

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



# Mémoire de fin d'étude

*Pour l'obtention du diplôme de master en  
Sciences Economiques*

*Spécialité : Economie de la santé.*

*L'investissement privé dans le domaine de la santé  
Opportunités et contraintes  
Cas de l'hôpital CHAHID MAHMOUDI de TIZI-OZOU*

Elaboré par :

Melle CHERAI Yamina

Melle IDIR Kamelia

Devant les jurys composé de :

Président : M<sup>r</sup> OUALIKEN Selim, Professeur, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou

Examinatrice : M<sup>r</sup> ABIDI Mohammed, MCB, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou

Rapporteur : M<sup>r</sup> ACHIR Mohand, MAA, Université Mouloud Mammeri Tizi-Ouzou

Date de soutenance : 29 /12/2018

Année universitaire 2017/2018

## Remerciements

La réalisation de notre modeste travail n'aurait pas abouti à des résultats satisfaisants sans l'aide de dieu et les encouragements de plusieurs personnes que nous remercions infiniment.

Nous remercions, tout d'abord, notre directeur de mémoire Mr ACHIR Mohamed qui a cru en nous et accordé le soutien, le suivi, la disponibilité et plus particulièrement par ses précieux conseils.

Nous exprimons, aussi, notre profonde et respectueuse gratitude aux membres du jury qui ont consacré de leur temps pour évaluer ce travail, à travers, leur relecture attentive ainsi que leur regard à la fois critique et bienveillant.

Un grand merci au premier responsable de l'Agence National de Développement et d'Investissement de TIZI OUZOU – **ANDI**-, qui a été d'un soutien inégalable durant toute la période ayant conduit à l'élaboration de ce travail et plus particulièrement Mademoiselle DERRAR Ouiza pour ses précieux conseils.

Nous tenons à remercier, également, Mr MAHMOUDIARIS, Président directeur général Adjoint de l'**HOPITAL CHAHIDS MAHMOUDI – HCM**-, Mr TRIKI Directeur de l'hôpital, ainsi que Mr MECHOUK Directeur financier qui, à travers les entretiens qu'ils nous ont accordé, ont été d'un apport précieux dans la conception et la réalisation de ce travail de recherche.

Un grand merci à tout le personnel de cet hôpital. Nos remerciements vont, aussi, à toute personne ayant contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce travail.

.

## *Dédicaces*

**Je dédie ce modeste travail réaliser après un grand sacrifice et une longue fatigue a mes chers parents aux quels je souhaite une longue vie ; que dieu les garde pour moi.**

**A mon uniques frère Djamel que j'adore. A mes chères sœurs Nassima et Amel et leurs maris. A ma plus que chère Fairouz et ma petite Suzanne et a toutes ma familles.**

**Je le dédie aussi a ma deuxième famille ; mon cher mari Samir qui ma soutenue depuis le début, ma belle mère mon beau père et mon beau frère. Mes belles sœurs et leurs maris.**

**Ma binôme kamelia et sa famille.**

**A mes chères copines Hamida, Siham, Assia, et Zahra  
A mes petites cousines Nouria et Nadjet.**

**CHERAI Yamina**

## *Dédicaces*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les  
mots qu'il faut...*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la  
gratitude,*

*L'amour, le respect, la reconnaissance...*

*Aussi, c'est tout simplement que*

*Je dédie ce travail à...*



- *Deux âmes les plus chères au monde mon père **Kamel** et ma mère **Dehbia** qui m'ont toujours soutenu et accompagné durant ma vie. C'est grâce à leurs amour ; leur encouragements ; leur patiences et leur sacrifices que je suis arrivé à ce stade, que Dieu vous offre la paix et le bonheur et vous garde en santé.*
  - *Ma chère sœur : **Katia** .*
- *Mon mari : **Aissa** Et ma deuxième famille.*
- *Mon oncle et sa femme ainsi leur enfants, **Ouardia, Diana, Lamine et Hamid.***
  - *Mes cousins et mes cousines.*
  - *A mon promoteur **MsAchir Mohamed.***
- *A tous mes ami(e)s notamment **Aris fazia, Celia, Anis, Karima, Siham, Hamida, Assia, et Zahra Nacira ,rachid.***
- *Ma chère binôme : **Yamina** et sa famille.*
- *Tout nos collègues de ma promotion et notre chef de spécialité **Mr Salmi et Mme Salmi** et mes enseignants de formation.*

**IDIR Kamelia**

**Résumé :**

Le système de santé correspond à l'ensemble des éléments qui déterminent l'état de santé d'une population. Ainsi il décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

La santé est assurée par deux types de soins : public et privé. Chacun peut avoir des soins gratuits dans un hôpital géré par l'état ou aller dans une clinique privée où il doit payer.

Les cliniques privées ont été créées ces dernières années dans presque tous les domaines de santé. Ainsi il est un objet de recherche peu connu par les sciences économiques et les sciences sociales. En Algérie ce secteur privé est considéré parfois comme étant une boîte noire car les données sur sa taille, les types de prestataires, les mouvements des professionnels entre le secteur public et privé, l'origine des ressources financières, le coût et la qualité des soins, sont pauvres.

L'objectif de cette étude, est de déterminer que l'environnement des établissements privé de la santé arrive à concilier la dimension sociale du secteur de la santé avec rentabilité économique cas l'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI.

**Mots clés :**

Le système de santé, la santé, le secteur privé de soin, les cliniques privé.

## **Abstract**

The health system is the set of elements that determine the health status of a population. Thus it describes the organizational and strategic means implemented by country and geographical area to ensure continuity and quality of health services.

Health is provided by two types of care: public and private. Everyone can have free care in a state-run hospital or go to a private clinic where they have to pay.

Private clinics have been created in recent years in almost all fields of health. Thus it is a little known research subject by the economic and social sciences. In Algeria, this private sector is sometimes considered to be a black box because the data on its size, the types of providers, the movement of professionals between the public and private sectors, the origin of financial resources, the cost and quality of care, are poor.

.The objective of this study, is to determine the environment of the private health institutions reconcile the health service with economic profit case the hospital CHAHIDS MAHMOUDI.

**Keywords:** The health system, the health, the private care sector, the private clinics.

## **Liste d'abréviation**

**ANDI** : Agence National de Développement et d'Investissement

**ANS** : Agence Nationale du Sang

**APSI** : Agence de Promotion, de Soutien et de Suivi de l'Investissement

**CNI** : Conseil National d'Investissement

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CNUCED** : Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement

**CMC** : Cliniques Médicaux Chirurgie

**CMS** : Centre Médical de Santé

**CA** : Chiffre d'Affaire

**CT** : Computed Tomography

**DSP** : Direction de la Santé Public

**EHP** : Etablissement Hospitalier Privé

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

**EPSP** : Etablissement Public de Santé de Proximité

**EURL** : Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée

**FDG** : Fluoro Désoxy Glucose

**FMI** : Fond Monétaire International

**HCM**: Hôpital CHAHID MAHMOUDI

**HTA** : Hyper Tension Artérielle

**HTAP** : Hyper Tension Artérielle Pulmonaire

**IBS** : Impôt sur les Bénéfices des Sociétés

**INSP** : Institut National de Santé Publique

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**LCPP** : Laboratoire de Contrôle des Produits Pharmaceutiques

**MSPRH** : Ministère de la Santé, de la Population et la Réforme Hospitalière

**MTH** : Maladie à Transmission Hydrique

**ONU DI** : Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologiste

**PCH** : Pharmacie Centrale des Hôpitaux

**PET** : Tomographie par Émission de Positron

**PIB** : Produit Intérieur Brut

**PME** : Petite et Moyenne Entreprise

**S.A.R.I.M.** : Société Algérienne de Radiologie et d'Imagerie Médicale

**SARL** : Société à Responsabilité Limitée

**SPA** : Société Par Action

**TAP** : Taxe d'Activités Professionnelles

**T-O** : Tizi-Ouzou

**TVA** : Taxe sur la Valeur Ajouté

**VSL** : Véhicule Sanitaire Léger

# Sommaire

---

Introduction générale.....	1
<b>Chapitre I : Généralité sur le système de santé En Algérie .....</b>	<b>6</b>
Introduction .....	7
Section 01 : Présentation du système de santé .....	8
Section 02 : le cadre juridique du système de santé .....	27
Section 03 : Les dysfonctionnements du système de santé algérien .....	31
Conclusion.....	34
<b>Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie.....</b>	<b>35</b>
Introduction .....	36
Section 01 : Aperçu sur le secteur privé en Algérie .....	37
Section 03 : L'investissement privé dans la wilaya de TIZI-OUZOU .....	51
Conclusion.....	53
<b>Chapitre III : Illustration pratique à partir du Cas de l'hôpital HCM .....</b>	<b>54</b>
Introduction .....	55
Section 01 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	56
Section 03 : Etude et analyse de processus d'investissement du L'HCM.....	71
Conclusion.....	75
Conclusion générale .....	76
Bibliographie.....	76
Liste des figures et des tableaux.....	76
Annexes	
Table des matières	



# **Introduction générale**

## Introduction générale

---

La santé est revendiquée dans le monde entier<sup>1</sup>, comme un droit fondamental et une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Ce droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu. Selon la déclaration universelle des droits de l'homme : « toutes personnes ont droit à un niveau de vie satisfaisant pour assurer sa santé, son bien-être, notamment pour l'habillement, l'alimentation, le logement et les soins médicaux..... etc.<sup>2</sup>»

Le droit à la santé est face à une application de plus en plus large qui engendre une augmentation progressive des coûts des biens et services médicaux, de la demande de soins de santé et un déficit des assurances maladies et de la sécurité sociale.

Dans le but de remédier à ces phénomènes et de satisfaire la demande de la population en matière de santé, chaque pays dispose d'un système de santé qui met en relation l'activité des professions de santé avec celle des différents agents contribuant à son financement. Cet agencement complexe qui est le système de santé est défini comme étant un ensemble de moyens organisationnels, structurels et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

Il représente l'une des conditions du développement économique, social et individuel, le premier objectif est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteurs, dont le système de soins. L'objectif secondaire de la politique de santé est d'assurer un accès équitable aux soins médicaux de gérer efficacement les établissements médicaux et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable.

Le système de santé algérien a connu de nombreuses transformations depuis l'indépendance. Il combine les traits de l'assurance maladie avec un financement sur budget du gouvernement et une part croissante de paiement direct par l'utilisateur. Le secteur public y est dominant mais le secteur privé et ses pratiques imprègnent largement la dynamique de l'ensemble du système. Malgré les investissements publics colossaux et les nombreuses réformes entamées, le système de santé algérien souffre d'un déficit flagrant de cohérence, de crédibilité et d'efficacité. Il ne donne satisfaction ni à la population, ni aux autorités nationales ni aux professionnels de la santé. Il profite largement aux marchands des soins et des produits de santé du fait de l'absence de toute régulation effective et explicite de l'organisation et des prestations de soins.

---

<sup>1</sup> Brahmia B.: Economie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé OCDE- Europe de l'Est-Maghreb, Bahaeddine Editions, Alger, 2010.p 401.

<sup>2</sup>Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme adopté par les nations unies en décembre 1948. In : BRUNO Palier. : "La réforme des systèmes de santé, presses universitaire de France, PARIS, 2004. P7.

## **Introduction générale**

---

La santé est une préoccupation majeure pour tous les individus est encore plus Les nouvelles orientations économiques du pays décidées après la crise Économique de 1986 créditent la privatisation de toutes les vertus d'efficacité et présentée comme une panacée par opposition au secteur public, source de gaspillage et d'inefficacité à tous les niveaux. Mouvement amorcé à la fin des années 80, l'expansion et le développement considérable des activités du secteur privé n'ont cessé de croître .Après plus de vingt années d'existence, l'offre privée de soins a gagné progressivement l'ensemble du territoire même si elle est beaucoup plus importante dans les grandes métropoles.

En Algérie, le secteur privé reste assez mal connu et les données le concernant sont souvent parcellaires et incomplètes. Peu de données sont disponibles; nous pouvons connaître les effectifs des médecins et leur répartition territoriale, le nombre de cliniques par type d'activités, leur répartition territoriale, leur capacité litière et les spécialités investies. En revanche, le volume et la tarification des activités restent méconnues et manifestement sous déclarés. Le secteur privé des soins semble échapper dans une large mesure aux autorités de régulation.

### **Choix et intérêt de sujet**

Ce sujet porte un intérêt majeur puisqu'il s'inscrit dans le domaine de l'économie de la santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur l'importance de l'investissement privé dans le domaine de la santé exemple de l'établissement hospitalier privé CHAHIDS MAHMOUDI de Tizi-Ouzou.

Sur le plan économique, ce sujet peut servir comme source de documentation pour les Autres chercheurs qui viendront après nous, et procurer des informations qui peuvent se révéler Indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

L'importance de ce sujet vue qui est un sujet d'actualité est se distingue par le manque des travaux universitaires dans ce domaine

### **Motifs de choix du sujet de recherche**

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet, il est nécessaire de présenter les motifs de Choix de celui-ci qui sont d'ordre objectifs et subjectifs :

**Motifs objectifs** : on a choisi ce sujet pour des raisons objectives suivantes :

## Introduction générale

---

- L'importance de l'investissement privé dans le domaine de la santé ;
- Manque des travaux universitaires sur le sujet ;
- Le choix d'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI comme terrain d'étude de notre sujet est justifié par la relation directe qui existe entre notre sujet et ce terrain car l'hôpital MAHMOUDI est le dernier investissement récent dans la haute technologie .

**Motifs subjectifs :** et pour raisons subjectives telle que :

- Vu que notre sujet est un sujet très riche et vivant donc on a essayé de le traiter dans le domaine de l'économie de la santé ;
- C'est un sujet d'actualité et son étude nous permettant d'approfondir nos connaissances dans le domaine ;
- La volonté d'exercer le métier d'économiste de santé dans l'avenir.

### **Problématique d'étude**

Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Dans quel environnement les établissements privés de santé arrivent à concilier la dimension sociale du secteur de la santé avec la rentabilité économique? Cas de l'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI**

La question centrale de la recherche fait émerger de deux principales questions de recherche et qui vont guider notre démarche empirique. Ces questions sont les suivantes :

- Quels sont les obstacles qui entravent le bon fonctionnement du système de santé algérien?
- Quel est l'apport des cliniques privées pour l'amélioration de la qualité des soins?
- Quelles sont les contraintes rencontrées par les investisseurs privés dans le secteur de la santé ?

### **Les hypothèses :**

- L'investissement privé dans le secteur de la santé est confronté à plusieurs difficultés notamment le cadre juridique.
- Le privé dans la santé arrive à s'imposer et à fournir des prestations de qualité.
- Le secteur de la santé en Algérie présente des opportunités importantes surtout dans certaines pathologies.

# Introduction générale

---

## Objectifs d'étude

L'objectif général de la présente recherche est de montrer et déterminé que l'environnement des établissements privé de la santé arrivent à concilier la dimension sociale du secteur de la santé avec rentabilité économique et pour cela on à pris l'hôpital CHAHID MAHMOUD comme meilleur cas. Pour bien précisé notre objectif, nous nous sommes fixées trois objectifs spécifiques qui sont :

- Déterminer les obstacles qui entravent le bon fonctionnement de système de santé algérien.
- Déterminer l'apport des cliniques privées de santé pour l'amélioration de la qualité des soins.
- Déterminer les contraintes rencontrées par les investisseurs privés dans le secteur de santé.

## Méthodologie de la recherche

Pour mieux appréhender dans notre sujet et pour répondre à notre question de recherche, nous avons adopté une démarche de travail axée d'une part sur une recherche bibliographique et une recherche empirique. Notre recherche bibliographique nous a révélé une évolution des intérêts de la recherche sur le secteur privé de soins. Celle-ci porte essentiellement sur :

- L'exploitation d'ouvrage qui traite les cliniques privées.
- et travaux universitaires tels que les thèses qui traitent les questions liées à notre sujet notant qu'il ya pas des mémoires sur ce thème.
- exploitation des articles, et des statistiques publiées par différents directions ;
- Le recoure à des textes juridiques ;
- Enfin, l'exploitation des sites d'internet. A côté de cette recherche bibliographique nous avons adopté une étude qualitative de recueille et d'analyse des données qu'on peut la définir comme étant : « *un ensemble de techniques d'investigation dont l'usage est très répondu. 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*

## Introduction générale

---

*décrire et à analyser la culture et le comportement des humains et de leurs groupes du point de vue de ceux qui sont étudiés »<sup>1</sup>.*

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 semi directifs (annexe ) ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu à travers une étude de cas.

Dans la méthode étude de cas, on a choisi un objet d'étude unique<sup>2</sup>, qui nous permettrons de déceler les causes plausibles du problème, et de les analyser, elle nous permettrons aussi de comprendre et de d'écrire notre sujet.

### Structure de l'étude

Le plan de notre travail de recherche sera subdivisé en trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.il est présenté de la façon suivante :

- Le premier chapitre (chapitre introductif) parle de système de santé en Algérie et comporte trois sections, la première intitulée une présentation de système de santé en générale. La deuxième section c'est le cadre juridique de système de santé algérien et son évolution. La troisième section c'est le dysfonctionnement de système de santé algérien.
- Pour le deuxième chapitre va traiter la place de secteur privé de la santé en Algérie, celui-ci va présenter un aperçu sur le secteur privé en Algérie, dans la deuxième section on va expliquer les cliniques privées ; Etats des lieux. Enfin on va déterminer investissement privé dans la wilaya de TIZI OUZOU.
- Le dernier chapitre représente une illustration pratique à partir de cas de HCM.

---

<sup>1</sup> BOUTTENA, Amina ; CHAOUADI, Tassadit. La gestion du service des urgences comme un critère de la performance hospitalière : Cas du CHU de TIZI-OUZOU. Mémoire de master en économie de santé. TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI. Tizi-Ouzou, FSEGC, promotion 2015-2016, p. 06.

<sup>2</sup> DAHAK, 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.



**Chapitre I**  
**Généralité sur le système**  
**de santéEn Algérie**

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

## Introduction :

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé.<sup>1</sup>

En effet l'Algérie comme tous les pays en voie de développement a accompli des efforts considérables en matière de prise en charge des besoins sanitaires de la population, surtout dans un contexte économique favorable et l'abondance des ressources financières au cours des années 70 et au début des années 80, grâce aux recettes pétrolières. Cette période a été marquée par une réorganisation profonde du système de santé avec d'abord, l'instauration de la gratuité des soins en 1974 (ordonnance de décembre 1973 portant la gratuités des soins ), puis la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires ( les hôpitaux, polycliniques et centres de santé....etc.) et enfin l'investissement dans la formation du personnel médical, ce qui a donner plus tard des résultats satisfaisants en terme d'amélioration de l'état de santé de la population.<sup>2</sup>

L'objet de ce premier chapitre est de présenté l'évolution du système de santé Algérien mené depuis l'indépendance, à Travers l'étude de son organisation actuelle, Nous tenterons ensuite D'analysé le cadre juridique de système de santé et son évolution et enfin nous présenterons les dysfonctionnements du système de santé.

---

<sup>1</sup>.SAIHI, Abdelhak. Le système de santé publique en Algérie : Analyse et perspective, gestion hospitalière ENA, Alger, avril 2006, p.243.

<sup>2</sup>. AIT MEDJANE, Ouahiba. Les reformes du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses, mémoire de master en économie de la santé, université de Bejaia option, 2012,2013, P.08.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

## Section 01 : Présentation du système de santé

Avant d'entamer la description analytique des systèmes de santé Algérien, il est important de faire un survole sur la notion de système de santé.

### 1.1. Définition d'un système de santé

On peut définir le système de santé comme suit : « un système de santé est la combinaison de ressources, de l'organisation, du financement et de la gestion aboutissant à la prestation de services de santé à la population »<sup>1</sup>

L'organisation des services de santé présente des degrés variables de complexité, cette variation dépend des régimes politiques en place, de l'organisation de la société, etc.

