exemple de l'Algérie*». Médecine et santé N°5, 1999 ;
5. OUFRIHA FATMA ZOHRA, « *Système de santé à la croisée des chemins* », Edition. CREAD, 2006.
6. OUFRIHA FATMA ZOHRA, *une analyse économique du system de soins en Algérie*, office des publications universitaires, place centrale de Ben-Aknoun (Alger) ;

A- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

+ Thèses de doctorat

1. AISSA delenda –Abdelkrim Foudil, *la transition démographique en Algérie*, faculté des sciences humaines et sociale – université d'Oran
2. Bourras. « *Tentateur d'évaluation du programme d'investissement est sanitaire* » c r e a d,1984, p10-20 in : karaterk iassia . « *la régulation de l'offre dans le nouveau système de soi public* » thèse de doctorat, en science économique université de Tlemcen, 2009-2010.
3. KAÏD Tlilane. N, « *Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa* », thèse de doctorat en sciences économiques, université d'Alger, 2003.
4. NOUARA KAÏD.T. « *Le système de santé algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa* », thèse de doctorat d'état en sciences économiques, université d'Alger, 2003.
5. Salmi Madjid, système de santé en Algérie à l'heur transition plurielles ; élément pour une évaluation de la qualité des soins.
6. VINOT, Didier. Didier. *Le projet d'établissement à l'hôpital : De la formalisation du concept à son instrumentalisation*. Thèse de doctorat, sciences de gestion, LYON 3 : Université JEAN-MOULIN, LYON 3,1999.

Mémoires de Magister

1. ABBOU Youcef. « *Essai d'analyse de la maîtrise des dépenses de santé en Algérie* », mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2010.
2. AISSA delenda –Abdelkrim Foudil, la transition démographique en Algérie, faculté des sciences humaines et sociale – université d'Oran.
3. AMALOU Mourad. « *Etude de la mise en place d'un système de comptabilité analytique par la méthode des sections homogènes dans un hôpital* », cas du CHU de Sétif, mémoire de magister en science économie, université de Bejaïa, 2009.
4. ARHAB SAMIR. Perspectives et modalité de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier. Mémoire de master en sciences économiques. Options management des entreprises. Tizi Ouzou. Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences Commerciales.
5. BOUADI Sonia, Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam. Mémoire de Magister en sciences économiques. Option Management des Entreprises. Tizi Ouzou, FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION.
6. Boufarik Lila, Essai d'analyse de la structure organisationnelle de l'hôpital public, cas CHU de Beni Messous mémoire de Master en Science Economique, université A-Mira Bejaïa, 2012. BACHIR Boulahleb, besoins sociaux à l'horizon de 2025. Décembre 2008. In : <http://www.horizonsdz.com/IMG/pdf/horizons-8.pdf>.
7. GHOUL Djihad. Les services de soins publics : Quelle satisfaction du patient ? Mémoire de Magister en Management. Option Stratégie. UNIVERSITE D'ORAN 2. Faculté des sciences économiques, des sciences de gestion et des sciences commerciales.
8. MAHFOUD.N: “ Essai d'évaluation de la part des dépenses de médicaments dans les dépenses d'A.M et le phénomène de remboursement en Algérie, mémoire de magister, université de Béjaïa, 2009.
9. Malika CHERTOUK Ahmed Zaid, Sadi Menad Ahmed Zaid, La mise en œuvre de réseaux de santé en Algérie : un instrument d'aide à l'efficacité du système de santé et de réduction des dépenses publiques de santé, 1er colloque internationale d'économie de la santé, université Abderrahmane-mira de Bejaïa 13,14,15nov 2006.
10. Mourad BAGHRICHE, Aperçu sur l'organisation du système santé en Algérie. Etat des lieux 2009. In : Journée parlementaire sur la santé, conseil de la nation, palais, ZIROUT Yousef, 2010.
11. OULED ABEDSELAM Sabrina, contribution à l'étude de la gestion des ressources humaines et de l'intégration de formation continue en milieu hospitalier en Algérie, mémoire de magistère en science économique, université de Béjaïa, 2008.
12. TABET DERRAZ N F. et BESTAOUI S : épidémiologie et clinique de la brucellose humaine sur trois décennies en zone endémique, 13^{ième} journées nationales d'infectiologie, 13 – 15 /06/2012, SIDI BELABBES, Algérie.
13. Zoulikha SNOUSSI, Mohamed ZOUANTI, l'explosion des dépenses de sante en Algérie : déterminer les raisons pour contenir le problème, Algérie : cinquante ans d'expériences de développement Etat -EconomieSociété. In : http://www.cread-dz.org/cinquante-ans/Communication_2012/SNOUSSI_ZOUATNI.pdf. P6.