Un système de santé peut comprendre les éléments suivants :

- La production du service
- L'élaboration de programmes
- Des méthodes de gestion
- La prestation de services
- Les mécanismes d'aide économiques

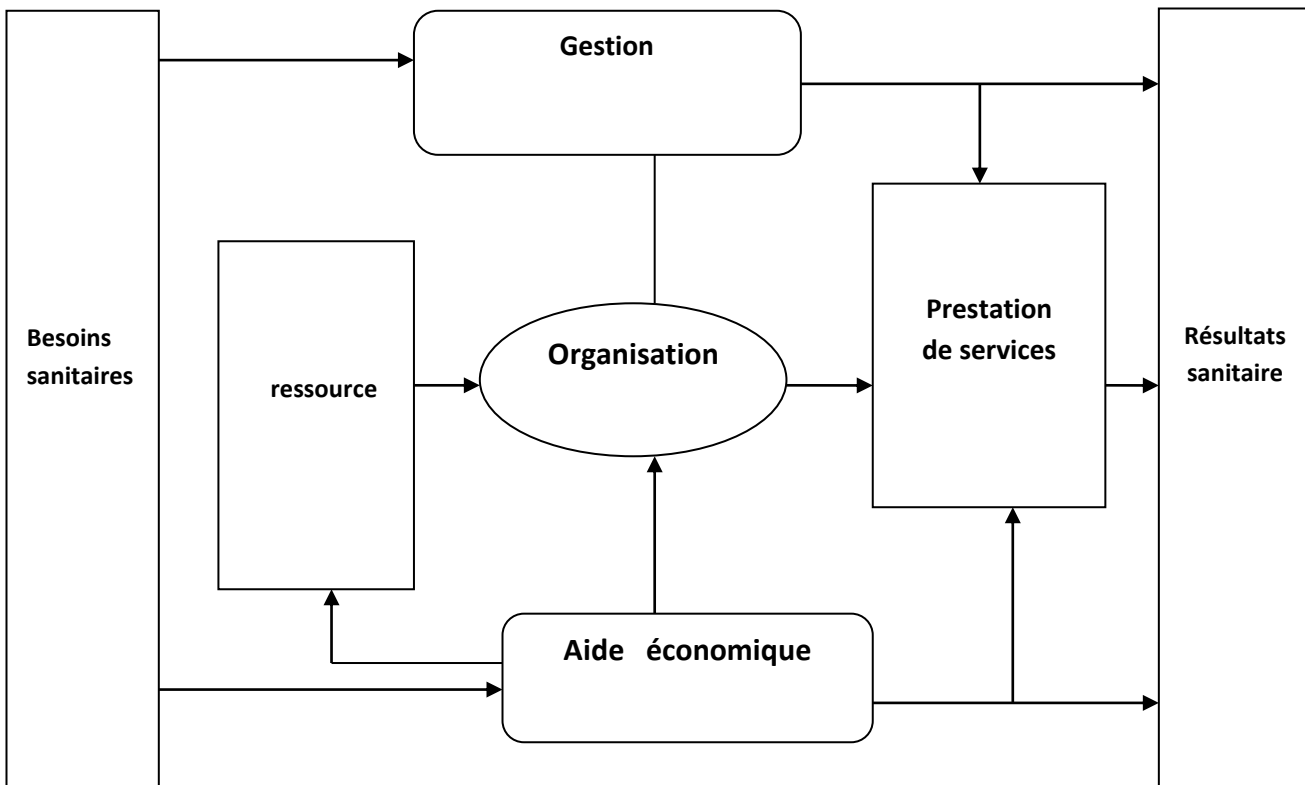
Ces éléments cités ci-dessus peuvent être, à leur tour, subdivisés en composantes secondaires qui peuvent concevoir un sous système de santé. Ils doivent fonctionner en totale corrélation et parfaite harmonie pour pouvoir atteindre les objectifs visés, comme le précise la figure suivante :

---

<sup>1</sup> Be jean S : « Economie du système de santé : du marché à l'organisation » éd. ECONOMICA, Paris, 1994.p.56.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

Figure 1: Eléments d'un système de santé



**Source :** Mougeot M. : « Système de santé et concurrence » éd. ECONOMICA, Paris 1994.34

Quand un besoin sanitaire se manifeste, on doit mettre en place des ressources pour le satisfaire. Ces ressources seront combinées avec des aides économiques et un système efficace de gestion, cette organisation aura donc le but de fournir une prestation de services de santé de qualité.

## 1.2.Objectif de système de santé

En générale, l'objectif des systèmes de santé reste l'espoir de répondre aux attentes de la Population en matière de santé telles qu'elles sont énoncées dans les constitutions et les textes de loi.<sup>1</sup> La volonté d'atteindre les objectifs prédéfinis est mesurée généralement par la part des ressources nationales allouées à ce secteur malgré que ce pourcentage soit Difficilement dissociable du niveau de développement économique de chaque pays.

<sup>1</sup> OMS : « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant »,2000.p54.

# **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

L'amélioration de l'état de santé est non seulement la raison d'être d'un système de santé, mais aussi son objectif premier ou fondamental. En effet, si les systèmes de santé ne faisaient rien pour protéger ou améliorer la santé, ils n'auraient aucune raison d'exister.<sup>1</sup>

Cependant, selon l'OMS, les résultats obtenus par tout système de santé doivent être évalués en termes de qualité et d'équité en regard de 3 objectifs :<sup>2</sup>

- La protection, la préservation, la promotion, la prévention, le maintien, l'amélioration et la réadaptation de l'état de santé de la population.
- La réactivité de la performance et de l'efficacité du système de santé, particulièrement le système de soins de santé (c'est un rôle délégué aux institutions de régulation).
- L'équité de la contribution financière: en regard de la capacité financière des personnes, l'équité de la contribution financière consiste à assurer une solidarité entre les couches sociales en matière de cotisation. Ainsi, il doit y avoir réunion de :
  - Importance du prépaiement (prime ou cotisation) : celui-ci peut engendrer des contraintes d'épargne ou des restrictions de budget excessives chez les ménages concernés.
  - Indépendance de la contribution vis-à-vis du risque : le mode de prépaiement ne doit pas être lié à la probabilité de maladie ou à l'utilisation des services de soins.
  - Lien entre contribution et capacité de paiement : les formes de prépaiement doivent être progressives ou du moins être proportionnelles au revenu.

## **1.3.Aperçu historique sur l'évolution du système de santé Algérien**

Le système de santé Algérien a connu des multiples changements, il est passé par plusieurs périodes.

### **1.3.1. Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie**

Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie sont les suivantes :

#### **1.3.1.1. La première phase (Avant 1962) : la période coloniale**

Le système de santé en Algérie à l'aube de 20ème siècle, le service médical était assuré par une centaine de médecins isolés, livrés à eux-mêmes, disposaient de moyens

---

<sup>1</sup>.OMS: « Rapport sur la santé dans le monde. », Genève.2000,p. 25.

<sup>2</sup>.TANTI- HARDOUIN, N. : Economie de la santé, Ed. Armand Colin, 1994, p.12.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

réduits, dans des circonscriptions étendues. En 1907, le bactériologue « ALPHONE LAUVERAN » réussit le prix Nobel en “Médecine” en récompense à ses recherches sur le paludisme à Constantine.<sup>1</sup>

En 1931, le corps des auxiliaires médicaux indigènes est transformé en celui des adjoints techniques de la santé, dont la durée des études est trois ans.

A l'aube de la seconde guerre mondiale, une circonscription type comporte un auxiliaire de 40 à 50 lits installé au chef lieu, plusieurs salles de consultation réparties dans les villages avec des visites périodiques de l'infirmière ou du médecin. On compte alors environ 150 circonscriptions médicales en Algérie dont 53 pour le département d'Alger, 41 pour le département d'Oran et 57 pour le département de Constantine.<sup>2</sup>

## **1.3.1.2. La deuxième phase (1962-1972) : reconstruction d'un système dévasté par la guerre.**

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.<sup>3</sup>

L'Algérie a hérité un système de soins inadapté aux besoins de la population qui se caractérise par une infrastructure relativement importante mais hôpital-centriste, répartie au Nord, en ville et dans les zones agricoles riches couvrant ainsi les besoins d'une minorité tandis que la majorité n'a pratiquement pas l'accès aux soins. Deux secteurs cohabitent : secteur privé sis dans les villes et secteur public.<sup>4</sup>

Au lendemain de l'indépendance, l'Algérie disposait de moins de 500 médecins (dont 50 % d'Algériens) pour couvrir une population de 10,5 millions d'habitants.

Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par une mortalité infantile élevée (180 %), une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans et des maladies transmissibles sévissant à l'état endémique, d'une ampleur sans égale, responsables

---

<sup>1</sup>TOUAZI, Assia. Le financement du système de santé algérien : Etat et réformes, mémoire de master en sciences Économiques, 2012, p10.

<sup>2</sup> Ibid.p 10.

<sup>3</sup>BRAHAMIA, B La dynamique du système de santé algérien, Bilan et perspectives, Thèse de Doctorat Université de Montpellier I, 1991, P99.

<sup>4</sup>KAID, T. 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 science économique, université d'Alger, 2003, P.55.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

d'une importante cause de décès et de handicaps. Les ressources étant limitées, le Ministère de la Santé s'est fixé deux objectifs essentiels face à cette situation : la lutte contre les maladies transmissibles et le développement de l'accès aux soins. L'action sur le terrain se distinguait par la mise en œuvre de programmes de santé destinés à la protection des populations et la prévention des maladies prévalentes. À ce titre, la vaccination obligatoire de tous les enfants a été instituée, le programme d'éradication du paludisme a été lancé avec succès. Le médicament a bénéficié de larges facilités de production, d'importation et de distribution.<sup>1</sup>

Le chantier de la reconstruction du système de santé, pour répondre aux besoins sanitaires de la population algérienne était colossal, en terme, à la fois de structures à construire, et de facteur humain à former comme l'attestent les indicateurs de santé publique de référence suivants :<sup>2</sup>

Mortalité infantile très élevée : 180/1000 en milieu urbain ;

- Espérance de vie des Algériens ne dépassant pas 50 ans ;
- Densité de 1,2 à 1,6 médecin / 10 000 habitants ;
- Densité de 1 à 2 chirurgien-dentiste / 100 000 habitants ;
- Densité de 3 pharmaciens / 100 000 habitants ;
- Accès aux soins difficile pour les populations rurales.

Dès l'indépendance jusqu'au début des années 70, l'Algérie a mis en œuvre une politique sanitaire nationale qui s'est caractérisée principalement par :<sup>3</sup>

- La réactivation des structures de santé laissées en place et offrant une couverture insuffisante et qui étaient largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé majoritairement d'origine française.
- L'établissement d'un programme de santé, pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales, natalité).

---

<sup>1</sup>.SAIHI, Abdelhak, op. cit .p.241.

<sup>2</sup>AMIROUCHE, S., ACHIOU, Meriem : Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie, mémoire de master, option économie appliquée et ingénierie financière, université Bejaia ,2015,P.5.

<sup>3</sup>.Ibid. p.6.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

- La mobilisation des ressources financières indispensables à la réalisation de programme par l'Etat du fait de revenus très bas de la population (PIB/habitant n'excédant pas 400\$)

### 1.3.1.3. La troisième phase (1973-1986) : Vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics

La nationalisation du pétrole en 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 « industrielle, agraire et culturelle ».

L'instauration d'un programme de santé qui se traduit par un nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973, cette étape a marquée trois faits majeurs :<sup>1</sup>

- L'instauration de la gratuité des soins (janvier 1974), ce qui a favorisé un développement de l'accès de la population aux services de soins ;
- La réforme des études médicales visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un Grand nombre de praticiens.
- La création du secteur sanitaire, pivot de l'organisation du système national de santé.

En février 1973, un décret instaure la structuration du système de santé algérien. Ce qui a amené à découper le pays en secteurs sanitaires correspondant approximativement au territoire d'une daïra qui comprend une structure d'hospitalisation et des unités de soins périphériques (polycliniques, dispensaires et centre de santé), qui lui sont rattachées administrativement.

Cette réorganisation du système de soins se caractérise par :

- Une unification des services de soins ;
- Une hiérarchisation du système de soins ;

Au début des années 1980, avec l'augmentation substantielle des revenus pétroliers, le budget de la santé atteint près de 7% du PIB <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> SAIHI, Abdelhak.Op. cit., p.241.

<sup>2</sup>.AMIROUCHE, S., ACHIOU, Meriem., Op.cit., p.7-8.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

- Les unités de soins sont équipées de moyens modernes et plus de quarante nouveaux hôpitaux sont édifiés, cet investissement en nouveaux lits hospitaliers améliore considérablement la couverture nationale en lits, mais pêche malheureusement par une implantation géographique inadéquate des unités par rapport aux évolutions des besoins et souvent par une architecture inadaptée au milieu environnant.
- Une quantité importante d'équipements lourds sont acquis, là aussi dans la précipitation et sans étude préalable sur la pertinence des achats, leur implantation, et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance.

### **1.3.1.4. Quatrième phase (1986-2001) : absence d'adaptation du secteur de la santé à double transition démographique et épidémiologique**

La crise de 1986, en raison de la chute des revenus pétroliers (le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10\$ US), imposant à l'Algérie, de faire des emprunts à des taux ruineux en raison de l'augmentation de la demande des soins résultant de l'augmentation des dépenses de santé. Celui de la santé connaît un net recul dès 1986/1987, mettant une grande difficulté le secteur public hospitalier. Par conséquent, les autorités publiques ont été obligées de faire des ajustements de l'organisation sanitaire<sup>1</sup>.

En effet, plusieurs transitions importantes ayant un impact sur le système de santé public s'amorcent :<sup>2</sup>

#### **A. Une transition épidémiologique**

- Persistance et résurgence des MTH (Maladies à Transmission Hydrique)
- Augmentation des maladies chroniques dites maladies modernes: diabète, pathologies digestives, cardio-vasculaires, respiratoires, cancers et neuropsychiatriques.

#### **B. Une transition démographique**

- Amorçage du vieillissement de la population (6,7% en 1999)
- Urbanisation rapide (59 % de l'habitat en zone urbaine en 1999)
- Recul de la natalité même si la part de la population jeune reste extrêmement importante (48, 24 % de la population a moins de 19 ans en 1998).

---

<sup>1</sup> MSP : système national de santé : élément réflexion, avril 1998 – développement du système national de santé, stratégies et perspectives, mai 2001-statistique sanitaires, novembre 2002-avant projet de la loi sanitaire, février 2003-la santé des algériennes et des algériens, MSP, Alger, avril 2003.

<sup>2</sup> Ibidem. P.8-9.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

## C. Une transition socio-économique

- Chute des revenus des hydrocarbures, insuffisance de productivité et de création de richesse interne, augmentation considérable du poids de la dette extérieure et passage désordonné à l'économie de marché avec comme effet la dévaluation du dinar, le développement du chômage et d'une inflation élevée.
- Appauvrissement de l'Etat qui provoque un décrochage du développement des secteurs sociaux (logements, éducation, santé), une dégradation de l'environnement et des conditions de vie, de l'habitat et de l'hygiène publique.
- Elargissement des poches de pauvreté et précarité nutritionnelle de larges couches de la population.

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 à mettre en œuvre un programme de stabilisation et d'ajustement. Il s'agit d'assainir l'économie par le rétablissement des grands équilibres macro économiques de façon à réunir les conditions de la relance. Or l'application de programme d'ajustement a des effets qu'il faut identifier.<sup>1</sup>

En matière de politique de santé, les objectifs du programme d'ajustement structurel sont: réduction des importations des médicaments et de réduire les dépenses de santé« Les mesures prise a ce effet n'ont pas répondues à l'objectif fixé, mais au contraire ont abouties à une augmentation des charges financières sur les ressources collectives, sans que l'efficacité n'ai suivie».<sup>2</sup>

### **1.3.1.5. Cinquième phase (2002-2012) : volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure**

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en

---

<sup>1</sup> KAID, T 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 science économique, université d'Alger, 2003, P.55.

<sup>2</sup> Ibid. p. 60-61.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

dépôt des crises financières mondiales. Certains indicateurs de santé connaissent une amélioration significative à savoir :<sup>1</sup>

- Les dépenses de santé en pourcentage du PIB passe de 3,5% en 2000 à 5,8% en 2009 ;
- Des nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipements ;
- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999 (35000 praticiens en 2007, dont 13000 spécialistes).
- Promotion du médicament générique et encouragement de la production locale (70% de la couverture nationale en volume des médicaments en 2012)

Depuis Janvier 2008, 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 :<sup>2</sup>

- Des structures extrahospitalières assurant la prévention et les soins de base : Création des EPSP (Etablissement Public de Santé de Proximité, ex Secteur Sanitaire) ;
- Des structures d'hospitalisation et de soins spécialisés : Création des EPH (Etablissement Public Hospitalier) ;
- Le maintien des CHU (Centres Hospitalo-universitaires) et EHS ; Création de structures hautement spécialisées, les EHS (Etablissements Hospitaliers Spécialisés) dans par exemple la médecine sportive ou les maladies cardiovasculaires.

La situation actuelle se caractérise entre autres par :<sup>3</sup>

- De grandes disparités régionales en matière de ressources humaines ;
- Une inadaptation des établissements publics de santé à suivre l'évolution de la demande en soins;
- Le mouvement des praticiens, particulièrement les spécialistes, vers le secteur privé ;
- Sur le plan épidémiologique :
  - Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de maladies infectieuses,

---

<sup>1</sup> MSP : Statistiques sanitaires, cité par la banque mondiale, 2010.

<sup>2</sup> Rapport NABNI 2020, Rapport du cinquantenaire de l'indépendance : enseignement et vision pour Algérie de 2020, janvier 2013.p.11.

<sup>3</sup> SAIHI, A. Op. cit, p. 242.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

- Une augmentation régulière des pathologies chroniques telles que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies métaboliques ;
- Le passage à l'économie de marché qui se traduit par des bouleversements socio-économiques.

## 1.4. Organisation de système de santé aujourd'hui

Selon le Rapport sur la Santé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Algérie occupe le 45<sup>ème</sup> rang en termes de niveau de santé, parmi les 191 Etats Membres du classement. Elle est classée au 81<sup>ème</sup> rang en matière de performance globale du système de santé.<sup>1</sup>

Le système national de santé est structuré comme suit :

Le ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière. Le ministre a pour mandat de mettre en application le programme du président de la république à travers le plan d'action du gouvernement. Ce plan d'action adopté en mai 2009 comporte, pour le secteur de la santé, cinq volets :<sup>2</sup>

- Améliorer la couverture sanitaire;
- Améliorer la qualité des prestations;
- Prendre en charge les transitions démographique et épidémiologique ;
- Atteindre les objectifs du millénaire pour 2015 ;
- Rationaliser la gestion et promouvoir la coordination avec les autres secteurs.

Le ministre a sous son autorité le secrétaire général qui supervise l'action des huit directions centrales du ministère (direction de l'administration et des moyens, direction de la pharmacie, direction de la planification, direction de la prévention, direction de la population, direction de

La réglementation, direction des ressources humaines, direction des services de santé) ainsi que l'inspection générale. L'activité du ministère 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 n'est pas encore mis en place. Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au

---

<sup>1</sup> AMIROUCHE, S., ACHIYOU, Meriem., Op. Cit, p30.

<sup>2</sup> Ibid. p.30 -31.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

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 :<sup>1</sup>

## 1.4.1. Organismes de sécurité sanitaire

L'institut national de santé publique (INSP) qui a sa charge toute la surveillance épidémiologique sur tous le territoire national, le 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 matério-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 à l'utilisation de dispositifs médicaux (1998);

## 1.4.2. Organismes 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).

## 1.4.3. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information :

L'école nationale de santé publique, l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles 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.<sup>2</sup>

Actuellement, au sein de ce système coexistent trois sous-ensembles : le secteur public, le secteur parapublic et le secteur privé. Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles, dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi 85-05 permet à certains personnels du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur para public ou privé et que, d'autre part, des personnels du secteur privés peuvent exercer après conventionnement au sein du secteur public.

---

<sup>1</sup>Abdelkadirremal : système de santé en Algérie in : <http://www.abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27.consulté> le 10/11/2018.

<sup>2</sup>AIT MEDJANE, Ouahiba., Op. cit, P.31- 32.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

## 1.5. Ressource et offre de soin

### 1.5.1. Ressource humaine :

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 audiométriciens, les prothésistes, les travailleurs médico-sociaux, et autres fournisseurs de soins.<sup>1</sup>

Le tableau ci-dessous représente l'évolution du nombre et l'effectif des professionnels de soins de santé en Algérie.

**Tableau n°01** : Evolution des effectifs des professionnels de soins de santé.

Personnel de sante	2008	2010	2012
Praticiens spécialiste	5928	7105	19956
Médecins généralistes	15734	19324	40251
Pharmaciens	424	639	1980
Chirurgien-dentiste	5575	6119	8068
Personnel paramédical	74072	93646	232574
Personnel administratif	11778	12907	432574
Personnel technique et service	63917	41526	68244
Autres	336	284	
Total	177764	181550	414635
Effectif en %			
Praticiens spécialiste	3,35%	3,91%	4,81
Médecins généraliste	8,85%	10,64%	9,70
Pharmaciens	0,23%	0,35%	0,47
Chirurgien-dentiste	3,13%	3,37%	1,97
Personnel paramédical	41,66%	51,58%	56,09
Personnel administratif	6,62%	7,10%	10,50
Personnel technique et service	35,95%	22,87%	16,45
Autres	0,18%	0,15%	

**Source** : tableaux fait à partir des statistiques sanitaires MSPRH Ed.2010 et 2012

<sup>1</sup> .AIT MEDJANE, Ouahiba., Op.cit., p.34.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

D'après le tableau n°01, nous remarquerons que les personnels paramédicaux représentent la moitié (56,09%) de l'effectif global du professionnel de santé, cet effectif tend vers une augmentation continue.

Le personnel médical représente 16,92% de l'effectif global du personnel de santé en 2012. Il tend vers une augmentation constante, qui concerne essentiellement les médecins spécialistes. La couverture médicale globale (spécialiste et généraliste), dans l'ensemble des wilayas et régions sanitaires nous donne un ratio moyen d'un médecin pour 600 habitants en 2012.

### 1.5.1. Offre de soins en Algérie :

Le système national de santé est l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Il est organisé de manière à pouvoir prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de façon globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire. Il est conçu dans l'objectif d'améliorer la santé des populations, l'équité et la capacité de répondre aux attentes légitimes des populations. Depuis 1995, cinq régions sanitaires sont adoptées. Il s'agit des régions : Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest. Le tableau suivant présente la composition de chaque région sanitaire.<sup>1</sup>

**Tableau n° 2 : répartition des wilayas sur les régions sanitaires**

<b>Région sanitaires</b>	<b>Centre</b> (chef lieu) (Alger)	<b>Ouest</b> (chef lieu) (Oran)	<b>Est</b> (chef lieu) (Constantine)	<b>Est</b> (chef lieu) (Béchar)	<b>Sud-est</b> (chef lieu) (Ouargla)
<b>Wilaya d'appartenance</b>	Alger, Blida, Boumerdes, Tipaza, Tizi-Ouzou Bejaia, brouira, Media, Djelfa, Bordj Bouriridj, Ain Defla	Oran, Relizane, Chlef, Makara, Ain-Temouchent, sidi bel Abes, Tlemcen, Saida, Mostaganem, Tissemsilt, Tiaret	Constantine, Annaba, Guelma, Skikda, El Taref, Tébessa , khenchla, Mila, Souk Ahras, ou el bouaghi, Setif, Jijel , Batna, Msila	Béchar, Tindouf, Adrar, Naama, al Bayadh	Ouargla, Ghardaïa, Illizi, el Oued, Beskra, Laghouat

**Source :** BRAHAMIA. B'économie de santé .évolution et tendance des systèmes de santé. Édition Bahaéddine .Constantine 2010 p 363.

<sup>1</sup> MEKLALT Khoukha, BRAHAMIA Brahim., Le Système de Santé Algérien face à la transition sanitaire:Prise en charge et financement, p.08.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

Depuis l'an 2000, le système de santé algérien a subi plusieurs réformes visant à améliorer l'offre publique de soins de santé à travers l'adoption de la réforme sur la nouvelle carte sanitaire. La réforme comporte deux volets principaux :<sup>1</sup>

- Le premier volet est la contractualisation des prescriptions médicales à travers la notion du médecin traitant. Ce qui oblige les patients à se soigner chez un seul médecin traitant librement choisi.
- Le second volet de la réforme et le plus important consiste en la décentralisation du système de soins. De ce fait, l'hôpital public qui été jusque là le centre du système de soins et le responsable de toutes les actions et programmes préventifs et curatifs, sera libéré de toutes ces tâches, et sera consacré désormais à l'offre de soins hautement spécialisés.

Depuis la réorganisation de décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissement hospitalo-universitaire (EHU), et des établissements publics hospitaliers (EPH), et des centres hospitalo-universitaires (CHU) ou établissements hospitaliers spécialisés (EHS), et des établissements publics de santé et de proximité (EPSP), il n'existe pas dans les textes d'articles concernant la hiérarchisation des soins et précisant les relations entre ces différentes structures publiques.<sup>2</sup>

Les structures du secteur public : hôpitaux, polycliniques, maternités, centres de santé et salles de soins. Traditionnellement, on distinguait plusieurs catégories d'établissements publics de santé :<sup>3</sup>

## **1.5.1.1. Les centres hospitaliers universitaires(CHU):**

Accueillent les étudiants en médecine durant leur cursus. Il existe un établissement hospitalo-universitaire à Oran, dont le statut est différent du statut des centres hospitalo-universitaires.

## **1.5.1.2. Les établissements hospitaliers spécialisés (EHS):**

Ont en principe pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux qui abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses,

---

<sup>1</sup> MEKLALT Khoukha, BRAHAMIA Brahim., Op. cit, P.8.

<sup>2</sup> AMIROUCHE, S., ACHIOU, Meriem. , Op cit., 2015, p.19.

<sup>3</sup> Ibid. P.19- 20.

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) peuvent héberger des services universitaires.

### 1.5.1.3. Les établissements publics hospitaliers(EPH)

Sont des hôpitaux qui n'ont pas de fonction universitaire et sont équipés pour faire face aux besoins d'hospitalisation de la population. Ils regroupent au moins quatre services cliniques de base (chirurgie, gynécologie-obstétrique, médecine interne), un plateau technique et des consultations.

### 1.5.1.4. Les établissements publics de santé et de proximité (EPSP)

Sont des polycliniques dont dépendent également des centres de santé et des salles de soins ainsi que certaines maternités publiques.

## 1.6. Les infrastructures de soins de santé

Dans ce point, nous tenons de présenter l'état global des infrastructures de soins de santé (Hospitalières et extrahospitalières) public et privé en Algérie

### 1.6.1. Les infrastructures hospitalières

Nous présenterons l'offre hospitalière par les infrastructures hospitalières (CHU, EHS, EPH). Selon les données statistiques de MSPRH, les infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie se présente comme suit :

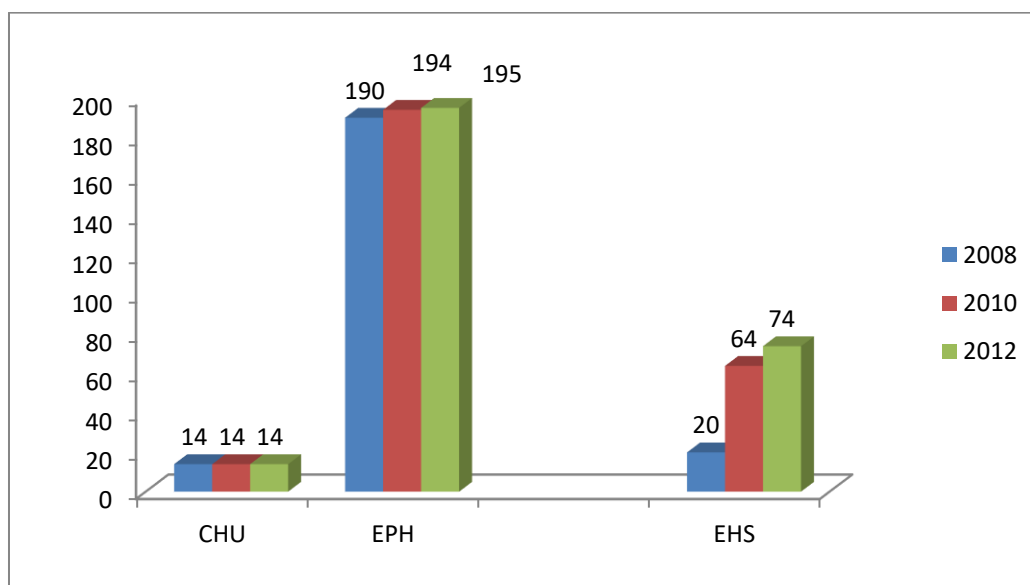
**Tableau n°03 : Infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie**

		Année					
		2008		2010		2012	
		<i>N<sup>bre</sup></i> de lits tech	<i>N<sup>bre</sup></i> de structure	<i>N<sup>bre</sup></i> de lits tech	<i>N<sup>bre</sup></i> de structure	<i>N<sup>bre</sup></i> de lits tech	<i>N<sup>bre</sup></i> de structure
Infrastructures hospitalières	CHU	12815	14	12501	14	-	14
	EPH	37185	190	37775	194	-	194
	EHS	9932	20	10824	64	-	74

**Source : Tableau fait à partir des statistiques sanitaires de MSPRH Ed.2010 et 2012.**

## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

**Figure n°02 :** Infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie.



**Source :** figure réalisée par nos soins à partir de tableau n°03

A partir du tableau n°03 et la figure n°01, nous remarquons que en 2012, les infrastructures hospitalières publiques sont constituées de 195 EPH, 74 établissements hospitaliers

Spécialisés (EHS) et 14 centres hospitalo-universitaires (CHU), totalisant environ 61100 lits La couverture en lits d'hospitalisation est en augmentation et se situe à 1,7 lit pour 1000 habitants. Ainsi, nous remarquons que le nombre des infrastructures est resté inchangé pour les CHU. Une faible augmentation est enregistrée pour les EPH. Les EHS ont connu une augmentation continue.

### 1.6.2. Les infrastructures extra-hospitalières :

Le nombre des infrastructures extrahospitalières du système de soins algérien est passé de 9497 en 2008 à 11146 en 2010. Cette augmentation s'explique par l'augmentation de la Démographie médicale, l'augmentation de la demande et la réforme de la carte sanitaire qui Donne plus d'importance à la prévention, aux soins de premiers recours et aux EPSP (Cf. au tableau n°04).

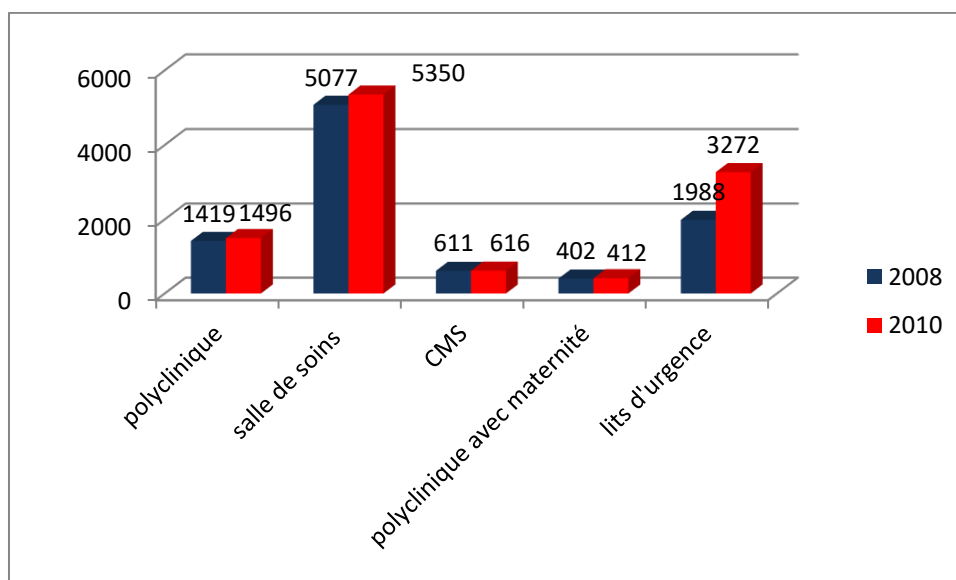
## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

**Tableau n°04** : la répartition des infrastructures extra- hospitalières (EPSP).

		Année	
		2008	2010
Infrastructure Extra- hospitalier	Polyclinique	1419	1496
	Salle de soins	5077	5350
	CMS	611	616
	Polycliniques avec maternité	402	412
	Lits d'urgence	1988	3272

**Source** : Tableau fait à partir des statistiques sanitaires MSPRH, Ed.2010 et Ed. 2012.

**Figure n°03** : la répartition des infrastructures extra-hospitalières (EPSP).



**Source** : figure réalisée par nos soins à partir de tableau n°04.

Selon le tableau n°04 et la figure n°02, les structures extra hospitalières se répartissent en 1491 polycliniques, dont 5 non fonctionnelles, 412 polycliniques avec maternité et 5350 salles de soins. Le ratio de couverture, rapporté à la population générale, est d'une (01) structure extra hospitalière EPSP (polyclinique et centre de santé) pour 132049 habitants en 2010. Concernant les autres structures, durant la même année (2010), nous comptons 616 centres médicaux de santé et 3272 lits d'urgence. Ce nombre tend vers une augmentation continue.

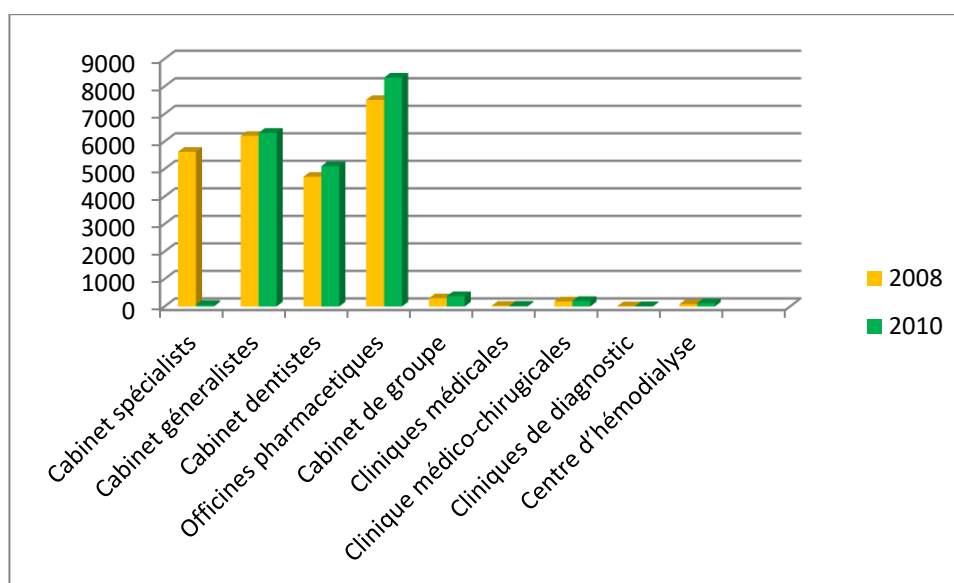
## Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

**Tableau n° 5:** L'infrastructure hospitalière privé entre 2008 et 2010.

Infrastructures extrahospitaliers	2008	2010
Cabinet spécialistes	5621	6208
Cabinet généralistes	6202	6315
Cabinet dentistes	4717	5105
Officines pharmaceutiques	7509	8322
Cabinet de groupe	301	376
Cliniques médicales	28	31
Clinique médico- chirurgicales	184	205
Cliniques de diagnostic	11	13
Centre d'hémodialyse	86	121

**Source :** tableau fait à partir des statistiques sanitaires MSPH, éd .2010 et 2012

**Figure n°04:**L'infrastructure hospitalière privée entre 2008 et 2010.



**Source :** figure réalisée par notre soin à partir de tableau n05.

D'après le tableau n°05 et la figure n°03, nous constatons une augmentation générale du nombre des infrastructures de secteur privé entre 2008 et 2010. Le nombre des Officines Pharmaceutiques est le plus important ; la branche de la pharmacie est délaissée au profit de secteur privé, suite au processus de la libéralisation du marché des produits pharmaceutiques amorcé depuis la fin des années 1980.

## **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

Les cabinets médicaux attirent de plus en plus les médecins désirant exercer une activité médicale indépendante avec une fréquence très marquée pour les médecins spécialistes et les chirurgiens dentistes avec respectivement 6208 et 5105 cabinets. Toutefois, les cabinets généralistes restent les plus dominants avec 6315 cabinets. Cette situation confirme la tendance générale constatée précédemment dans la partie consacrée à l'étude des ressources humaines.

Le nombre de cliniques, lui aussi, est en augmentation ces dernières années, en particulier les Cliniques médico-chirurgicales avec 205 cliniques recensées en 2010.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

## Section 02 : le cadre juridique du système de santé :

Dans ce qui suit, on va s'étaler des présenter les différentes périodes de réforme de secteur sanitaire en Algérie, qui sont comme suit :

### 2.1. Période de 1974-1989: le code de santé publique et les premiers ajustements :

Cette période peut être considérée comme «l'âge d'or» de la santé, grâce à une décision politique, avec laquelle l'on peut être ou pas d'accord au plan idéologique. Il s'agit de la loi N°73-65 du 26 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs de santé. L'Etat en complétant cette loi par l'ordonnance 76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique et la loi N°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé, inscrit la santé au rang de ses priorités. Les actions entreprises dans le domaine de la santé, se sont déroulées dans un contexte de recouvrement de droit sur le pétrole, une croissance économique élevée et de distribution équilibrée des richesses en termes de revenus aux différentes couches de la population. Parallèlement, des progrès important ont été enregistrés au niveau de l'emploi et des revenus, de l'éducation et la formation, des logements et des commodités (eau, électricité, gaz, égouts).

Aussi pendant cette période, il y avait la promulgation de :

- la loi N°73-65 du 26 décembre 1973 portant institution de la médecine gratuite dans les secteurs de santé:

#### 2.1.1. La loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé :

Le secteur de la santé est régi par la loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, modifiée et complétée et par un certain nombre de textes réglementaires organisant les institutions publiques sous-tutelle, les établissements publics et privés, ainsi que certaines activités de prévention et de soins.

### 2.2. La période : 1990 – 1999 : les deux premiers textes de réforme :

La période 1987-2000 Qui est déterminée par la montée brutale et rapide du marché des soins privés et les mesures les plus significatives durant cette période sont :

- Décret exécutif 94-74 du 30 mars 1994 érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, ainsi quel' institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC).

## **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

La création de la Pharmacie centrale des hôpitaux par le décret exécutif 94- 293 du 25 septembre 1994.

Création de l'Agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier 1995. Cet établissement qui a un statut d'EPA est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la Recherche et du ministère chargé de la Santé. Création de l'Agence nationale du sang, qui a un statut d'EPA et à laquelle le décret exécutif 95-108 du 9 avril confère la mission de «l'organisation de la transfusion sanguine, l'élaboration et la proposition de règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés».

### **2.3.La période 1999 – à nos jours:**

Cette réforme est l'ultime réforme : la réforme hospitalière promulgué la loi n° 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

De plus, quelques textes juridiques sont venus renforcer le secteur de la santé en moyens financiers et ce, entre 2002 et 2013. Il s'agit notamment de :

- La loi de finances pour 2002 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-096 intitulé "fonds pour les urgences et les activités de soins médicaux" et ses textes d'application (le décret exécutif n° 02-247 du 23 juillet 2002 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées, entre autres, à la prévention et à la prise en charge des soins relatifs aux maladies liées à la consommation de produits tabagiques.
- La loi de finances pour 2011 qui a créé le compte d'affectation spéciale n° 302-138 intitulé « fonds de lutte contre le cancer » et ses textes d'application (décret exécutif n° 12-343 du 17 septembre 2012 et ses arrêtés d'application) dont les recettes sont destinées aux dépenses pour la prévention, le dépistage et certains traitements du cancer.
- L'arrêté ministériel du 06 février 2013 publié au Journal Officiel n° 50/2013 axant les programmes de prévention et plans nationaux nécessitant une subvention à allouer à la Pharmacie Centrale des Hôpitaux pour l'achat des produits pharmaceutiques y afférents.