Rapports et documents administratifs

1. Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, ZIANI Lila, ZIANI Farida, Essai d'analyse du rôle de l'assurance maladie dans le financement et la maîtrise de la consommation de médicament en Algérie, Université Béjaïa. 2011. AOût 2007. In: www.worldbank.org..P3.
2. Colloque internationale sur les politique de santé Alger le 18 et 19 janvier 2014
3. Comptes nationaux de santé de l'Algérie, année 2000-2001, publié en mai 2003.
4. Déclaration politique sur le VIH/SIDA ; intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA, juin 2011.
5. Font : Direction Française des Relations Economiques Etrangères, 2004. In : Assistance Sociale dans la Région Méditerranéenne, Algérie.
In:<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/caimed/unpan018927~1.pdf>.
P8. MSPRH, juillet 2003.
6. Marie-Claude VERDAN Observatoire Régional de la Santé de Guyane, systèmes de sante Guyane française, Brésil, Suriname, Mars 2010
7. Ministère de la santé et de la population et Organisation mondiale de la santé, Programmation sanitaire du pays, Alger, 1975.
8. Ministère de la Santé et de la Population, direction de la prévention. Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie. Imprimerie Onét, Alger, 1992.
9. Ministère de la santé et de la population, Programme de protection maternelle et infantile et d'espace des naissances, Alger, 1975
10. Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Commission de la refonte de la prévention médico-sanitaire. Rapport d'activités et perspectives. Février, 2011.
11. Mohammed Brahim Farouk, Bilan et perspectives du système national de santé, le quotidien d'Oran publié dans le quotidien d'Oran le 11 - 03 – 2012
12. MSPRH, Avant-projet de loi sanitaire version provisoire soumise à concertation - Février 2003. In. <http://www.santemaghreb.com/algerie.index.htm>
13. MSPRH, Projection du développement du secteur de la santé, perspective décennale, juillet 2003.
14. NABNI 2020, Cinquantenaire de l'I indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020 synthèse rapport, janvier 2013.
15. Office National des Statistique, Démographie Algérienne, 2015, Données Statistique N° (740), Donnée (2015)<http://www.ons.dz>.
16. OMS (WHOSIS) : Rapport sur l'épidémie mondial du SIDA 2006, ONUSIDA Rapport sur le développement humain 2006, PNUD. Système de santé et couverture sociale.
17. OMS : statistiques sanitaires mondiales 2013, édition OMS, suisse 2013.
18. OMS, classification internationale du fonctionnement ; du handicap et de la santé, Genève 2001, Equipe classification, Evaluation, Enquête et Terminologie. In : http://www.who.int/publications/2012/9789240688193_fre_full.pdf.

Textes réglementaires

1. Article L6141-1 du code de la santé publique français, cité par : Le panorama des établissements de santé, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, édition 2011, Paris
2. Décret exécutif N°07-140 du 02 Joumada el oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant créations, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
3. OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010.
4. OULD-KADA, Mohamed. Recueil des textes réglementaires sur la santé en Algérie. Statut et organigramme des établissements publics de santé .2016.

Webographie

1. <http://chuto.dz>
2. <https://WWW.étudier.com> .
3. www.sante.dz/reforme-hospitaliere.

Liste de figures

Figure N°	Titres	Pages
01	Répartition de table d'opération en état de marche dans le secteur public de santé en Algérie.	50
02	Organigramme et type des établissements public hospitalier.	55
03	L'accueil dans un établissement de santé.	64
04	Structure général des services médicaux.	86
05	Stratégie des services chirurgicaux.	87
06	Circuit du patient au sein du CHU de T.O.	87