## **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

### **2.3.1. L'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 :**

L'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 a précitée a été prise sur le fondement de l'article 212 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé:

Cette ordonnance relative à l'adaptation des dispositions législatives relatives au fonctionnement des ordres des professions de santé:

**Le contrôle des organismes sanitaires**

En premier lieu, l'ordonnance fixe des mesures destinées à renforcer l'échelon régional et à accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux.

En deuxième lieu, l'ordonnance rend applicables aux conseils nationaux de tous les ordres les principes de la réglementation des marchés publics, fixés par l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.<sup>1</sup>

En troisième lieu, l'ordonnance révisé la composition, le mode de désignation et le régime indemnitaire des présidents et membres des instances disciplinaires des ordres afin de mieux répondre aux exigences d'indépendance et d'impartialité.

Cette ordonnance vise ainsi à garantir une meilleure qualité et une plus grande transparence de l'exercice de la fonction juridictionnelle au sein de ces institutions.

### **Le droit d'accès aux soins**

Pour ce qui est des objectifs en matière de santé, ces derniers consistent à assurer la protection de la santé des citoyens à travers l'égal accès aux soins, la garantie de la continuité du service public de santé et la sécurité sanitaire. Les activités de santé s'appuient sur les principes de hiérarchisation et de complémentarité des activités de prévention, de soins et de réadaptation des différentes structures et les établissements de santé. Ce qu'il faut savoir aussi c'est que «la politique nationale de santé s'appuie, notamment dans sa mise en œuvre, sur l'intersectorialité, à travers la contribution, l'organisation et l'orientation des différents acteurs intervenant dans le domaine de la santé» et que le système national de santé s'appuie «sur un secteur public fort». Il est annoncé également, dans l'article 11 de ce texte, la création

---

<sup>1</sup> <http://www.elmoudjahid.com/fr/actualites/126862>

## **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

d'un observatoire national de la santé chargé, sur la base des données scientifiques, épidémiologiques,

En effet, le chapitre consacré aux Droits et obligations des patients, stipule notamment dans son article 21 que «toute personne a droit à la protection, à la prévention, aux soins et à l'accompagnement qu'exige son état de santé, en tous lieux et à toutes les étapes de sa vie. Elle ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins en raison, notamment, de son origine, de sa religion, de son âge, de son sexe, de sa situation sociale et familiale, de son état de santé ou de son handicap. Aucun motif, de quelque nature que ce soit, ne peut faire obstacle à l'accès du citoyen aux soins dans les structures et les établissements de santé, notamment en cas d'urgence».

### **La gratuité des soins**

Parmi les reformes importantes introduites dans la loi, figurent notamment «le renforcement des droits des citoyens dans le cadre de la gratuité des soins, la mise en place de la commission de médiation et de conciliation et le développement de l'organisation sanitaire à travers la mise en place de la carte, du schéma d'organisation et la planification sanitaire». Les dispositions phares de la loi sur la Santé concernent en effet le renforcement du service public de santé en le rendant «plus accessible et plus performant» et à «mieux exploiter les capacités du secteur privé et de l'offre de soins qu'il représente pour que les citoyens puissent être pris en charge dans les meilleures conditions».<sup>1</sup>

### **La carte sanitaire**

La carte sanitaire fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte, notamment du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économiques, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. La carte sanitaire est élaborée, évaluée et mise à jour périodiquement selon des modalités fixées par voie réglementaire. Aussi, le schéma d'organisation sanitaire vise à «susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements et structures de santé».

---

<sup>1</sup> Décret exécutif n° 18-120 du 5 Chaâbane 1439 correspondant au 21 avril 2018 complétant la liste des établissements hospitaliers spécialisés annexée au décret exécutif n° 97-465 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés, journal officiel N°24 du Mercredi 9 Chaâbane 1439 Correspondant au 25 avril 2018, p11.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

## Section 03 : Les dysfonctionnements du système de santé algérien :

Le système de santé algérien souffre de multiples dysfonctionnements qui se manifestent sur plusieurs plans qui rendent la tâche de la réforme très complexe.

### 3.1. Les dysfonctionnements sur le plan d'organisation et les moyens matériels et humains :

Le manque de spécialistes dans les hôpitaux fait que de nombreux soins n'y sont pas dispensés. Ceci est ressenti dans la faiblesse du taux d'occupation des lits qui est souvent inférieur à 50 % à l'exception des services de gynécologie obstétrique qui ont un taux d'occupation des lits de 92 %.<sup>1</sup>

- Multiplicité des organes d'intervention à différents niveaux et la concentration des tâches (prestation, financement, contrôle et régulation...etc.) de la tutelle trop lourde et inefficace ;<sup>2</sup>
- Inégalité de la répartition des ressources humaines et matérielles entre les régions et à l'intérieur des régions ;
- Inadaptation des statuts des établissements ;
- L'irrégularité du médicament et ce, malgré la libéralisation du marché du médicament (importation et production nationale) qui a eu lieu en 1992. Pour l'année 2000, l'enveloppe dépensée par l'Algérie en produits pharmaceutiques représente 450 millions de dollars US, dont 350 millions pour le médicament. En fait, il semblerait du coup qu'il est plus attiré par l'importation que par la production elle-même de médicaments. La non-existence de moyens de régulation des importations fait que cette activité se fait sans évaluation préalable des besoins de la consommation et de la fabrication nationale. Ce qui a pour résultats : ruptures de stock ou importation excessive ;<sup>3</sup>
- Sur le plan des équipements, il est certain que le secteur a pris, durant ces quinze dernières années, et en raison de la crise économique qu'a connue le pays, un retard considérable en termes de plateaux techniques et d'équipements individuels nécessaires à la distribution de soins de qualité ;<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> KAID, Tlilane., crise économique et état de santé des enfants algériens, juillet 2004.p.6.

<sup>2</sup> FOUADI, B . ,a contractualisation dans le système de santé algérien et marocain : Etat des lieux, mémoire option économie de la santé et développement durable, université du Bejaia, 2011, p.121.

<sup>3</sup>KAID .TN., Op. cit. P.6.

<sup>4</sup> SAIHI, A., Op.cit. , p .243

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie

---

- Equipement insuffisants ou le plus souvent vieux et obsolète et l'absence d'une politique de maintenance ;<sup>1</sup>
- Absence de révision de la nomenclature des actes et de la tarification ;
- Insuffisance d'évaluation des activités médicales ;

## 3.2. Les dysfonctionnements sur le plan de financement

- Allocation et répartition de ressources financières inadaptées et insuffisantes ;<sup>2</sup>
- Budget des hôpitaux répartis inéquitablement et d'une manière non négociée avec le responsable ;
- Absence de maîtrise des coûts et dépense ;
- Déséquilibre des budgets du secteur sanitaire au profit de l'hôpital au détriment des structures extra-hôpital, ces pratiques désarticulent le système et remettent en cause la hiérarchie des soins ;
- Les gestionnaires des établissements publics de santé sont pris dans l'état d'une réglementation rigide, de plus parfois en décalage avec les nouveaux textes édictés par d'autres départements ministériels (Finances, Fonction publique...). Ces constats montrent que les mesures de redressement nécessitent une double approche qui doit concerner les aspects proprement sectoriels, mais également faire appel à d'autres secteurs ministériels<sup>3</sup>.

## 3.3. Les dysfonctionnements sur le plan de l'information

- Les bureaux des entrées pas encore totalement opérationnels<sup>4</sup>
- Un personnel peu formé à la codification et la classification des actes médicaux ;
- L'absence d'un système d'information opérationnel ce qui rend la prise de décision se fait d'une manière ambiguë.

## 3.4. Dysfonctionnements sur le plan de la formation :

- La demande en formation continue de tous les personnels n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation. ;
- La formation des gestionnaires aux niveaux des établissements de l'enseignement supérieur ne répond pas au profil de la gestion hospitalière ;

---

<sup>1</sup>FOUDI.B, Op.cit p121.

<sup>2</sup>Ibid., p 122.

<sup>3</sup>Ibid. p .243.

<sup>4</sup>Ibid. P122.

## **Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie**

---

- La formation académique n'est plus en mesure de répondre aux qualifications exigées

Par la pratique de la profession ou par les exigences de polyvalence du terrain.

### **3.5.Le Dysfonctionnement du secteur privé :**

Le secteur privé souffre lui aussi de plusieurs problèmes, au lieu d'être un secteur qui complète le secteur public, il fonctionne toujours sans aucune coopération et harmonie avec le secteur public. Il se caractérise par : <sup>1</sup>

- L'absence des normes applicables au secteur privé en termes d'organisation des activités médicales.
- Absence des cahiers de charges qui régissent le fonctionnement des établissements privés.
- Absence d'une participation effective aux activités de prévention.
- Anarchie dans les honoraires et les coûts des actes.
- Absence de coopération institutionnalisée entre le secteur public et privé.

---

<sup>1</sup>FOUDI.B, op. Cit, p122,123.

# Chapitre I : Généralité sur le système de santé en Algérie


---

## Conclusion

Le système de santé algérien dispose d'atouts importants avec une offre de soins importante. Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système national de santé ; dont les effets négatifs de la réglementations sur les conditions de travail et des statuts des personnels, voir même la stagnation des moyens financiers en valeur constante malgré l'augmentation de la population et de besoin sanitaire ; ce qui a limité l'accès aux soins pour de large couche de la population.

L'Algérie a voulu mettre fin à la dégradation de la situation de santé d'un secteur qui ne répondait pas aux besoins de toute une population, source de gaspillage et d'inefficacités et minimisé sa charge par l'émergence d'un secteur aussi performant en terme de qualité de soins et meilleur prise en charge qui est le secteur privé.

L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire car elle répond à une forte pression de la démographie médicale, multipliée par une politique de formation active depuis la réforme des études médicale en 1971.



**Chapitre II**  
**La place du secteur privé**  
**dans la santé en Algérie.**

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

### **Introduction**

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif surtout dans sa composante «cliniques privées» mettant ainsi fin à l'hégémonie pendant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté où un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements semble nourrir un secteur privé en pleine croissance. Les cliniques privées comme nouvelle figure dans le paysage sanitaire représentent des innovations organisationnelles qui rompent avec les modes de fonctionnement anciens. De nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et des modes de coordination inédits ont émergé. Au fonctionnement cloisonné du système de soins se substitue un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de soins au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers<sup>1</sup>.

Dans ce premier chapitre, nous avons pour ambition d'expliquer, avec un appui de données, la place de secteur privé de santé en Algérie. Pour se faire, nous allons consacrer trois sections. Dans la première section, nous avons pour objectif de présenter des généralités réglementaires et leur évolution sur le secteur privé de santé dans notre pays. Dans la deuxième section, nous présenterons l'historique de secteur privé, l'évolution de nombre de clinique et les stratégies des fondateurs des cliniques. En suit dans la troisième section, nous présentons l'évolution de secteur privé de la santé dans la wilaya de TIZI OUZOU.

---

<sup>1</sup> ZEHNATI. A. (2014a). « Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le champ sanitaire en Algérie ». Revue les cahiers du CREAD, n<sup>o</sup> 105-106.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

### **Section 01 : Aperçu sur le secteur privé en Algérie**

La crise qu'a connu le pays en 1986 suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendant à 97% des hydrocarbures. Cette crise a précipité le processus d'ouverture de l'économie à l'investissement privé.<sup>1</sup>L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes. Mouvement amorcé à la fin des années 80, l'expansion et le développement considérable des activités privé n'ont cessé de croître<sup>2</sup>.

#### **1.1.Le cadre réglementaire de secteur privé :**

Les statuts et la nature de la clinique évoluée au gré de la législation. Les cliniques privées sont des établissements de soins qui peuvent être de nature juridique différente: sociétés de personnes physiques ou des personnes morales (EURL, SARL, ou SPA). Dans ces établissements, en plus du staff médical permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins de secteur public et même des médecins d'autres nationalités dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque.

Les cliniques peuvent être distinguées suivant la nature de leur activité; on y retrouve des cliniques avec des activités médicales et/ou chirurgicales en ambulatoire seulement, des cliniques médicales et/ou chirurgicales avec hospitalisation avec ou sans un service de maternité. Comme nous retrouvons des structures de moindre importance telles que les cliniques de diagnostic assurant des activités d'exploration, les cliniques de procréation médicalement assistée et les cliniques dédiées uniquement à l'hémodialyse sous la responsabilité d'un médecin néphrologue<sup>3</sup>.

##### **1.1.1. Emergence des cliniques privées**

La loi n°88-15 du mai 1988 modifiant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la promotion et à la protection de la santé a explicitement consacré la naissance des cliniques privées en Algérie.

---

<sup>1</sup> ZEHNATI. A, (2017), « Les évolutions récentes du système de santé Algérien », CREAD, p5

<sup>2</sup> IDEM. P6

<sup>3</sup> Article 208 bis de la loi n 85-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n 85-05 du février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

Il est précisé que la clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecins, des mutuelles et autres associations à but non lucratif<sup>1</sup>.

Le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 qui a suivi la loi n°88-15 a fixé les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées. La création d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'une autorisation par le ministre de la santé, sur la base d'un dossier visé par le wali. En plus du dossier administratif, le promoteur doit préciser les activités et les actes prévus. Une fois le projet réalisé, une autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali, après constatation de la conformité des lieux et installations aux normes de conditions fixées par les lois et règlements en vigueur. La capacité de la clinique doit être de quinze (15) à quatre vingt-dix (90) lits. L'article 7 du décret précise que la clinique est placée sous la direction effective et permanente d'un médecin sans toutefois faire référence aux véritables propriétaires de la clinique<sup>2</sup>.

### **1.1.2. Evolution de la législation**

Le premier dispositif législatif régissant les règles d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées a été promulgué en 1988.

Ces règles ont subi des modifications en 1992 ; le décret exécutif n° 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n°88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de création, d'ouverture, et de fonctionnement des cliniques privées a été promulgué et décentralisé la décision de la réalisation des cliniques privées. Le wali est l'autorité compétente dans la délivrance du permis de réalisation puisque l'autorisation du ministère de la santé n'est plus requise, le wali dispose désormais de cette prérogative<sup>3</sup>.

Depuis l'indépendance, les sages-femmes étaient les seules autorisées à disposer de cliniques d'accouchement sans possibilités chirurgicales. L'arsenal juridique de 1988 les a contraintes à les transformer en cliniques médico-chirurgicales.

---

<sup>1</sup>Article 208 bis de la loi n 85-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n 85-05 du février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

<sup>2</sup> Décret exécutif n 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des dispositions de l'article 201 de la loi n 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complétée relative à la protection et à la promotion de la santé.

<sup>3</sup> Décret exécutif n 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de création, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

C'est en 1994 qu'un arrêté plus impératif a été promulgué et a fixé les conditions d'exploitation de ce type de cliniques. Les cliniques d'accouchement qui sont dans l'impossibilité de se reconverter sont appelées à disparaître<sup>1</sup>.

Pour l'ensemble des cliniques, un nouveau décret datant de 2002 a été promulgué modifiant et complétant de décret n°88-204<sup>2</sup>.

Des modifications ont été introduites et ont concerné trois articles. Désormais, les conditions spécifiques d'ouverture et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des cliniques privées de type ambulatoire sont fixés par arrêté de ministre de la santé et de la population, une recentralisation de la procédure est donc engagée.

La deuxième nouveauté réside dans l'application des ministères des finances et ce lui de la sécurité sociale dans la définition de cahier des charges des cliniques assurant des soins de haut niveau.

Enfin, la capacité minimale d'une clinique est réduite à 7 lits après avoir été fixée à 15 lits dans le décret de 1988. Il semblerait que cette dernière mesure ait été prise afin de conformer les cliniques l'hémodialyse qui ont vu leur nombre croître à partir de 2002 suite à la décision de la sécurité sociale de prendre en charge l'intégralité des dépenses des patients subissant des dialyses rénales au niveau des cliniques privées<sup>3</sup>.

Depuis la promulgation de la nouvelle carte sanitaire en 2007, les cliniques médico-chirurgicales avec hospitalisation sont dénommées établissements hospitaliers privés (EHP)<sup>4</sup>. L'article 2 du décret exécutif n°07-321 précise que l'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialité(s) exercée(s) les activités suivantes : la consultation; l'exploration et le diagnostic; les urgences médicales et/ou Médico-chirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation et l'hospitalisation. L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale et il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

---

<sup>1</sup> Arrêté n 2 du 09 janvier 1994, Ministère de la santé.

<sup>2</sup> Décret exécutif n 02-69 du février 2002.

<sup>3</sup> Instruction n° 82 MSP/MIN du 31 août 1996 modifiée

<sup>4</sup> Décret exécutif n 07-321 du 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

### **Section 2 : Les Cliniques Privé en Algérie : Etats des lieux**

Les cliniques constituent un ensemble très hétérogène pour lequel il n'existe pas une définition propre et unique. Les statuts et la nature des cliniques ont évolué au gré de la législation. Le ministère de la santé dans ses différentes publications (2001,2002) reconnaît le développement et l'expansion des activités du secteur privé. Peu de données sont disponibles; nous pouvons connaître la répartition territoriale des cliniques privées, leurs capacité litière et les spécialités investies. En revanche, le volume et la tarification des activités restent méconnues et manifestement sous déclarés.

La clinique doit être exploitée par un médecin, un groupement de médecin, des mutuelles et autres associations à but non lucratif<sup>1</sup>. Dans ces établissements, en plus du staff médical permanent, les médecins libéraux côtoient les médecins du secteur public et même des médecins d'autres nationalités dans les cliniques qui se positionnent sur le segment de la chirurgie cardiaque.

#### **2.1 Historique de l'émergence des cliniques privé**

Le secteur privé libéral dans sa composante «médecine de ville» a toujours existé à l'ombre d'un secteur public dominant. Il a évolué au gré des compromis entre les médecins et les pouvoirs publics. Un détour historique est nécessaire pour retracer le processus de sa formation. Au lendemain de l'indépendance, il a été considéré comme antagonique au secteur public. L'étatisation ainsi amorcée parait comme une sanction à son égard dans une société socialiste en construction. C'est l'amorce d'un mouvement de *brain drain* pendant les périodes initiales de tensions vives entre les autorités publiques et les médecins. Afin de réguler les activités d'un personnel encore trop rare, les possibilités d'installation sont assouplies en 1969 et ensuite de période en période. Elles restent toutefois conditionnées par l'exercice préalable d'un service national à plein temps porté alors à cinq ans. Par ailleurs, les médecins privés sont astreints à une mi-temps obligatoire dans le service public. L'articulation et l'interpénétration public-privé sont donc réalisées par le double système du service national et de la mi-temps.

Avec la gratuité des soins instaurée en 1974 et à partir de 1976, les médecins doivent théoriquement choisir entre le régime de plein temps et le régime du mi temps. En 1977,

---

<sup>1</sup> Article 208 bis de la loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

d'importants mouvements de grève des praticiens du secteur public reposent cette question à partir des conditions de travail et de rémunération jugées peu attractives. En fait, elles traduisent le poids grandissant de ce corps rapidement gonflé suite aux dessertements de la forte sélection à l'entrée qui régnait dans les études médicales opérées par la réforme de 1971. Un choix définitif est offert aux hospitalo-universitaires entre une carrière rendue plus attractive dans le secteur public et l'exercice à titre privé. Les médecins spécialistes non seulement n'étaient pas ou très peu autorisés alors à s'installer mais aussi peu nombreux. De 1962 à 1980, c'est une période d'intégration plus au moins forcée de tous les médecins au secteur public qui a prévalu. A partir de cette date, il y a eu une nette consécration de l'exercice à titre privé et le début d'une phase d'intégration consensuelle qui va aller jusqu'à 1986 (Oufriha 2002). La crise économique qu'a connue le pays suite au retournement du marché pétrolier international a mis à mal toute l'économie algérienne dépendante à 97% des hydrocarbures a précipité le processus d'ouverture. Ce choc exogène a réduit sensiblement les ressources financières du pays et n'a pas permis la reproduction d'un secteur public dominant et surdimensionné. Les difficultés budgétaires de l'Etat entraînent, un freinage de la création d'emplois dans la fonction publique. L'ouverture au secteur privé était plus que nécessaire. Toutes les entraves à l'installation sont progressivement levées, d'abord l'abrogation du mi-temps pour les médecins privés installés, la fin du service civil, et la suppression du zoning<sup>7</sup>. Le secteur privé passe alors de la contrainte à la liberté. La privatisation répond aussi à une forte pression de la démographie médicale multipliée par une politique de formation active depuis la réforme des études médicales en 1971. Corps imprégné du modèle libéral et biomédical mais qui rejette aussi les conditions de fonctionnement d'un secteur public bureaucraté où les dysfonctionnements sont multiples (Oufriha 2002)<sup>1</sup>.