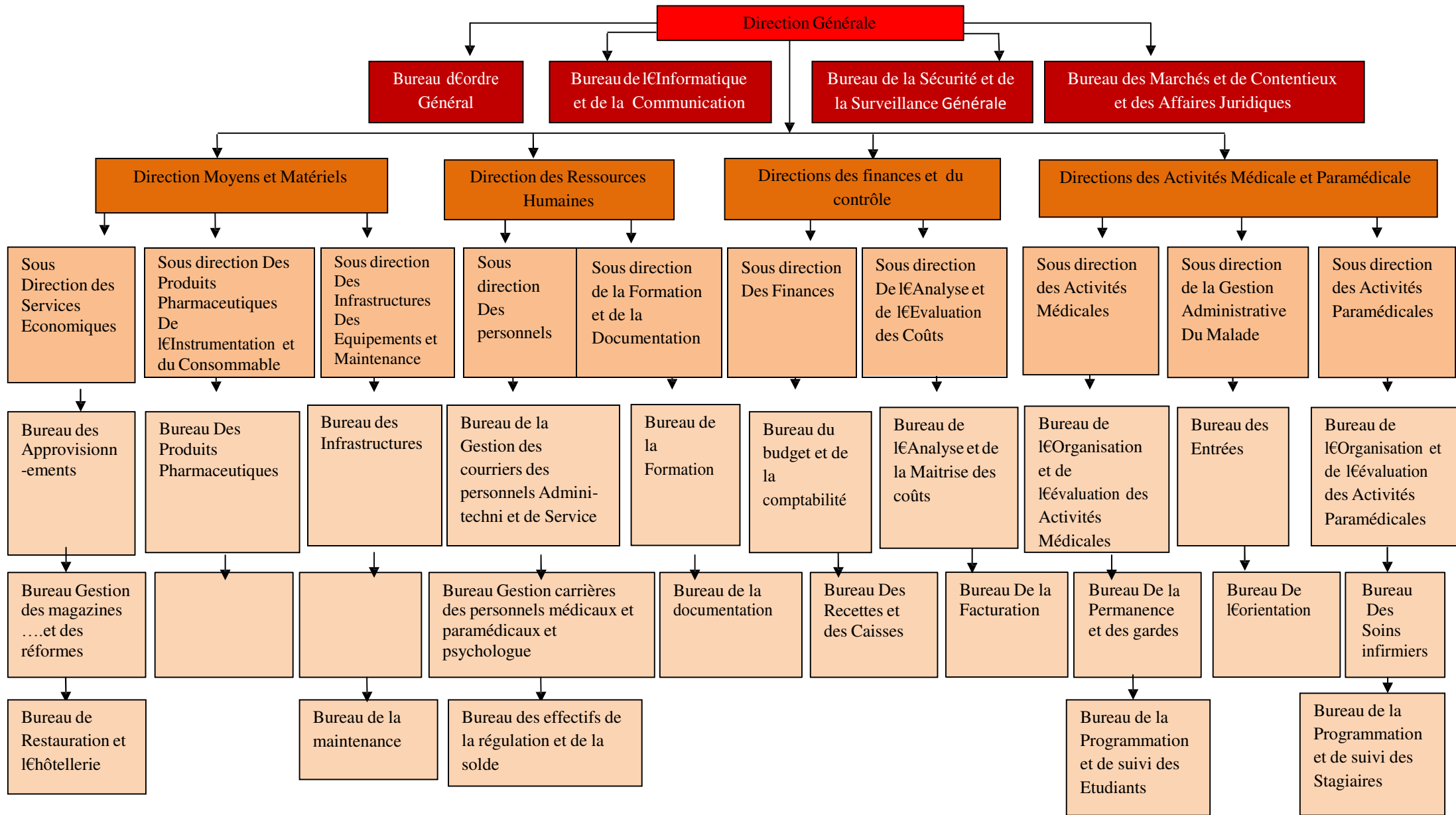
Liste de Graphes

Graphes N°	Titres	Pages
01	Evolution des zoonoses en Algérie.	24
02	Evolution du sida en Algérie.	26
03	Evolution des dépenses de santé.	40
04	Répartition des ressources humaines de la santé public en Algérie en 2010.	62
05	Evolution du personnel par corps dans le CHU de T.O.	79