Les réformes économiques initiées en 1988 suite à une double ouverture politique et économique ont explicitement consacré la privatisation comme mode d'allocation des ressources. Dans le secteur de la santé, un décret législatif a été promulgué et offre la possibilité d'ouverture et d'exploitation des cliniques privées de soins. Le programme d'ajustement structurel (1994-1998) avait pris le relais des réformes entreprises pour renforcer le processus de libéralisation. L'émergence du secteur privé des soins ne s'est pas manifestée de façon spontanée; elle a résulté de la conjugaison d'un ensemble de facteurs exogènes et endogènes qu'on vient d'énumérer. Néanmoins, Il y a lieu d'insister sur l'importance du

---

<sup>1</sup> ZEHNATI.A. « Les cliniques privées en Algérie : L'émergence d'un nouvel acteur dans le paysage sanitaire » Les cahiers du CREAD n 105/106-2013.pp193.195.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

contexte local qui a conditionné l'émergence de ce secteur, contexte recomposé suite à des facteurs exogènes et des mobiles endogènes particulièrement propices. Les stratégies individuelles ou collectives des médecins ont aussi été déterminantes dans l'émergence et le renforcement du secteur privé des soins.

### **2.1.1 Les moyens techniques et humains :**

Les cliniques privées possèdent, par contre, une part non négligeable de moyens techniques. D'après des données ministérielles, elles auraient, en 2010, 25% des tables d'opération et, en 2003, 89% des scanners, 45% des échographies et 17% des appareils de radiologie en état de marche (MSPRH, 2003). Toutefois, l'effort d'équipement dont a bénéficié le secteur public durant cette dernière décennie pourrait relativiser un peu ces tendances. En termes de personnel médical, différents statuts se côtoient : un personnel médical permanent réduit, des médecins libéraux conventionnés ou non, des médecins du secteur public disposant ou non d'une autorisation de double activité<sup>1</sup>, des médecins retraités, des médecins d'origine algérienne établis à l'étranger et des médecins d'autres nationalités (surtout dans les cliniques ayant une activité en cardiologie interventionnelle). Les personnels paramédicaux représentent une contrainte de capacité pour les cliniques privées en raison de l'interdiction faite aux agents formés dans le secteur public d'exercer dans le secteur privé : les personnels paramédicaux des cliniques privées ne peuvent être que des retraités, des personnels formés « sur le tas » ou issus d'écoles privées, encore en nombre très restreint.

### **2.1.2 Les activités et localisations :**

Au début du processus d'émergence, en Algérie les cliniques étaient spécialisées sur une pathologie, parfois deux, les activités étaient organisées autour d'un petit plateau technique. Aujourd'hui, certains établissements s'apparentent à des structures de type clinique-hôpital, avec une variété de spécialités et un plateau technique de pointe. L'activité des cliniques privées se concentre sur la gynécologie-obstétrique, l'hémodialyse et la chirurgie (figure 5). La gynécologie-obstétrique a été la première spécialité investie, juste après l'ouverture du secteur à l'investissement privé. Le taux de natalité algérien est une garantie d'activité et la disposition à payer des familles est en général assez forte pour ce type de prise en charge. Pour certaines spécialités ou certains actes, un relatif partage d'activité semble se dessiner entre secteur privé et public. La chirurgie, notamment ambulatoire, est un

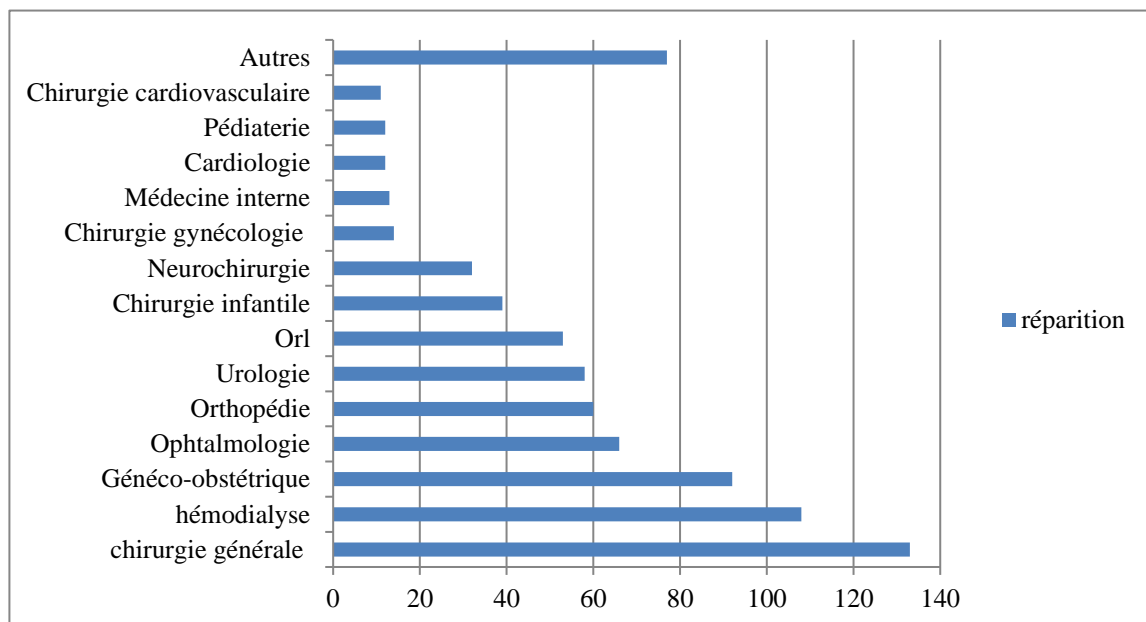
---

<sup>1</sup> Depuis 1999, les médecins du secteur public ont la possibilité, en complément de leur activité publique, d'exercer dans le secteur privé (pour une analyse de cette double activité, voir Zehnati et Peyron, 2014).

## Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie

segment d'activité attractif pour les établissements privés qui ne sont pas soumis aux exigences d'accueil du service public et qui peuvent choisir de se limiter à une chirurgie programmée et peu lourde<sup>1</sup>.

**Figure05 : Répartition des cliniques privées selon les spécialités investies en 2010.**



**Source: Construit par nous même à partir des données du MSPRH.**

La croissance forte des cliniques privées se concentre principalement sur le secteur de la Chirurgie et de l'Obstétrique. Le modèle économique des cliniques induit ainsi une présence ciblées sur certaine activités voire sur certaines tranches d'intervention en fonction de la lourdeur de celles ci. Déchargées des contraintes de service public, les cliniques se sont développées sur certaines activités : grandement en chirurgie, et plus faiblement en médecine. On penserait même à un partage relatif des activités entre le secteur public et le secteur privé.

### 2.1.3 Evolution de nombre de cliniques : 1990-2010

Le nombre de cliniques est en progression constante depuis l'émergence des cliniques à la fin des Années 80.

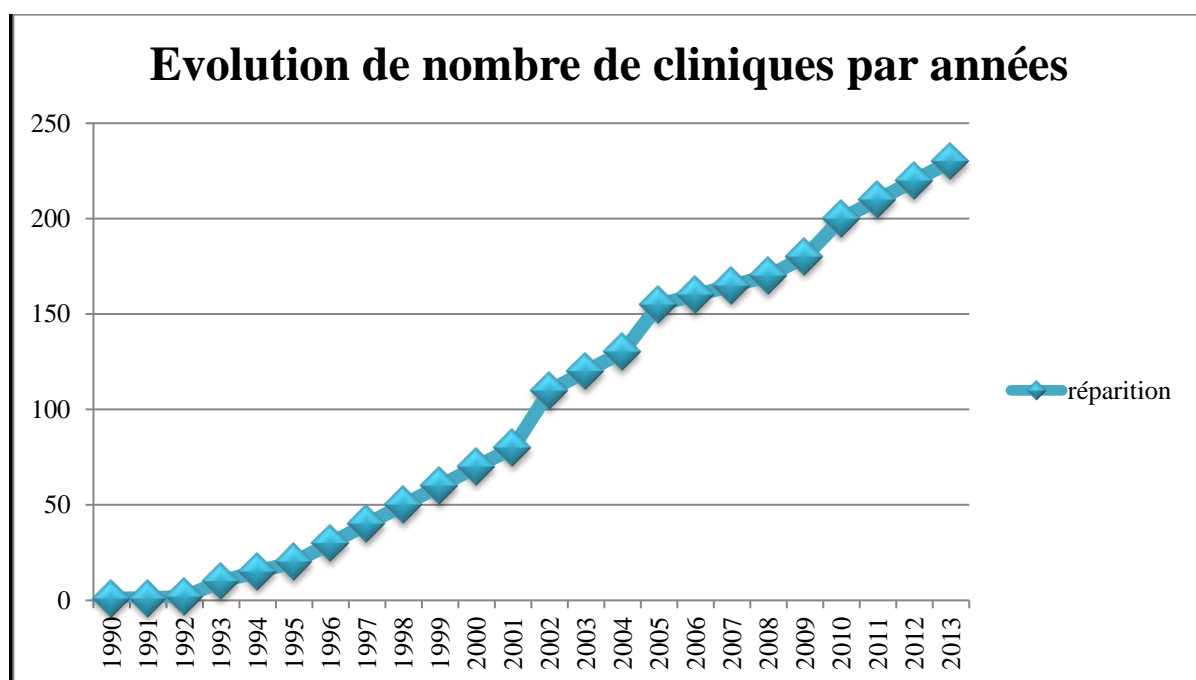
En 1990, on dénombrait deux cliniques en activité. Au début du processus d'émergence, le concept de clinique était dédiée à une ou deux pathologies, les activités étaient organisées autour d'un mini plateau technique, il n'y avait pas de structure de type

<sup>1</sup> ZEHNATIA et Christine Peyron, « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement », Mondes en développement 2015/2 (n° 170), p.127. DOI 10.3917/Med.170.0123.

## Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie

clinique-hôpital où une variété de spécialités étaient assurées avec des technologies médicales sophistiquées. La diffusion des cliniques gagne graduellement les grands centres urbains. En 1994, date correspondant au début d'application du programme d'ajustement structurel sous l'égide du FMI, 22 cliniques étaient opérationnelles. Le nouveau credo des institutions internationales (OMS, FMI et la Banque Mondiale) était la nécessité d'intégrer le secteur privé, jugé complémentarité dans le système de soins, et encourager les partenariats public/privé. En 1998, leur nombre a atteint 58 cliniques et en 2010, 200 cliniques médicochirurgicales étaient opérationnelles. Les figures 6 et 7 retracent respectivement l'évolution du nombre des cliniques privées entre 1990 et 2013 et le nombre de cliniques créées annuellement<sup>1</sup>.

**Figure 06 : Evolution de nombre de cliniques médico-chirurgicale, cliniques D'hémodialyse et autre.**



**Source : Construit par nous même à partir des données du MSPRH.**

Le rythme de création des cliniques est fluctuant d'une année sur l'autre, mais reste soutenu surtout pendant la décennie 2000, 70% des cliniques MC ont été créées pendant cette période. Cet engouement pour l'investissement dans le secteur de la santé est catalysé par la

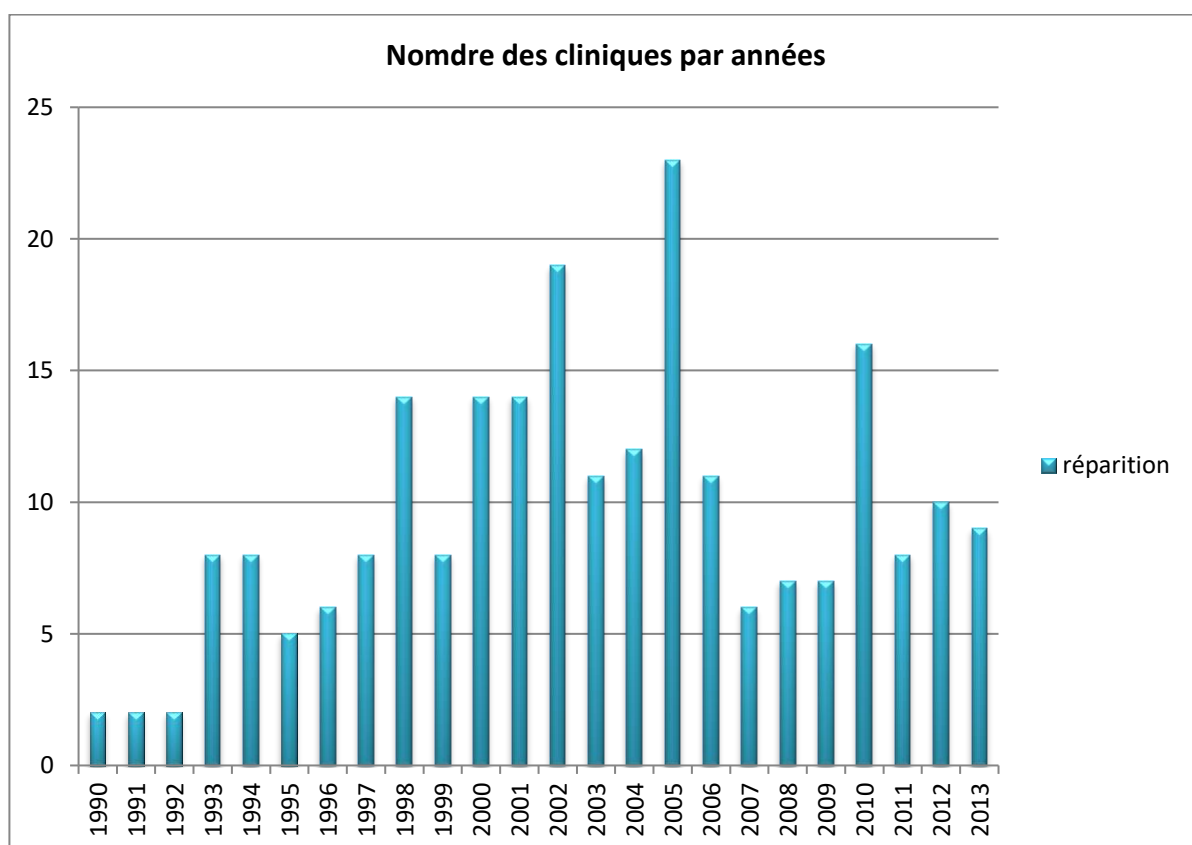
<sup>1</sup> ZEHNATIA, (2017), « Les évolutions récentes du système de santé Algérien », CREAD, p16

## Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie

forte demande de soins en dépit de l'absence d'une prise en charge collective des dépenses dans le secteur privé.

L'année 2005 a enregistré un pic de 23 créations. En revanche, pendant les premières années de la décennie 90 le rythme de création est assez faible, ce qui peut être expliqué surtout par la crise politico-économique et la situation d'insécurité qui prévalaient pendant cette période.

**Figure 07: Natalité des cliniques médico-chirurgicales**



**Source : construit par nous même à partir des données du MSPRH.**

L'investissement privé dans le secteur de la santé ne semble pas s'infléchir comme l'indique le nombre de cliniques en cours de réalisation qui semble important. En 2010, 16 nouvelles cliniques ont été inaugurées, ce qui porte le nombre total de cliniques à 200 avec une capacité litière additionnelle de 207 lits. Le nombre de cliniques en construction est de 130, elles viendront étoffer le réseau des structures privées de soins.

## Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie

**Tableau 7: Nombre de cliniques fonctionnelles et en projet (sans l'hémodialyse) en 2010**

	Nombre	Capacité litière
Cliniques médico-chirurgicales fonctionnelles	200	4800
Cliniques médico-chirurgicales en projet	130	3452
<b>TOTAL</b>	<b>330</b>	<b>8252</b>

Source : construit par nous même à partir des données du MSPRH.

### 2.2 Motivations et stratégies des fondateurs des cliniques

PRIVÉES Dans une approche plus micro-économique, il est intéressant, dans un premier temps, de caractériser les cliniques en termes de nature de la propriété et de répartition des pouvoirs. Pour être au plus près des comportements et des stratégies, seront ensuite présentés des résultats d'une enquête qualitative par entretiens semi-directifs, conduite en 2012 auprès de 16 fondateurs de cliniques privées dans les wilayas d'Alger et de Bejaïa (Zehnati, 2014). Ces fondateurs sont des médecins, des sages-femmes, des investisseurs étrangers au domaine médical. Les entretiens se sont appuyés sur un guide d'entretien où les thématiques visées étaient lancées et relancées par des questions ouvertes. Trois thématiques structuraient le guide d'entretien : les logiques d'émergence de la clinique, ses modes de fonctionnement et ses perspectives de développement. Ces entretiens qualitatifs ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

#### 2.2.1 Propriété et gouvernance des cliniques privées

L'entrepreneuriat médical est prédominant dans le paysage des cliniques privées en Algérie : les médecins sont très majoritairement à la fois les initiateurs, les fondateurs, les propriétaires et les directeurs des cliniques. Il peut s'agir des médecins généralistes ou spécialistes, de médecins déjà libéraux ou de médecins jusque-là hospitaliers. Les cliniques privées sont soit des SARL, soit des EURL, soit des entreprises individuelles. Le tableau 2 retrace, pour les 184 cliniques fonctionnant en 2009, la forme juridique en fonction de leur activité.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

**Tableau 8: Répartition en 2009 des cliniques selon le type d'activité et le type de propriété.**

<b>Activités</b>	<b>SARL</b>	<b>EURL</b>	<b>Entreprise individuelle(EI)</b>	<b>Dont EI détenue par un médecin</b>	<b>Dont EI détenue par une sage femme</b>	<b>Dont EI Détenue par extérieur au domaine médical</b>	<b>Non disponible</b>	<b>Total</b>
<b>Médico-chirurgicale avec hospitalisation</b>	<b>72</b>	<b>12</b>	<b>52</b>	<b>42</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>139</b>
<b>Chirurgie en ambulatoire</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>38</b>
<b>Médicale avec hospitalisation</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
<b>Médicale avec ambulatoire</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5</b>
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>14</b>	<b>90</b>	<b>80</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>184</b>

**Source : Construit par nous même à partir des données du MSPRH.**

La forme juridique dominante est l'entreprise individuelle, avec 49% des cliniques installées en 2009. La clinique appartient à une seule personne, n'a pas de capital social, entreprise et propriétaire sont juridiquement confondus. La deuxième forme juridique en termes de fréquence est la SARL, avec 42% des cliniques. Au moins deux associés détiennent alors le capital social de la clinique qui peut être gérée par un des associés ou un tiers. Les cliniques constituées en EURL appartiennent à une seule personne avec une responsabilité limitée aux apports, elles représentent 7,6% de l'ensemble des cliniques. D'après nos observations de terrain, cette forme juridique est adoptée pour être évolutive, lorsque le propriétaire souhaite assez rapidement faire appel à d'autres associés et adopter le statut de SARL. De façon cohérente au regard des moyens financiers nécessaires, l'entreprise individuelle est le statut largement majoritaire (86%) des cliniques en ambulatoire qui nécessitent moins d'investissements et qui sont souvent mono spécialisées en ophtalmologie et ORL. Les cliniques avec hospitalisation sont des entreprises individuelles pour 38% d'entre

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

elles. 80 entreprises individuelles sur les 90 appartiennent à un médecin, 5 à une sage femme et 5 à une personne extérieure au domaine médical. Nos données ne nous permettent pas de savoir si les propriétaires des SARL appartiennent au corps médical ou sont des bailleurs de fonds extérieurs à ce domaine. Dans notre enquête qualitative, nous avons interrogé les fondateurs sur la répartition des pouvoirs de direction et de gestion. La grande majorité des cliniques enquêtées, 13 sur 16, ne disposent pas d'un organigramme formalisé, la séparation entre la fonction de direction et la fonction de gestion est généralement introuvable. Dans 10 cliniques sur 16, ces deux fonctions sont assurées soit par l'un des propriétaires, soit par l'épouse ou le fils du propriétaire. Le modèle de gouvernance dominant peut alors être assimilé à celui d'une petite et moyenne entreprise (PME) de type artisanal. Dans ce type de configuration, il n'y a pas de place pour d'autres leaders comme des managers. La dépendance de la clinique à un seul homme clé augmente alors sa vulnérabilité face à la nécessité des nouvelles compétences ou aux aléas de la vie du fondateur<sup>1</sup>.

### **2.2.2 Les motivations initiales des fondateurs**

L'analyse des motivations des fondateurs des cliniques privées permet de mieux saisir en quoi le contexte global a pu rencontrer, ou susciter, les projets de ces entrepreneurs.

### **2.2.3 Motivations identifiées dans la littérature**

Les motifs qui incitent les entrepreneurs à créer leur entreprise relèvent de différents registres, comme l'attestent de nombreuses recherches (Fayolle, 2003 ; Verstraete, 2001) : désir d'autonomie, recherche d'une valorisation sociale, altruisme... Shapiro (1975) met en avant des facteurs push (frustration suite à une insatisfaction professionnelle, perte d'emploi,...) et pull (identification d'opportunités,...) comme une combinaison d'éléments négatifs et positifs qui peuvent expliquer le passage à l'acte de création d'entreprise. Hessel et al. (2008) ajoutent à ces facteurs le résultat de l'arbitrage coût-bénéfice que font les agents économiques dans leur étude de faisabilité de leur projet. La dichotomie "subi/choisi" (Peel et Inkson, 2004 ; Hakim, 1989) est parfois utilisée dans la littérature sur l'entrepreneuriat. Pour la catégorie "subi", Hernandez (2008) met en avant l'importance d'un contexte ponctuel qui pousse l'individu vers l'entrepreneuriat sans qu'il s'agisse d'un réel projet antérieur. Enfin, puisque certains fondateurs étaient auparavant des médecins salariés du secteur public, on peut également se référer au modèle de Hisrich et Peters (1998) qui montre que le passage

---

<sup>1</sup> ZAHNATI.A et Christine Peyron, « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement », *Mondes en développement* 2015/2 (n° 170), pp131.133 DOI 10.3917/med.170.0123

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

entre le salariat et l'entrepreneuriat est un processus décisionnel lié soit au désir de marquer une rupture avec le mode de vie antérieur, soit aux opportunités offertes par l'environnement économique, soit à la recherche d'une valorisation sociale que le salariat n'offrait pas.

### **2.2.4 Motivations propres aux professions médicales**

En complément de ces registres de motivation propres à l'entrepreneuriat, trois registres sont plus spécifiques à l'exercice médical et peuvent être mobilisés ici puisque, parfois, les fondateurs et les propriétaires continuent d'exercer la médecine : les motivations financières, les motivations professionnelles (intérêt des cas traités, qualité de la pratique, technicité,...) et enfin les motivations altruistes vis-à-vis des patients. Les motivations de chaque fondateur de clinique sont certainement des compositions entre ces différents registres ; il est aussi probable qu'elles évoluent dans le temps. Notre enquête de terrain nous permet, toutefois, de présenter, selon l'origine professionnelle du fondateur, des profils types de motivation.

### **2.2.5 Motivations mises en évidence par l'enquête : médecins**

Les anciens médecins libéraux généralistes et spécialistes sont la catégorie dominante de notre échantillon (11 fondateurs), comme au niveau national. Ces fondateurs s'étaient déjà tournés vers un exercice privé et la création d'une clinique apparaît comme la suite logique, attendue, d'un exercice libéral de la médecine. Le changement, pour eux, est lié à la dimension et à la complexité de la clinique par rapport au cabinet. Leur projet était très souvent un projet de longue date. Ils ont la plupart du temps exercé dans des cliniques en tant que médecins libéraux, ce qui leur a permis de mûrir leur projet, de mesurer les possibilités de création et d'être sereins quant à la rentabilité de telles structures.

L'existence d'une demande jugée solvable, les aides à l'installation les ont confortés. Professionnellement, la clinique répond à une insatisfaction. Le cabinet ne recouvre que partiellement la demande de prise en charge des patients. En chirurgie, par exemple, le cœur du métier échappe aux médecins libéraux. Ils sont présents dans la phase préopératoire et parfois postopératoire, mais leurs patients sont opérés par leurs confrères de l'hôpital public.

Le besoin d'autonomie professionnelle, l'intérêt de la pratique font que ces médecins propriétaires restent, pour un temps au moins, des praticiens. Si les motivations professionnelles sont premières, elles n'excluent pas des motivations financières. Accroître leur activité et leur revenu est également une motivation mise en avant par ces médecins. Pour

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

les médecins du secteur public ayant fondé des cliniques sans avoir déjà exercé dans le secteur privé, les carences du secteur public, et surtout la question salariale, étaient les moteurs de la prise de décision. On rejoint ici les analyses de Mebtoul (2004a, 96), pour qui la faiblesse des salaires a largement contribué à une « désaffiliation de certains professionnels vis-à-vis du secteur public qui ont élaboré des stratégies de reclassement orientées vers le secteur privé ».

Alors que ces médecins spécialistes, souvent universitaires, étaient destinés à diriger les pôles des centres hospitaliers universitaires (CHU), la libéralisation du secteur de la santé a été une opportunité vite saisie pour réorienter leur vie professionnelle et privée. Les discours recueillis lors de nos enquêtes ne laissent aucune ambiguïté quant aux motivations financières, et, indirectement, aux motivations liées à la reconnaissance sociale. De façon plus annexe, toutefois, la possibilité de bénéficier d'une infrastructure et de matériel de qualité au regard de l'équipement défaillant des hôpitaux publics est aussi citée.

### **2.2.6 Motivations mises en évidence par l'enquête : investisseurs financiers**

Les personnes étrangères au domaine médical qui ont investi dans le secteur des cliniques privées ont évidemment comme motivation la rentabilité financière. Ces investisseurs sont industriels, gros commerçants, importateurs de médicaments et de matériel médical (Zehnati, 2014 ; Mebtoul, 2004b). Pour se conformer à la législation, ils recrutent un médecin pour assurer les fonctions de directeur médical. L'initiative de l'association peut parfois venir du médecin qui ne peut pas faire face aux coûts élevés des équipements médicaux et cherche à trouver des bailleurs de fonds.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> HERNANDEZ H. M. (2008) L'entrepreneuriat comme processus d'émergence organisationnelle, Revue Française de Gestion, n° 185, 89-105.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**

---

### **Section 03 :L'investissement prive dans la wilaya de TIZI-OUZOU :**

Pendant la guerre d'indépendance, l'administration française crée le "Département de Grande Kabylie" comme chef- lieu, TIZI-OUZOU. Pendant les premières années de l'indépendance, l'intitulé est conservé, de "Wilaya de Grande Kabylie", à une époque où d'autres wilayas portaient le nom d'une région (Aurès, Titteri, Saoura, Oasis) et non pas toutes le nom de leur ville chef lieu. Actuellement wilaya de TIZI OUZOU occupe le cœur de cette ancienne "Wilaya de Grande Kabylie"<sup>1</sup>.

La Wilaya de TIZI-OUZOU est une wilaya algérienne située dans la région de la Grande Kabylie en plein cœur du massif du Djurdjura à 80 KM<sup>2</sup> de l'aéroport international d'Alger. Elle est divisée administrativement en 67 communes et 21 daïras.

La wilaya de TIZI-OUZOU s'étend sur une superficie de 2 992,96 KM<sup>2</sup>. La population résidente telle qu'évaluée lors du recensement de 2008 est de 1 127 607 Habitants<sup>3</sup>. La densité atteint 381,21 Habitants au KM<sup>2</sup>.

#### **3.1. Evaluation de secteur privé de la santé dans la wilaya de TIZI-OUZOU**

L'infrastructure sanitaire privée s'est développée de manière relativement accélérée au cours de la dernière décennie notamment pour les cabinets de spécialité médicale. Toutefois et en ce qui concerne les structures hospitalières (cliniques) et leur capacité d'accueil, le privé ne constitue que 08% de la capacité d'hospitalisation totale dans la wilaya.

Ces structures sont de type mono ou pluridisciplinaire. Il existe également des cliniques médico-chirurgicales dites du jour et assurant des prestations à titre ambulatoire. Il en est de même pour le personnel paramédical exerçant en privé qui ne constituent qu'à peine 3% des effectifs globaux.

Le secteur pharmaceutique est dominé par l'exercice privé officinal, obéissant pour sa pratique à un numerus clausus. Pour certaines communes dont la saturation est enregistrée la direction de la santé et de la population a procédé à la création de postes dans le cadre de la couverture pharmaceutique au titre de l'opération de désenclavement de certaines régions et localités<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>[www.dcwtiliziouzou.dz](http://www.dcwtiliziouzou.dz) ; copyright©2013, la direction du commerce de wilaya de TIZI-OUZOU.

<sup>2</sup> [Http : //www.el-mouradia.dz/français/Algerie/geographie/geographie.htm](http://www.el-mouradia.dz/français/Algerie/geographie/geographie.htm).

<sup>3</sup>[www.wilaya-tiziouzou.dz,secteur](http://www.wilaya-tiziouzou.dz,secteur) privé. consulté lundi le 12 novembre 2018.

## Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie

Tableau N° 08 "Etat récapitulatif des infrastructures sanitaires privées dans la wilaya"

Cliniques médico-chirurgicales	Centre d'hémodialyse	Cabinets Médecine Générale	Cabinets médecine spécialisé	Cabinets Chirurgie Dentaire	Para-médicaux	Pharmacie
09 dont 02 ambulatoires	02	227	212	260	69	224 Dont 05 grossistes et 29 agences d'Etats.

Source : réalisé par nous même a partir des données de la DSP.

L'analyse des données relatives à l'installation des praticiens à titre privé fait apparaître que la commune de TIZI-OUZOU représente à elle seule un taux très élevé en ce qui concerne l'implantation des structures sanitaires privées. Ainsi il est enregistré :

- 50% des praticiens spécialistes (toutes spécialités confondues).
- 49% des paramédicaux (y compris les auxiliaires).
- 82% des structures hospitalières privé comptabilisant 180 lits et 32 postes de dialyses pour les malades insuffisants rénaux.
- 02% entreprises de transport sanitaire totalisant 04 ambulances et 04 véhicules sanitaires légers (V.S.L) assurant le transport et l'évacuation de malades.

## **Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie**


---

### **Conclusion**

L'émergence des cliniques privées a donc été en phase avec les logiques de libéralisation de l'économie algérienne. Les pouvoirs publics ont pu voir dans les cliniques privées une réponse aux revendications et des patients et des médecins. Les fondateurs de ces établissements ont su saisir les opportunités et utiliser leurs connaissances et leurs réseaux antérieurs pour les développer. Ces cliniques ont attiré une clientèle qui, au regard de l'offre publique, recherche un accès plus rapide à une prise en charge, et parfois de meilleures conditions d'accueil.

Aujourd'hui, la poursuite du développement des cliniques, et plus largement du secteur privé, semble liée aux évolutions possibles du système de financement. Si, comme actuellement, les ressources nationales issues des hydrocarbures diminuent, les pouvoirs publics pourraient de nouveau préférer encourager l'offre privée de soins, à défaut d'investir dans le secteur public.

Toutefois, pour poursuivre avec moins d'incertitude leur activité et surtout leurs investissements, les fondateurs des cliniques attendent toujours un signal clair des pouvoirs publics, soit sur une possible contractualisation avec les caisses de sécurité sociale, soit sur le développement d'une assurance santé privée.



**Chapitre III**  
**Illustration pratique à**  
**partir du**  
**Cas de l'hôpital HCM.**

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

### Introduction

Le secteur privé de la santé en Algérie a passé par de plusieurs réformes afin de résoudre les besoins de la population en termes de qualité de soins et de prise en charge des patients.

Néanmoins l'Algérie avec la promulgation de nouvelle loi sanitaire qui est venue pour encourager le secteur sanitaire privé et de le mettre en partenariat avec le secteur public dans le but de prendre en charge des malades et l'amélioration de la qualité des soins et venir aux manques enregistrés dans ce secteur.

Dans ce contexte, de nouvelles cliniques privées on vu le jour dans les quatre coins du pays. Parmi ces établissements on cite l'hôpital Chahid Mahmoudi, sis à Tizi-Ouzou, qui est le sujet de notre cas pratique.

Dans ce chapitre on tâchera de montrer la procédure d'investissement pour la réalisation de ce pôle sanitaire de grande envergure, après la présentation de cet établissement et son organisation.

# Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

## Section 01 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude

La présente section portera sur la présentation de cadre méthodologie de recherche. De ce fait nous allons faire un rappel sur la problématique centrale de notre travail et les objectifs, ainsi une présentation des caractéristiques de la population et l'échantillon de l'étude qui sera basé sur l'EPH CHAHIDS MAHMOUDI de Tizi-Ouzou dont son organisation et ses effectifs. Elle abordera également son fonctionnement et sa gestion administrative et médicale.

### 1.1.1. Rappel de la problématique et des objectifs de recherche

Avant de présenter la méthodologie de recherche, il est nécessaire de rappeler la problématique et les objectifs de recherche.

#### 1.1.1.1. Rappel de la problématique de recherche

Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : **Dans quel environnement les établissements privés de santé arrivent à concilier la dimension sociale du secteur de la santé avec la rentabilité économique ? Cas de l'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI**

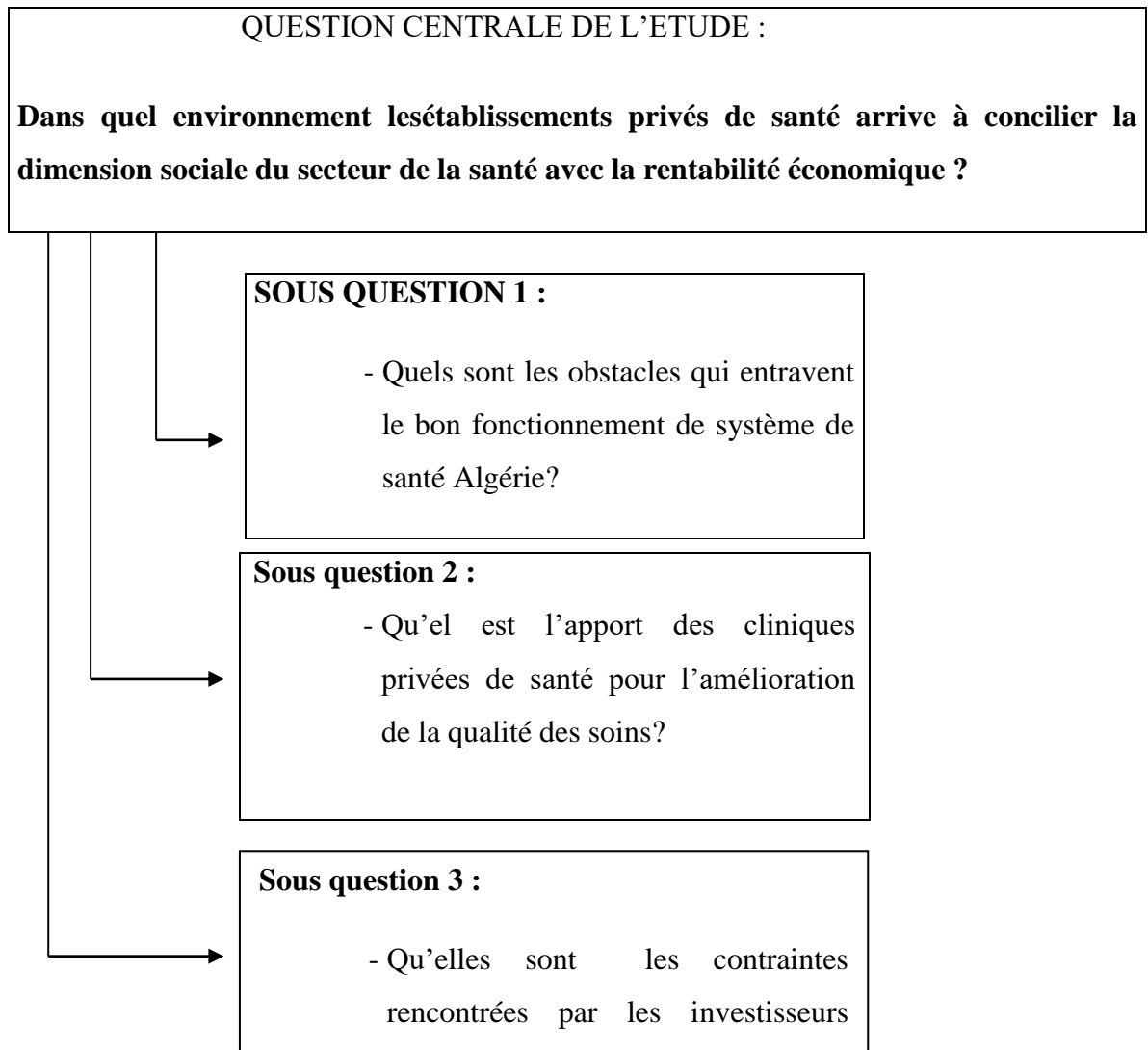
La question centrale de la recherche fait émerger de trois principales questions de recherche et qui vont guider notre démarche empirique. Ces questions sont les suivantes :

- Quels sont les obstacles qui entravent le bon fonctionnement de système de santé algérien?
- Quel est l'apport des cliniques privées de santé pour l'amélioration de la qualité des soins?
- Quelles sont les contraintes rencontrées par les investisseurs privés dans le secteur de santé?

Notre problématique de recherche est présentée dans la figure suivante :

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

Figure n 08 : problématique de recherche



Source : réalisé par nous même.