Liste des tableaux

Tableau N°	Titres	Pages
01	Evolution des taux bruts de nationalité et de mortalité de 1901 à 2003.	22
02	Evolution de la population de l'année 2000 jusqu'au 2015.	23
03	Evolution des infrastructures de santé publique (1996-2013).	28
04	Evolution du nombre de praticiens médicaux du secteur public et privé entre les années 1996 et 2012.	30
05	Evolution du personnel paramédical.	31
06	Evolution du personnel administrative.	32
07	Caractéristiques du secteur public en 2007-2008.	34
08	Evolution des sources de financement de la santé en Algérie en % des dépenses totales de santé.	39
09	Evolution des dépenses de santé.	40
10	Infrastructure sanitaire en Algérie.	49
11	Répartition de nombre de lit selon la matière de l'activité dans les secteurs publics de santé en Algérie.	50
12	La répartition de table d'opération en état de marche dans le secteur public en Algérie en 2010.	50
13	Répartition des ressources humaines de la santé publique en Algérie en 2010.	62
14	Effectifs du CHU de T.O au 31/12/2010.	78
15	évolution du personnel par corps dans le CHU de T.O.	79
16	Infrastructures et capacités de l'unité Nédir Mohammed : services chirurgicaux.	85
17	Consistance physique de l'unité Nédir Mohammed, les blocs opératoires.	85
18	Infrastructures et capacités d'hospitalisation de l'unité Nédir Mohammed ; services médicaux.	85

Annexe N°01 :L'organigramme du CHU de Tizi-Ouzou



Source : Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou

Annexe N°02: Services exploration

Services	Moyens humains	Projections
CTS	-04 Généralistes	-Création d• une banque de sang -Développer une unité thérapeutique transfusionnelle (6 à 8 lits) (transfusion et plasmaphérèse) -Extension de la formation de base pour les internes et les résidents
Laboratoire Hémobio	-01 Professeur -04 MA -03 ASP -09 Résidents -02 ingénieurs en biologie -13 techniciens supérieurs en laboratoire -02 prés emplois	-Développer l• immunologie des thromboses -Unité de cytologie et de biochimie (immuno-fixation sérique et urinaire – immuno-phénotypage) -Automatisation de l• immuno-hématologie -Immunochimie ; auto-immunité ; neuro-immunologie ; immuno-allergologie ; immunologie cellulaire ; immunogénétique et typage HLA
Laboratoire Anapathologie	-04 MA -01 ASP -06 Résidents	Exploration par immuno fluorescence des cancers du sein, des maladies rénales et dermatologiques.
Laboratoire Cytogénétique	-01 MA -01 MG	-Court terme : cytogénétique anyotype -Moyen terme : développer la cytopathologie. -Long terme : biologie moléculaire, procréation médicalement assisté (PMA). 03 unités : Unité cytologie – cytogénétique ; Unité bio-reproduction (PMA)
Laboratoire central unité Belloua	-04 MA -03 ASP -06 laborantins -04 biologistes -02 ATS -01 vacataire -01 CDD	-Création de 02 unités : hémobio – immunologie. -Développer les activités : biochimie, hémobio, microbiologie, parasitologie, immunologie.
Laboratoire microbiologie Unité Nedir	-02 MA -03 ASP -03 Résidents	érection des unités bactériologie et parasitologie en services incluant différentes unités : -Unité bactériologie -Unité HH -Unité sérologie -Unité biologie moléculaire (PCR) -Unité parasito-coprologie fonctionnelle -Unité mycologie -Unité sérologie parasitaire et mycologique
Laboratoire biochimie	-03 MA biochimie -01 MA toxicologie -08 spécialistes -14 Résidents	-Normaliser la structure. -Création d• un laboratoire d• urgence. -Création d• un laboratoire de toxicologie.
Laboratoire de toxicologie	-01 MA toxicologie -02 assistants -01 MA en chimie analytique	Création d• un laboratoire de 03 unités : -Unité toxicologie médicale. -Unité toxicologie médico-légale. -Unité toxicologie professionnelle et environnementale.

Annexe N° 03 Services chirurgicaux

Services	Moyens humains	Projections
Urologie	-05 MA -04 ASP -02 spécialistes réanimateurs -02 MG -08 résidents -01 SMC -01 SM du bloc -17 PM SP -03 PM brevetés -02 secrétaires -13 agents d'entretien	-Lithotritie extra corporelle -Laser -Prise en charge de la vessie neurogène -Prise en charge des troubles sexuels + stérilité -Transplantation d'organes prélevés sur cadavres
CCI	-01 professeur -05 MA -02 généralistes -20 résidents	-Scinder les activités en unités : -Unité Urologie pédiatrique ; - Unité Orthopédie traumatologique ; - Unité de chirurgie septique ; - Unité anesthésie – réa ; -Unité urgences pédiatriques
Neurochirurgie	-01 professeur -04 MA -07 ASP -02 généralistes -15 résidents	-Création de 02 unités : Neurochirurgie fonctionnelle Neurochirurgie pédiatrique -Développer les techniques de la chirurgie du rachis cervical
ORL	-01 professeur -04 MA -02 ASP -04 généralistes -17 résidents	Création d'unités : -Unité d'exploration fonctionnelle et de rééducation en otologie -Unités de psycho-orthophonie -Unité bloc opératoire à développer : otologie ; chirurgie de la base du crâne ; implantologie -Délocaliser la consultation d'urgence des consultations ordinaires
Ophthalmologie	-02 MA -02 ASP -09 résidents -14 PM -01 secrétaire -01 anesthésiste -07 agents d'entretien	-Développer la chirurgie du pôle postérieur -Prise en charge du glaucome et cécités cornéennes -Lancer des consultations spécialisées ; chirurgie réfractive et des tumeurs orbitaires
Urgences Chirurgicales	-04 MA -65 infirmiers -40 corps communs	-Unité de sepsis -Unité des brûlés -Bureau de tri et d'orientation
Chirurgie Orthopédique	-01 Professeur -06 MA -07 spécialistes SP -35 résidents	-Création d'un service de chirurgie osseuse septique -Doter le service d'un plateau technique en vue de promouvoir la chirurgie du rachis (navigateur, plateau radiologique spécifique)
Gynécologie	-04 MA -01 spécialiste SP -01 MG -32 résidents	-Lancement de l'activité de l'unité PMA (procréation médicalement assistée) -Relancer le comité de bioéthique -Lancement de la chirurgie plastique et reconstruction mammaire -Création d'une consultation spécialisée de diagnostic prénatal
Anesthésie Réanimation	-11 MA -10 spécialistes SP -25 résidents	-Création d'une unité de neuro-réanimation mixte du service de neurochirurgie -Améliorer l'existant

Annexe N°04: Services Médicaux

Services	Moyens humains	Projections
Pneumo-phtisiologie	-01 professeur -07 MA -05 ASP -05 M G -20 résidents	- Création de Laboratoire pour TBC -Développer l• endoscopie bronchique et les explorations fonctionnelles respiratoires (gaz de sang, saturomètre, pléthysmographe) -Développer l• allergologie, - lapnée du sommeil la thoracoscopie (exploration de la plèvre)
Rhumatologie	-03 MA -04 M G	-Rhumatologie interventionnelle -Hospitalisation du jour pour cure de chimiothérapie
Oncologie	-01 professeur -03 MA -03 M G -20 résidents	-Création de l• hospitalisation du jour (30 lits) -Création d• un secteur d• isolement pour les aplasies -Création d• une unité de dépistage du cancer du sein -Améliorer la consultation (psychologie) -Centre d• archivage
Dermatologie	-02 MA -04 M G	-Amélioration de l• existant -Développer la chirurgie dermatologique -Améliorer l• activité de dépistage du cancer cutané -Cryothérapie -Réactiver l• activité photothérapie
Médecine Interne	-01 professeur -01 docent -05 MA -03 ASP -22 résidents -01 SMC -16 spécialistes en IDR -02 inf. brevetés -01 secrétaire -12 agents dentretien	-Création de manométrie œsophagienne + vidéo-capsule -Développement de l• endoscopie interventionnelle -Création de biothérapie des maladies inflammatoires -Création d• un centre de MNT (apnées du sommeil-polysomnographie) -Traitement endo-vasculaire des varices (sclérothérapie) -Biothérapie des maladies systémiques - développer l• unité HAD
Néphrologie	-01 professeur -03 MA -01 ASP -03 généralistes -28 résidents	-Création d• une unité de transplantation rénale (développer la greffe à partir de cadavre) - création d• un centre d• auto dialyse en ville - développer l• hôpital du jour
Cardiologie	-01 professeur -03 MA -06 ASP -01 généraliste -22 résidents -02 SM -20 infirmiers	- A court terme : 01 échographie de stress 01 écho doppler cardiaque couleur 01 appareil de test d• inclinaison - A moyen terme : Extension du service vers les locaux du laboratoire avec création d• une nouvelle unité d• hospitalisation de 20 lits et d• une salle dédiée à l• électrophysiologie Unité de réadaptation cardiaque superficie de 150 m ² -Développement des activités existantes (diagnostique et
Hématologie	-01 professeur -10 MA -05 ASP et 25 résidents	Autogreffe de moelle
Pédiatrie	-01 professeur -01 docent -05 MA et 07 ASP -07 généralistes -43 résidents	- Création de l• unité d• exploration : digestive – PH-mètrie – exploration respiratoire (endoscope + EFR) – tests cutanés (allergologie) - Création d• une unité pour l• hospitalisation du jour - Test de la sueur (mucoviscidose)