### 1.1.1.2. Rappel des objectifs de recherche

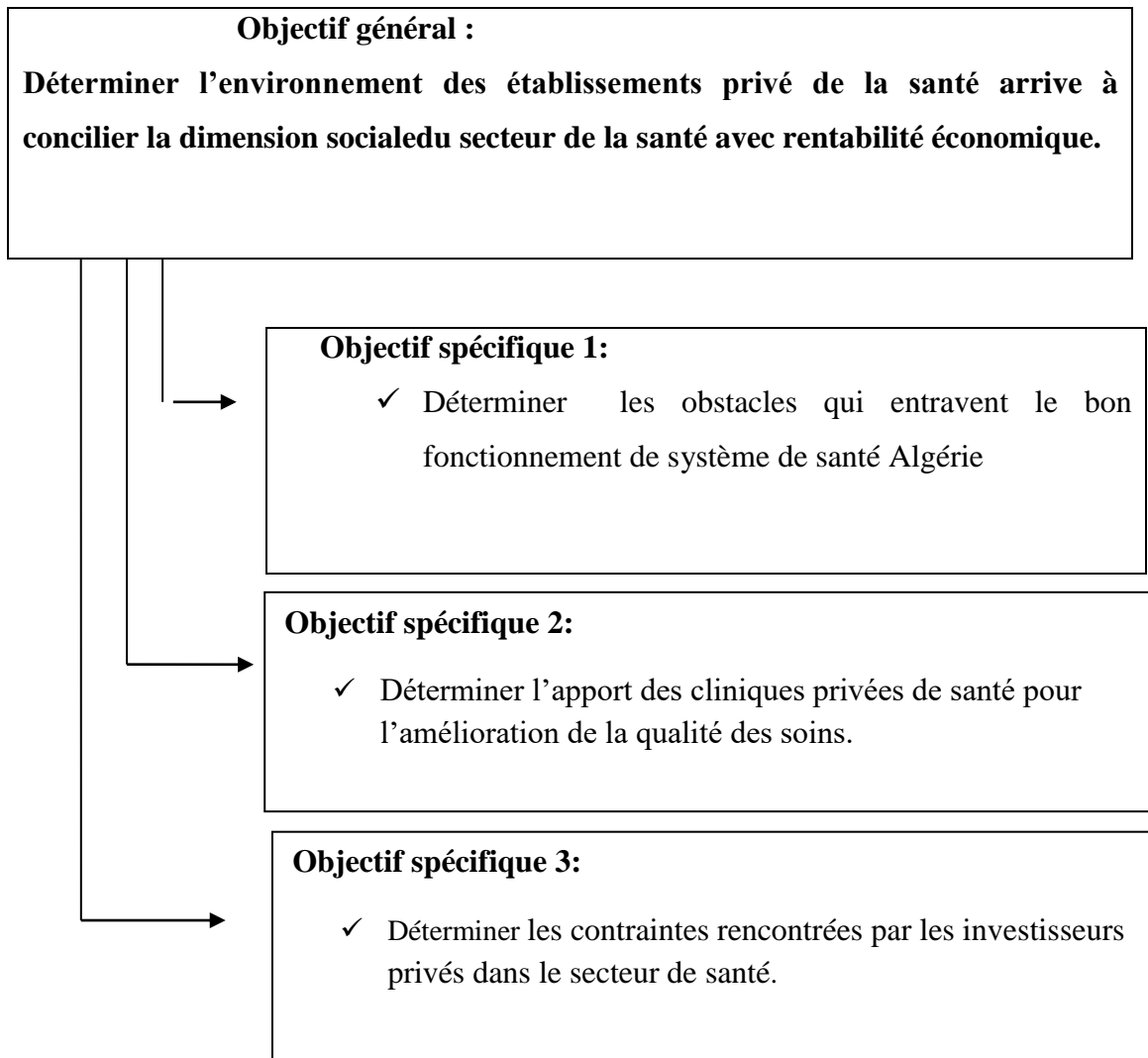
L'objectif général de la présente recherche est de montrer et déterminé que l'environnement des établissements privé de la santé arrivent à concilier le service de la santé avec rentabilité économique et pour cela on à pris l'hôpital CHAHID MAHMOUD comme meilleur cas. Pour bien précisé notre objectif, nous nous sommes fixées trois objectifs spécifiques qui sont :

- Déterminer que l'investissement privé dans le secteur de la santé est confronté a plusieurs difficulté notamment le cadre juridique.

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

- Déterminer que le privé dans la santé arrive à s'imposer et fournir des prestations de qualité
- Déterminer que le secteur de la santé en Algérie présente des opportunités importantes surtout dans certaine pathologie.

**Figure n° 09 : objectif de recherche**



### 1.1.2. Méthodologie de recherche

Pour mieux appréhender et analyser le processus d'investissement privé dans la santé, nous avons utilisé la méthode qualitative de recueil et d'analyse. Ce dernier est définit comme :

«La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

recherche quantitative. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données»<sup>1</sup>.

Notre recherche est de nature qualitative se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, ainsi des données collectées sur le terrain par la méthode d'étude de cas. Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche.

Pour une bonne validité de l'étude nous avons choisir la méthode d'étude de cas réaliser au sein de L'hôpital CHAHIDS MAHMOUDI. Cette méthode peut être définit comme suit : « le terme étude de cas, traduit de l'anglo-saxon, case study, est utilisé en France dans des sens différents selon le contexte. En science humains et sociales. Il renvoie à une méthode d'investigation à visée d'analyse de et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière, réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier »<sup>2</sup>.

La collecte des données s'est déroulée sur deux niveaux : le cadre conceptuel et le cadre empirique, qui nous permettrons d'obtenir un maximum des informations. Les données recueillies ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu, qui nous permettrons de déceler les causes plausibles du problème, et de les analyser, elle nous permettrons aussi de comprendre et de d'écrire notre thème. Cette analyse « est une technique indirecte d'investigation scientifique utilisée sur des productions écrites, (...), provenant d'individus ou de groupe, dont le contenu ne se présente pas sous forme chiffrée, qui permet de faire un prélèvement soit quantitatif, soit qualitatif en vue d'expliquer, de comprendre et de comparer».<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. Introduction à la recherche qualitative. La revue française De médecine générale, 2008, Vol. 19, N° 84, p.143.

<sup>2</sup>DAHAK, Abdenour. KARA, Rabah. Op .Cit, p.125.

<sup>3</sup> Ibidem.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

### **1.1.2.1. Le choix de l'outil**

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche nous avons choisi de réaliser des entretiens dit semi-directif, qui sont définis comme suit : " ce genre d'entretien est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la directive et la non directive dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. Le but recherché est de s'informer, mais au même temps de vérifier, à l'aide de questions, des points particuliers liés à certains objectifs préétablis. Ce type d'entretien est donc un peu plus structuré et le degré de liberté y est un peu plus réduit" <sup>1</sup>

### **1.1.3. Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude :**

On commence par une présentation de la population de notre étude et ses caractéristiques, puis l'échantillon qui est un extrait de cette population.

#### **1.1.3.1. Caractéristiques de la population d'étude**

Nous avons effectué notre étude au sein de l'HCM de Tizi-Ouzou, qui est un établissement hospitalier privé (EHP) spécialisé dans le diagnostic et le traitement des pathologies cancéreuses qui est fonctionné en novembre 2014 et opérationnel début de 2015, situé à la Tour, au chef-lieu de wilaya de TIZI-OUZOU pour s'intégrer dans le cadre du plan national de lutte contre le cancer initié par le Président de la République. Il est considéré comme l'un des EHP, qui vient pour soulager les structures publiques de santé algériennes (Annexe n°1).

L'hôpital est le fruit d'une longue réflexion et d'un concept scientifique mis en place par le docteur Saïd MAHMOUDI (Radiologue et vice-président de la Société Algérienne de Radiologie et d'Imagerie Médicale, « S.A.R.I.M », et membre du comité national du Plan Cancer), issu de son long vécu en tant que radiologue, et son expérience avec le cancer. Cet établissement porte le nom de CHAHIDS MAHMOUDI afin de rendre hommage à sept martyrs de son famille ainsi qu'à tous les martyrs algériens.

HCM est basé sur une approche multidisciplinaire et multimodale intégrée pour la prise en charge du patient à tous les niveaux. Il est créé par décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des

---

<sup>1</sup> DAHAK, Abdennour. KARA, Rabah. Op .Cit, p.96.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

établissements hospitaliers privés (annexe n°2) sous l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de la santé de comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus<sup>1</sup>.

HCM est un établissement qui fait référence à tous les normes techniques et sanitaires d'un EHP (annexe n°3). Cet établissement également fait l'objet d'une validation architecturale (climatisation, ventilation, sols et plafonds sanitaires, protection incendie, portes dédiées, des ascenseurs pour faciliter la circulation entre les services, ainsi une gestion du dossier patient, informatisé et centralisé etc.), ainsi une disposition d'une salle de conférence de 120 place pour le théâtre, les manifestations scientifiques, elle est considéré ainsi comme un lieu au se déroule les formations internes de personnel. De ce fait, son but principal est de prodiguer des soins de qualité et de conférer au malade un confort, un suivi et une sécurité optimale durant sa prise en charge.

L'HCM dispose des spécialistes experts et un personnel clinique professionnel qui pris en charge les spécialités médicales disponibles. De ce fait, afin d'assurer toutes la disponibilité de toutes les spécialité ,il est composé de trois bâtiments (Nord, Est, Ouest) qui compte neuf niveau dont un niveau sous-sol, un rez-de-chaussée et 7 niveau (annexe n°4) avec une capacité litière de 142 lits dont 120 lits pour les services d'hospitalisation rajoutés à cela les 22 lits de l'hôpital de jour pour l'activité d'oncologie médicale.

L'HCM est équipée d'une plateforme technologique multimodale globale dédiée à lutte contre le cancer (annexe n°5) : CT-simulateur, accélérateurs PET-SCAN, IRM 3T, Scanner CT, Mammographie, Échographie, Radio standard, OSTEODENSITOMETRIE, Gamma-Camera, qui permettent d'accueillir entre 15 et 18 patients quotidiennement, soit 4000 à 4600 patients par ans<sup>2</sup>.

L'HCM est créé par décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés. Cet établissement dispose d'un budget propre avec une comptabilité tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur ainsi que son

---

<sup>1</sup>Décret exécutif n°07-321 du 10 Chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et Fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

<sup>2</sup> Exploitation des données du l'HCM

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

commissaire aux comptes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur. Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses <sup>1</sup>:

**\* Au titre des recettes :**

- Les ressources propres,
- Les dons et legs ;
- Les recettes provenant de ses activités et prestations,
- Les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.

**\* Au titre des dépenses :**

- Les dépenses de fonctionnement,
- Les dépenses d'équipement,
- Toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

### **1.1.3.2. Échantillon d'étude**

L'échantillon utilisé dans notre étude qualitative est généralement plus réduite et concernera des informations recueillies sur une période de temps assez limités. Pour mieux détaillées et de comprendre en profondeur notre sujet nous avons choisir un échantillon à travers la méthode d'échantillonnage non probabiliste, méthode dans laquelle le chercheur met au point une procédure subjective de sélection des individus.

Comme l'étude était qualitative, elle a portée sur les différents directions et agence qui concerne l'actualité de santé et l'investissement dans ce domaine, donc l'échantillon ciblé qui a permis la collecte des données brutes pour notre étude a été sélectionnée comme suit : un entretien réalisé avec le Président et directeur générale de l'hôpital HCM, un autre réalisé avec le directeur financier, et un dernier réalisé avec propriétaire de HCM.

Plus au recherches faites au pris de l'agence national d'investissement et de développement avec le directeur sa secrétairegénérale. Ceux de la direction de la santé publique.

---

<sup>1</sup>Décret exécutif n°07-321n, Ibidem

# Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

## Section 02 : Organisation et fonctionnement de l'HCM

L'HCM est un établissement hospitalier privé déterminée qui est organisé en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur. Il est créé par les mutuelles et associations, son fonctionnement est assuré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur<sup>1</sup>, ainsi par un corps médical qui assurent les actes médicaux. De ce fait, le fonctionnement de l'HCM est assuré par deux volets : un volet administratif et un volet médical.

### 2.1.Organisation et gestion administrative du l'HCM :

L'HCM est créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur.<sup>2</sup>

#### 2.1.1. Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est composé par un ensemble de personnel administratif qui délibère notamment sur : les programmes de travail d'EHP, les projets de budget et des comites, les projets d'organisation interne et du règlement intérieur , ainsi les projets d'extension ou d'aménagement de l'hôpital, les acquisitions des biens meubles et immeubles , les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements , l'acceptation ou le refus des dons et legs, le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique, ainsi toute question intéressant le fonctionnement d'EHP.

##### 2.1.1.1. Le directeur

Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'EHP. À ce titre, il a pour mission: d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile, d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé, d'assurer la Gestion administrative et financière, de préparer le budget et les comptes, de faire assurer un service de garde, de mettre en œuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière. Il est appelé ainsi de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et

---

<sup>1</sup>Décret exécutif n°07-321 du 10 Chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

<sup>2</sup> Ibidem.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

paramédical par l'hôpital, soit adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient, de tenir un dossier médical pour chaque patient, de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé, enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.

### **2.1.1.2. Le comité médical**

Il comprend, outre le président : un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé, un représentant du personnel paramédical désigné par le responsable de l'EHP. Elle élit en son sein un président et elle peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux qui sont principalement de donner un avis sur: les programmes d'activité de l'EHP, les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, la création ou suppression de services médicaux, les programmes des manifestations scientifiques et techniques, les conventions de formation, ainsi l'évaluation des activités de soins et de formation de l'EHP.

### **2.1.2. Organisation du personnel du l'HCM**

Afin d'atteindre ses objectifs, l'HCM comporte une équipe médicale et paramédicale ainsi personnel administratif de pointe qui permet d'accomplir les tâches d'une manière optimale.

#### **2.1.2.1. Le corps médical**

Le corps médical de l'HCM est composé de 30 personnes comme effectif total. On distingue notamment de<sup>1</sup> :

- Médecin généraliste qui assure le diagnostic et le suivi du patient atteint de la maladie. Sa fonction s'inscrit dans un contexte inter et multidisciplinaire.
- Chirurgien qui assure la chirurgie digestive bénigne et maligne (Estomac, Intestin, Colon, Rectum, Pancréas, Hépatobiliaire.), Chirurgie Endocrinienne (Goitre, Parathyroïdes), ainsi la Proctologie (hémorroïdes, Fissure et Fistule anale).
- Neurochirurgien qui assure la prise en charge chirurgicale et médicale des affections de la tête et du cou (pathologies tumorales, malformatives et traumatique), ainsi Prise en charge chirurgicale et médicale des maladies de la colonne vertébrale et des nerfs

---

<sup>1</sup> Décret exécutif n°07-321, op. Cit.

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

- (pathologies traumatiques et dégénératives, hernie discale, sciatique)
- Spécialiste en chirurgie pédiatrique qui assure la chirurgie (Digestive- urologique- Thoracique-Osseuse), Circoncision, ainsi les petites chirurgies.
  - Des pharmaciens qui assurent des tâches d'exploration et d'analyses biologiques, de préparation pharmaceutique, de la gestion et distribution des produits pharmaceutiques.
  - Interniste qui assure l'endocrinologie (dysthyroïdie, pathologie surrénaliennes), Pathologies vasculaires (HTA, HTAP, Diabète, thrombose vasculaire), vascularités, connectivites, granulomatoses, rhumatologie, hépto-gastro-entérologie (hépatite AI, MICI, Maladie hémorroïdaire, maladie ulcéreuse).
  - Radiologue qui prend en charge l'IRM, Scanner, Radios standards, Échographie, Mammographie, Ostéodensitometrie, Angiographie.
  - Médecin ORL qui assure la consultation ORL, ainsi Chirurgie ORL qui est chirurgie
- L'HCM englobe ainsi un radiothérapeute, un spécialiste maladies infectieuses, un cardiologue, un gynécologue, un médecin biologiste, un médecin en anatomie-cytologie-pathologiques, un oncologue, un carcinologue, pédiatre, un pneumo-physiologue, un médecin réanimateur, ainsi un traumatologue orthopédiste.

### 2.1.2.2. Personnel paramédical

Les cadres paramédicaux de l'HCM est de sont chargés, sous l'autorité du praticien médical chef de service, chacun dans sa filière, notamment :

- d'organiser les prestations de soins et de veiller, l'accueil et au confort du malade ;
- de contrôler le travail des équipes paramédicales ;
- de veiller l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques, des dispositifs médicaux et du matériel médical, sa maintenance et sa préservation ;
- d'accueillir les personnels, les étudiants et les stagiaires affectés aux structures publiques de santé,
- ainsi de participer à l'évaluation des besoins en personnel paramédical et d'élaborer le rapport d'activités du service.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux Corps des paramédicaux de santé publique. Journal officiel, 20 mars 2011, n°17, p.33.

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

De ce fait, l'HCM est disposé de 212 personnes comme un effectif total de personnel paramédical.

### 2.1.2.3. Personnel administratif

L'HCM dispose d'une 10 personne comme un nombre total de personnel administratif qui sont notamment : le fondateur de l'EHP , un directeur général, une directrice des ressources humaines, un représentant de la caisse nationale des assurances des travailleurs salariés, un président du comité médical de l'établissement hospitalier privé, un représentant des personnels de l'établissement hospitalier privé, de deux représentants des associations des usagers, un représentant des praticiens médicaux, élu par ses pairs, d'un représentant des personnels paramédicaux, élu par ses pairs<sup>1</sup>.

De ce fait l'HCM dispose d'une équipe de pointe qui représente 252 comme un effectif total de personnel et qui peut être présenté dans le tableau suivant :

**Tableau N° 09 : Effectifs du personnel de l'HCM par catégorie.**

<b>Personnels</b>	<b>Corps médical</b>	<b>Personnel médical</b>	<b>Personnel administratif</b>
<b>Effectif</b>	<b>30</b>	<b>212</b>	<b>10</b>

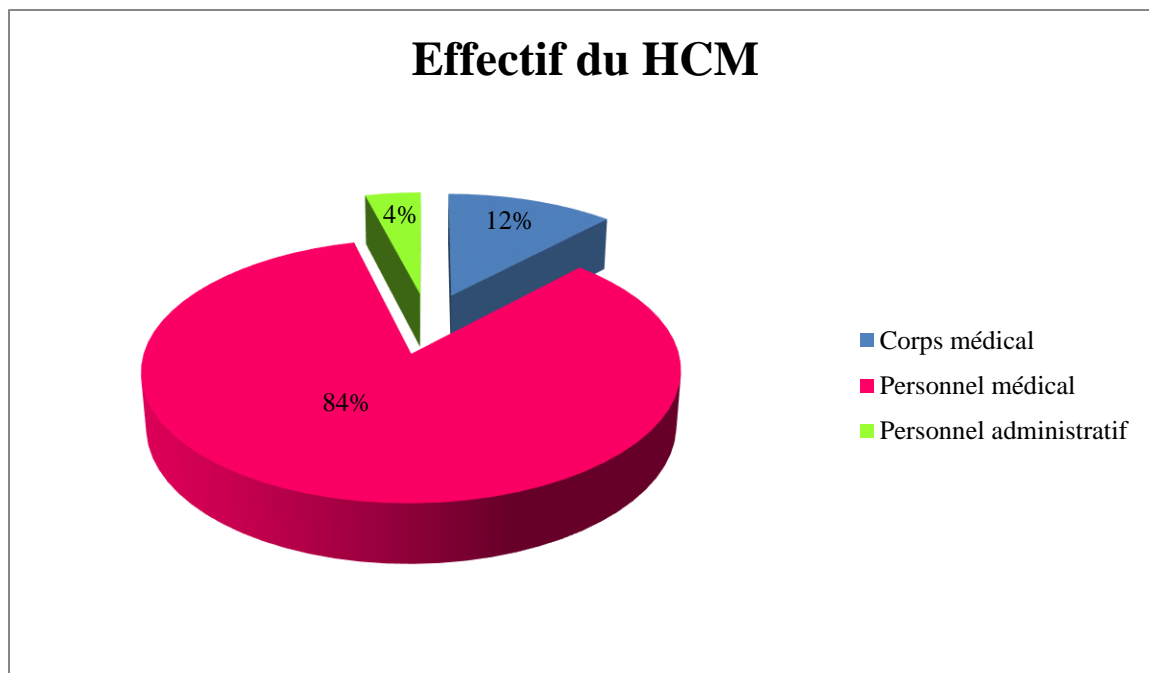
**Source :** Établis par nous même à partir des données de la direction des ressources humains de l'HCM.

Les données de la direction de ressources humaines de l'HCM concernant l'effectif de l'établissement peuvent être présentées dans la figure suivante :

<sup>1</sup>Décret exécutif n° 11-121, Ibidem.

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

Figure N° 10 : L'effectif de l'HCM



Source : exploitation des données de l'HCM.

La figure ci-dessus représente l'importance des effectifs par catégorie. Nous constatons que le corps paramédical représente plus de 84 % de l'effectif global<sup>1</sup>, cela démontre que l'efficacité des EHP dépend en majeure partie du corps paramédical.

### 2.1.3. Organisation du l'HCM par département

L'HCM est organisé département, qui représente essentiellement tous les services qui assure tous les spécialités disponibles<sup>2</sup>.

#### 2.1.3.1. Département oncologie et de physique médicale

Il est subdivisé en quatre services qui sont :

##### A. Un service de radiothérapie :

C'est un service situé au sous-sol. Il offre aux patients une prise en charge personnalisée et l'accès aux techniques de radiothérapie les plus sophistiquées. De ce fait, il est constitué d'un plateau technique avec de deux accélérateurs linéaires de haute énergie qui sont dotés de

<sup>1</sup> Données de l'HCM concernant l'effectif.

<sup>2</sup> Ibidem.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

toute technologie d'irradiation nouvelles qui sont : irradiation conformationnelle de précision 3d, irradiation avec modulation d'intensité, arc thérapie dynamique, irradiation des cancers de l'enfant, irradiation stéréotaxique, curiethérapie de prostate, gynécologique, bronchique, ORL et cutanée. La complémentarité des appareils utilisés permet de délivrer le traitement depuis les plus petits volumes centimétriques par irradiation stéréotaxique jusqu'aux plus gros volumes par irradiation corporelle totale.