Services	Moyens humains	Projections
Maladies Infectieuses	-01 docent -06 MA -06 ASP -02 généralistes -15 résidents -09 IDE -04 AS -01 inf. Principal -01 SMC -02 SM d• unités	-Création d• un CDR pour le VIH + plateau technique -Hôpital du jour pour les infections opportunistes -Création d• un CDV
Réanimation Médicale		-Extension du service -Création d• une unité pédiatrique
Psychiatrie	-01 professeur -01 docent -02 MA -03 ASP -19 résidents	-Création de : -Unité de toxicomanie pour tentatives de suicides -Unité de gériatrie psychiatrique -Unité de psychothérapie -Développer les techniques thérapeutiques
Urgences Médicales	-23 MG -02 ASP en MI -01 SM -02 chefs d• équipe -20 infirmiers -03 ATS -18 corps communs	- Création d• une salle de déchoquage et une salle d• attente-départ au niveau de l• intermédiaire - Création d• une salle pour drainage pleural (pour les pneumologues de garde).
Unité d• endoscopie	-02 MA -03 assistants -01 SM -01 IDE -01 IB -01 secrétaire -02 agents	Création d• un service de gastro-entérologie avec lits d• hospitalisation à vocation de soins et de formation
Endocrinologie	-01 professeur -02 MA -05 ASP -04 généralistes	Création d• une unité pied diabétique et relancer l• activité d• endocrinologie (nanisme, stérilité, ...)
Neurologie	-02 MA -05 ASP -04 généralistes	Création d• une unité de neuro-vasculaire (prise en charge de la thrombose vasculaire)
Médecine Physique et Réadaptation	-04 MA -05 ASP -01 généraliste	-Création d• unités : -Unité spinale -Unité neuro-rééducation -Unité enfants -Unité rééducation polyvalente - Développer l• activité de rééducation externe (ergothérapie, laboratoire d• étude marche, laboratoire d• iso cinétisme, salle de balnéothérapie)

Source : Exploitation des données de la direction générale du CHU de T-O

Annexe 05: Services médico-techniques

Services	Moyens humains	Projections
Médecine du Travail	-19 médecins -08 résidents -02 psychologues du travail -07 paramédicaux -03 agents d• administration -05 agents polyvalents	Améliorer les activités existantes
SEMEP	-01 professeur -03 MA -01 ASP -09 Médecins résidents -01 M.G -01 SM Chef -02 SM -01 technicien biologiste -01 technicien en assainissement -01 secrétaire médicale -01 secrétaire dactylographe -01 agent d• administration -01 agent de saisie pré emploi -01 agent d• entretien	-Création d• un centre de vaccination -Création d• une unité du registre des tumeurs (informatisation sanitaire) -Création d• une unité bio-statistique
Médecine Légale	-02 MA -04 Résidents	-Unité de consultation -Unité de thanatologie en dehors de la morgue -Unité d• hospitalisation pour prisonniers -Labo de toxico-biologie
SAMU	-14 Généralistes	-Développer le SAMU 15 -Création d• un SMUR
Pharmacie	-14 Pharmaciens	-Améliorer la stratégie d• achat et d• approvisionnement. Restructuration et extension des aires de stockage. -Unité de reconstitution des produits cytotoxiques.
Radiologie	03 MA 03 ASP 03 résidents	Affectation de radiologues au sein d• un service déjà équipé.

Table des matieres

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale	09
Chapitre I: Le système de santé en Algérie	14
Introduction	14
I-1 Présentation et évolution du système de santé en Algérie	15
I-1-1 Présentation du système de santé en Algérie	15
I-1-1-1-Historique du système de santé en Algérie.....	16
I-1-1-2-Evolution du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours.....	17
I-1-1-2-1-La première phase (1962-1992)	17
I-1-1-2-2-La deuxième phase (1992-2000)	21
I-1-1-2-3-La phase actuelle (2000-à nos jours).....	27
I-2-L'organisation du système de santé algérien	29
I-2-1- Ressources et offre de soins	29
I-2-1-1- les ressources humaines.....	30
I-2-1-2- L'infrastructure	32
I-2-1-3- Offre en médicaments et équipement médicaux.....	35
I-2-1-4- Ressources financières.....	37
Conclusion	41
Chapitre II : Le fonctionnement Générale des établissements public de sante en Algérie	43
Introduction	43
II-1 Généralité sur les établissements publics de santé en Algérie	44
II-1-1 Présentation des établissements publics.....	44
II-1-2 Établissement public de santé	44
II-1-2-1 Centre Hospitalo-universitaire (CHU).....	45
II-1-2-2 Etablissement Hospitalier Spécialisé (EHS).....	46
II-1-2-3 Etablissement hospitalier universitaire (EHU)	46
II-1-2-4 Etablissement public hospitalier (EPH).....	47
II-1-2-5 Les Etablissements publics de Santé de Proximité (EPSP)	48
II-1-3 Caractérisation des établissements publics de santé	51
II-1-3-1 Le statuts des établissements publics de santé selon la loi sanitaire 2018.....	52
II-2 Organisation des établissements publics de santé en Algérie	54
II-2-1 La gestion des établissements publics de santé en Algérie	54
II-2-1-1 La Direction de l'établissement	56
II-2-1-2 Le conseil d'administration	56
II-2-1-3 Le conseil médical	57
II-2-2 Les Sous directions de l'organisation administrative	58
II-2-2-1 Sous-direction des finances et des moyens.....	58
II-2-2-2 Sous-direction des ressources humaines.....	59
II-2-2-3 Sous-direction des activités de santé	59
II-2-2-4 Sous-direction de la maintenance	60
II-2-3 L'hôpital public et le service public hospitalier.....	60
II-2-3-1 Le service public hospitalier	60
II-2-4 Les personnels des établissements de santé	61

II-2-4-1 Les personnels médicaux	61
II-2-4-2 Les personnels non-médicaux	62
II-2-4-3 Les relations entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif	63
II-2-5 Le fonctionnement de quelques aspects dans les établissements public de santé.....	63
II-2-5-1 L'aspect de l'accueil	63
II-2-5-2 Les aspects hôteliers	65
Conclusion.....	69

Chapitre III : Organisation et fonctionnement du CHU de Tizi-Ouzou Nedir Mohamed 71

Introduction 71

III-1 Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou..... 72

III-1-1 Historique Du CHU De Tizi-Ouzou 72

III-1-2 Présentation du CHU de Tizi-Ouzou..... 72

III-1-2-1 Unité NEDIR Mohamed..... 73

III-1-2-2 Unité BELLOUA 73

III-1-3 Les missions du CHU de T-O..... 74

III-1-4 L'effectif du CHU TIZIOUZOU 74

III-1-4-1 Le personnel administratif..... 74

III-1-4-2 Personnel médical 75

III-1-4-3 Le personnel paramédical..... 77

III-1-5 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou..... 79

III-1-5-1 Direction du CHU de T-O 79

III-1-5-2 Le conseil d'administration 80

III-1-5-3 Le conseil scientifique..... 80

III-1-5-4 Directions de l'organisation administrative 81

III-2 L'organisation médical et le fonctionnement du CHU de TO 84

III-2-1 Organisation du CHU de T-O par service 84

III-2-1-1 Le service d'hospitalisation..... 84

III-2-1-2 Les services des urgences..... 86

III-2-1-3 Les services médicaux-technique..... 86

III-2-2 Le fonctionnement des aspects internes et externes du CHU de TO..... 87

III-2-2-1 Accueil 87

III-2-2-2Séjour 89

III-2-2-3 La sortie..... 95

III-2-2-4 Le parc automobile..... 96

III-2-2-5 La sécurité 96

Conclusion..... 98

Conclusion générale 100

Bibliographie..... 105

Liste des figures 110

Liste des tableaux 111

Annexes 113

Table des matières

Résumé

Résumé

Le système de santé en Algérie a connu trois étapes depuis l'indépendance de 1962 jusqu'à nos jours, il est fondé sur une répartition des soins et la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective des malades afin d'assurer le bien-être sociale en facilitant l'accès aux soins pour la population, la satisfaction du malade en tant qu'utilisateur du système de soins se trouve au cœur des réformes entreprises touchant notre système de santé, en effet les nouveaux textes réglementaires mettent davantage l'accent sur l'accueil et une meilleure prise en charge des malades dans les structures publiques de santé en Algérie.

Les établissements publics de santé sont des structures définies par un statut légal et dont les missions sont fixées par le code de la santé publique (ces missions : soins, prévention et recherche médicale, enseignement) sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public (égalité d'accès aux soins, continuité du service). La compétence de ces établissements peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, interrégionale ou nationale.

L'intérêt de notre travail de recherche se focalisera sur le fonctionnement général des établissements publics de santé en Algérie, on cite les établissements publics de santé qui existent en Algérie leurs organigrammes et leurs fonctionnements.

L'objectif de notre travail de recherche est d'étudier le cas du centre hospitalo-universitaire de TIZI-OUZOU (CHU Mohammed Neddir), de connaître le bon fonctionnement de cet établissement qui concerne l'organisation administrative et la qualité d'accueil des malades, les aspects hôtellerie (la restauration, l'hygiène, la logistique du CHU).

Mots clés :

La santé, système de santé, établissement, malade, public, Algérie, fonctionnement.

Abstract

The health system in Algeria has gone through three stages since independence from 1962 until today, it is based on a distribution of care and the implementation of a strategy of collective care of patients to ensure social well-being. By making it easier to care for the population, patient satisfaction as a user of the health care system is at the heart of business reforms affecting our health system, as the new regulations put greater emphasis on the health care system. Reception and better care of patients in public health structures in Algeria.

The public health establishments are structures defined by a legal statute and whose missions are fixed by the code of the public health (these missions: care, prevention and medical research, teaching) are carried out within the framework of a system of values and public service obligations (equal access to care, continuity of service). The competence of these establishments may be of a communal, inter-municipal, departmental, regional, interregional or national nature.

The interest of our research work will focus on the general functioning of public health institutions in Algeria, we quote the public health institutions that exist in Algeria their organization and functioning.

The objective of our research work is to study the case of the university-hospital center of TIZI-OUZOU (CHU Mohammed Neddir), to know the good functioning of this establishment which concerns the administrative organization and the quality of reception of sick, hospitality aspects (catering, hygiene, hospital logistics).

Keywords:

Health, Health System, Establishment, Ill, Public, Algeria, operation

ملخص

لقد مر النظام الصحي في الجزائر بثلاث مراحل منذ الاستقلال منذ عام 1962 وحتى اليوم، وهو يعتمد على توزيع الرعاية وتطبيق إستراتيجية الرعاية الجماعية للمرضى لضمان الرفاهة الاجتماعي. من خلال تسهيل العناية بالسكان، يكون رضا المرضى كمشيئة لنظام الرعاية الصحية في قلب الإصلاحات التجارية التي تؤثر على نظامنا الصحي، حيث أن اللوائح الجديدة تضع المزيد من التركيز على نظام الرعاية الصحية. استقبال ورعاية أفضل للمرضى في هياكل الصحة العامة في الجزائر.

مؤسسات الصحة العامة هي هياكل يحددها نظام قانوني وتتركز مهامها على قانون الصحة العامة (هذه المهام: الرعاية والوقاية والبحث الطبي والتدريس) تتم في إطار نظام للقيم التزامات الخدمة العامة (تكافؤ فرص الحصول على الرعاية واستمرارية الخدمة) قد تكون كفاءة هذه المؤسسات ذات طبيعة مشتركة أو إقليمية أو إقليمية أو وطنية.

سيركز اهتمام عملنا البحثي على الأداء العام لمؤسسات الصحة العامة في الجزائر، ونقتبس من مؤسسات الصحة العامة الموجودة في الجزائر تنظيمها وعملها. الهدف من عملنا البحثي هو دراسة حالة مركز المستشفى الجامعي في تينيزي وزو ندير محمد)، لمعرفة الأداء الجيد لهذه المؤسسة التي تتعلق بالتنظيم الإداري وجودة الاستقبال. الجوانب المرضية والضيافة (تقديم الطعام والنظافة والخدمات اللوجستية بالمستشفيات).

كلمات البحث:

الصحة، النظام الصحي، التأسيس، المرضى، الجمهور، الجزائر، الأداء.