### **B. Un service d'oncologie médicale (chimiothérapie) :**

Ou hôpital de jour. Il assure les traitements médicaux des cancers (chimiothérapie, hormonothérapie, service immunothérapie, traitements symptomatiques, thérapies ciblées) et participe aux prises en charges symptomatiques et à l'élaboration des stratégies ciblées.

Le d'oncologie médicale du HCM prend en charge les patients adultes atteints de tumeurs solides. Il participe aux innovations thérapeutiques et à la recherche clinique (annexe n°6).

Il est situé au sous-sol qui doté de matériel sophistiqué est qui sont disponible pour la première fois en Algérie. c'est un service qui dispose d'une Gamma-Caméra (qui est nommé par le nom LEFNAR) pour les examens de scintigraphie, ainsi un service de PET scan (qui est nommé par le nom AMENZO) avec une unité de production de radio-pharmaceutiques doté d'un cyclotron, d'une unité de synthèse et de l'laboratoire de contrôle de qualité pour la production des radio-pharmaceutique nécessaire pour le déroulement de l'examen de PET scan.

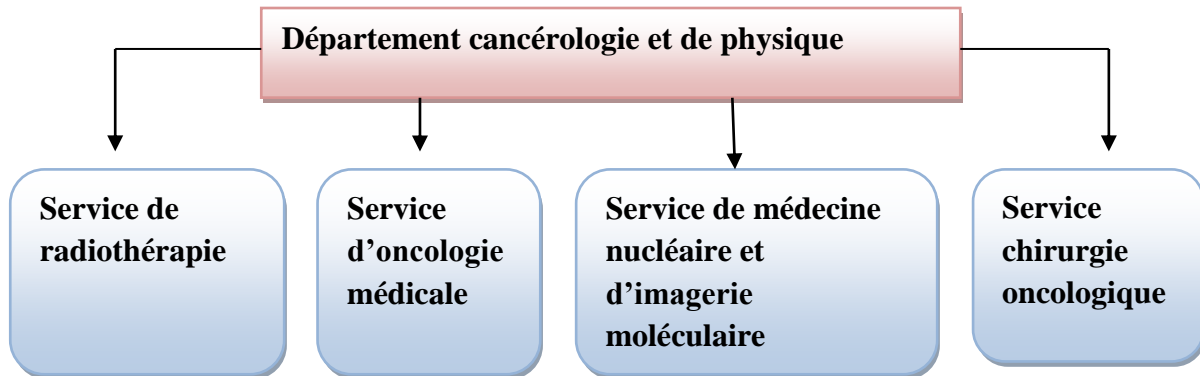
### **C. Un service de chirurgie oncologique :**

Il renferme la chirurgie générale, neurochirurgie, gynécologique et mammaire, etc.).

D'une manière générale le département cancérologie et de physique médicale structurés de la manière suivante

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

Figure N °11 : Département cancérologie et de physique médicale



Source : Exploitation des données du l'HCM.

### 2.1.3.2. Département de radiologie

Il comprend tous les investissements qui sont immédiatement accessibles aux patients de manière optimale notamment. Il est géré par un chef de service, est décomposé en six sous-services dont ils disposent d'un médecin radiologue, des manipulateurs, des réceptionnistes, ainsi des infirmiers. Ses sous-services sont : IRM, scanner et angio-scanner, Échographie, Mammographie, Ostéodensitométrie osseuse, Radiologie standard.

### 2.1.3.3. Département de chirurgie

Il est composé de quatre salles opératoires qui sont situées dans deux différents niveaux avec une équipe médicale de pointe (Annexe n°7). De ce fait, l'activité de chirurgie l'HCM est assurée par deux services Il assure notamment :

**A.** Service de la chirurgie viscérale et thyroïdienne (cancérologie digestive), la chirurgie urologique et la chirurgie gynécologique : assurent la prise en charge des pathologies (bénignes ou tumorales) digestives, urologiques, gynécologiques, endocriniennes, et les endoscopies digestives.

**B.** Service de la Chirurgie orthopédique et traumatologique assure la prise en charge des pathologies osseuses, articulaires et vertébrales. prend également en charge toutes les urgences chirurgicales.

### 2.1.3.4. Département d'Analyses Médicales

Il est démarré en 03 décembre 2015. C'est un département qui est décomposé de quatre

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

laboratoires situé au dernier niveau de l'HCM il est placé sous un environnement particuliers afin d'éviter la transmission des germes .Ils sont gérés par un chef de service qui est un médecin. Ses laboratoires sont :

- Laboratoire d'Analyses de biochimie et hormonales ;
- Laboratoire d'Anatomopathologie et cytologie ;
- Laboratoire de Microbiologie ;
- Laboratoire de Médecine Moléculaire.
- Ils assurent notamment, les bilans biologiques de routine (Biochimie, Hématologie, Hormonologie, bactériologie, oncologie), les bilans biologiques d'explorations (cardiaque, thrombose, Auto-immunité, biologie moléculaire) ainsi cytologie, anatomopathologie des pièces opératoires, Immun histochimie... (Annexe n°8).

### **2.1.3.1. Département des consultations**

Ce département est décomposé en deux niveaux différents (consultation externe de troisième (03) niveau et consultation externe de cinquième (05) niveau).il comprend un personnel composé des médecins de différents spécialités à part la radiologie, des réceptionnistes, des infirmiers ainsi des secrétaires médicales. Comprenant la cardiologie , gynécologie obstétrique ,pédiatrie ,chirurgie pédiatrique ,médecine interne endocrinologie , gastroentérologie , pneumo-phtisiologie , neurochirurgie, orl , anesthésie réanimation , chirurgie générale , maladies infectieuses , traumatologie et orthopédie , oncologie médicale.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

### **Section 03 : Etude et analyse de processus d'investissement du L'HCM**

HCM est un établissement hospitalier privé d'une nature juridique SARL , spécialisé dans la prise en charge des pathologies cancéreuses avec des techniques moderne, il dispose des appareils très développés ou il présente le meilleur investissement au niveau national et au niveau africain : on peut cité le PET SCAN, chirurgie cardiaque et la cardiologie interventionnelle.

**3.1.La procédure et le financement de projet d'investissement HCM** Le HCM est un hôpital multimodal d'une nature juridique SARL, réalisé par le radiologue Dr MAHMOUDI.S dans la wilaya de TIZI-OUZOU.

Cette investissement qui a met ces premier point d'engagement en 2008, a eu sa grément de construction en 2010 et son ouverture officiel en 2016 a étai réaliser dans notre payé par des payé pour le gens de notre payé comme le propriétaire de cette projet le dis.

L'établissement privé HCM fait partis des 13 établissements pilote. Parmi ces établissement il ya 10 ou 11 publics et 02 privé. Il fait partis de chaque établissement qui dispose de coordinateur qualité, il atteint 55% sur le plan d'action mis en place l'année dernière 2017 à l'objet d'atteindre les 70%“dis si juin 2019.

HCM dispose des équipements de dernière génération, des produits d'Europe et d'Amérique avec une assistance technique du suède, Allemagne, France et des états unis. Tel que le PET SCAN qui est dirigé par des américains et qui est le seul en Algérie.

L'équipement de CYCLETRON est installé dans le monde par 12 mais leurs fonctionnement et lancement son problème a réussis que par 04 dont ce lui réalise en Algérie qui est a l'hôpital HCM.

Le financement du projet d'investissement CHAHID MAHMOUDI est constitué à 40% par un personnel et 60% par financement bancaire –Banque de Développement Local-BDL- Le concours de l'ANDI a consisté à accorder des autorisations d'acquisitions en franchise TVA et droits de douanes.

Par ailleurs, le projet HCM a bénéficié d'un terrain dans le cadre du régime cession ; terrain qui fait l'objet d'une hypothèque au profit de la banque BDL.

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

### **3.2. Montage de dossier d'investissement de l'Hôpital HCM :**

#### **3.2.1. Présentation de l'agence nationale de développement et de l'investissement (ANDI):**

L'agence nationale de développement de l'investissement créée dans le cadre des réformes de 1ère génération engagées en Algérie durant les années 1990, l'Agence en charge de l'investissement a connu des évolutions visant des adaptations aux mutations de la situation économique et sociale du pays. Initialement APSI, Agence de Promotion, de Soutien et de Suivi de l'Investissement de 1993 à 2001, puis ANDI, Agence Nationale de Développement de l'Investissement, cette institution gouvernementale s'est vue confier la mission de facilitation, de promotion et d'accompagnement de l'investissement.

##### **3.2.1.1. Le passage de l'APSI vers l'ANDI :**

Le passage de l'APSI vers l'ANDI s'est traduit par des modifications des cadres institutionnels et réglementaires, telles que :

- Création du Conseil National de l'Investissement, organe présidé par le Premier Ministre, chargé des stratégies et des priorités pour le développement;
- Création de structures régionales de l'Agence qui contribuent en concertation avec les acteurs locaux au développement régional. Cette contribution consiste notamment en la mise en place des moyens humains et matériels pour faciliter et simplifier l'acte d'investir;
- Instauration d'une commission interministérielle de recours chargé de recevoir et de statuer sur les doléances des investisseurs;
- Clarification des rôles des différents intervenants dans le processus d'investissement;
- Révision du dispositif d'incitation à l'investissement;
- Suppression du niveau d'autofinancement exigé à l'éligibilité aux avantages;
- Simplification des formalités d'obtention des avantages;
- Allègement des dossiers de demande d'avantages.

##### **3.2.1.2. Les partenaires de l'ANDI**

Afin de fournir des prestations selon les normes et standards internationaux, l'ANDI œuvre avec diverses institutions et organismes internationaux tels que :

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

- CNUCED pour le conseil et l'expertise, à l'occasion de l'examen de la politique d'investissement en Algérie;
- ONUDI pour la formation et le perfectionnement des cadres de l'Agence sur les méthodes d'évaluation des projets d'investissements;
- Banque Mondiale pour l'audit du processus de création d'entreprises et propositions de mesures d'amélioration dans le cadre de son programme DOING BUSINESS.

### 3.2.1.1. Les missions de l'ANDI

L'ANDI a pour missions :

- l'enregistrement des investissements ;
- la promotion des investissements en Algérie et à l'étranger ;
- la promotion des opportunités et potentialités territoriales ;
- la facilitation de la pratique des affaires, du suivi de la constitution des sociétés et de la réalisation des projets ;
- l'assistance, l'aide et l'accompagnement des investisseurs ;
- l'information et la sensibilisation des milieux d'affaires ;
- la qualification des projets, leur évaluation et l'établissement de la convention d'investissement à soumettre à l'approbation du conseil national de l'investissement.

### 3.3. Le financement de l'investissement HCM (ANDI)

#### 3.3.1. Phase réalisation (avantage de financement) :

Le projet HCM a été réalisé dans le cadre du régime privilégié; traité et enregistré au niveau du Guichet Unique Décentralisé – GUD – démembrement local de l'ANDI, et ce, après sa validation par le Conseil Nationale d'Investissement- CNI.

Le coût de revient de cet investissement dépasse deux (02) milliards de DA. Le financement du projet dans le cadre du régime privilégié se présente sous la forme suivante :

Tous les avantages fiscaux et parafiscaux consentis en faveur de cet investissement ont permis, au promoteur de bénéficier des avantages suivants évalués comme suit :

**Financement du projet dans les conditions de droit commun :** 2 milliards 480 millions de dinars.

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

La part financée par l'investisseur apport personnel. 40 %- : 992 millions de dinars  
La part ayant bénéficié d'un concours bancaire. 60 % : 1 milliard 488 millions de dinars.

### Calcul des intérêts bancaires :

Financement du projet tel qu'il a été réalisé – (régime privilégié) :

La part financée par le promoteur. 40 % . : Il ne sera pas tenu compte de la part des apports en numéraires dans l'apport global du promoteur.

La part ayant bénéficié d'un concours bancaire. 60 %

Avec les avantages consentis dans le cadre du dispositif ANDI son projet est financé hors taxes composés de 5% droits de douane et (19% de TVA, soit un total de 24%) : +-3

Le taux d'intérêt prélevé sur les financements bancaires pour les investissements réalisés dans les conditions de droit commun est de 5.5%. Dans notre cas de figure l'investissement bénéficie d'une bonification du taux de d'intérêts à raison de 2 % et cela du fait qu'il est réalisé dans le régime privilégié soit à un taux 3.5%. Les 2% représentant la bonification est rachetée par le trésor public auprès des banques commerciales.

### 3.3.2. Phase d'exploitation (Avantage fiscaux)

- Exonération de la taxe sur l'activité professionnelle ( Taxe versée mensuellement) sur le chiffre d'affaire qui est de 2% sur une durée de trois (03) ans dans la région Nord et de dix ans (10) dans les hauts plateaux et le grand sud).

- L'Impôt sur le **B**énéfice des **S**ociétés – **IBS**- qui est de 26% pour le secteur de la santé.

Il faut noter que dans notre cas de figure, le projet étant créateur de plus de 100 emplois permanents, la réglementation régissant ce dispositif lui accorde ces avantages pour une durée de cinq (05) ans.

### 3.4. Les contraintes rencontrées par l'investisseur de HCM au cours de son

## Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM

---

**investissement :**

### 3.4.1. Avant la réalisation de projet

- La lenteur dans le traitement des dossiers CNI qui ne se réuni pas régulièrement.
- Une lenteur suite au changement de plan vu qu'au début il envisage une clinique spécialisée dans le traitement des maladies cancéreuse uniquement mais par la suite il a évolué pour être réalisé en hôpital multimodal d'envergure nationale
- Des lenteurs dans les procédures de dédouanement. Exemple une confusion au ministère de commerce ou ils ont interdit l'importation des filtres et la climatisation pour le bloc opératoire de radiologie (confusion entre la climatisation de maison et celle des blocs opératoire) leurs importation reste bloqué pour une durée d'une année au port. Cette situation s'est posée, aussi, pour les cassettes rentrant dans la fabrication de FDG qui est un produit destiné à l'utilisation du PET SCAN.
- La mauvaise interprétation des textes réglementaire par les responsables.

### 3.4.2. Après la réalisation de projet

- Difficulté de recrutement de personnel compétent.
- Fuite de personnel au public après avoir bénéficié des formations à l'étranger.
- Résistance à l'utilisation de l'outil informatisé par certains médecins réfractaires à toute gestion automatisée.
- Manque d'infrastructure hôtelière pour héberger leurs invités des pays étrangers et des algériens des 48 wilayas.
- Manque d'airs de stationnement à proximité de l'hôpital.

**Conclusion**

## **Chapitre III : Illustration pratique à partir du cas de l'hôpital HCM**

---

L'hôpital Chahid Mahmoud dont la réalisation est entamée en 2010, mis en exploitation partielle en 2016 est toujours en cours de réalisation pour certaines autres spécialités de médecine.

Sa meilleur pris en charge des patient en terme de soins et hospitalisation encourage les patients des 48 wilayas et même de l'étranger de s'approché de cette EPH ce qui vas encourager l'infrastructure hôtelière et autre.

Cet hôpital répond aux normes de secteur médical. Ce qui a nécessité d'important fonds en termes d'investissement et d'acquisitions d'équipements médicaux et administratifs nécessaires.



## **Conclusion générale**

## Conclusion générale

---

L'objet principal de notre recherche est de montrer et déterminer que l'environnement des établissements privés de santé arrivent à concilier la dimension sociale du secteur de la santé avec la rentabilité économique et pour cela on a pris l'hôpital CHAHID MAHMOUD comme exemple.

Les objectifs de recherches auxquelles nous avons tenté de répondre est de déterminer que l'investissement privé dans le secteur de la santé est confronté a plusieurs difficultés, notamment le cadre juridique. Le privé dans le secteur de la santé est arrivé à s'imposer et fournir des prestations de qualité.

De ce fait, nous nous sommes appuyés, en premier lieu, sur une revue de la littérature où nous avons présenté le système de santé et son organisation, ainsi que le cadre juridique de ce système algérien, puis on a étudié son dysfonctionnement pour aboutir à la naissance et le développement du secteur privé.

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir. Pour ce faire, nous avons adopté une étude qualitative par le biais des entretiens semi directifs réalisés avec les différents personnels et responsables au sein du HCM de la wilaya de Tizi-Ouzou, et au différentes agences telles que agence nationale de développement et de l'investissement et la direction de la santé et de la population.

Nos entretiens avec Le propriétaire, le président directeur général, directeur financier de HCM, et le directeur de l'ANDI nous ont permis à travers cette étude de déterminer que privé dans la santé s'impose et fourni des prestations de qualité et qu'il présente des opportunités importantes pour l'Algérie surtout dans certains pathologies.

Nous retenons ces quelques conclusions :

- La santé revêt une importance vitale pour tous les êtres humains dans le monde. Quelles que soient les différences, la santé est notre bien le plus précieux. Ce concept est défini selon différentes approches. Les pathologies sont des facteurs qui influencent négativement sur la santé. De ce fait, elles engendrent une forte pression sur le secteur public de la santé suite à la gratuité des soins, ce qui fait appel à la nécessité d'intégrer un autre secteur plus efficace et plus puissant qui est le privé.
- l'économie de la santé et le management hospitalier en particulier, sont des champs disciplinaires très importants, dans le domaine économique car ils font face

## Conclusion générale

---

aux plusieurs contraintes. De ce fait, il s'intéressent à une meilleure allocation des ressources afin de prendre des bonnes décisions.

- les méthodes d'évaluation économique dans le secteur de la santé visent à rationaliser et à éclairer des décisions de santé publique. Elle est présentée comme une analyse comparative de différentes stratégies diagnostiques, thérapeutiques ou préventives, sur la base de leurs coûts et de leurs résultats de santé. Elles ont pour but la recherche de l'efficacité en aidant à déterminer quelles sont les stratégies qui produisent les meilleurs bénéfices de santé par unité monétaire investie. Au-delà, elles conduisent à des questions essentielles qui dépassent la rationalité économique, et qui sont des questions de société.
- En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension des cliniques privées. De multiples dysfonctionnements de secteur public semblent nourrir un secteur privé en pleine croissance.
- 1. Les cliniques privées représentent des innovations organisationnelles où de nouvelles façons de faire s'observent, des modalités de coopération inhabituelles et un fonctionnement en réseau dans les rapports entre les différents acteurs du système de soins au gré des affinités, des sensibilités et des intérêts financiers.
- Avec l'apport du privé qui s'investi de plus en plus dans le segment, il est certain que l'Algérie disposera de plus de moyens humains et matériels.
- Le segment des cliniques privées est majoritairement investi par les médecins, nouvelle figure de l'entrepreneuriat en Algérie.
- La majorité des cliniques privées se concentre dans les grandes villes urbaines. Ceci participe à l'accentuation des disparités géographiques dans l'accès aux soins.
- L'expansion du secteur privé a eu des impacts sur les paiements directs des ménages dans la mesure où les actes médicaux, chirurgicaux et les explorations médicales (scanners, imagerie médicale,...) effectués dans les structures privées de soins sont mal couverts par le système de sécurité sociale, les taux de remboursement sont très faibles.
- Les investisseurs privés de la santé rencontrent plusieurs difficultés notamment dans les lois réglementaires que l'Etat essaie de résoudre dans sa nouvelle loi sanitaire.
- Le secteur privé en Algérie est une grande opportunité et un grand pat en avant pour l'amélioration de la qualité des soins et la meilleure prise en charge des patients.

## Conclusion générale

---

- L'HCM de T-O est un établissement privé considéré comme l'une des plus importantes structures hospitalières en matière des équipements les plus modernes de dernière technologie ont été acquis et certains constituent une première en Algérie, du fait qu'il est :
  - Il est le premier établissement hospitalier privé de la wilaya de Tizi-Ouzou, spécialisé dans le diagnostic et le traitement des pathologies cancéreuses, plus a la chirurgie cardiaque qui est la première au niveau national et la 04ème au niveau international. Il est considéré comme l'un des EHP, qui vient pour soulager les structures publiques de santé algérien ;
  - L'HCM comporte une équipe médicale et paramédicale ainsi personnel administratif de pointe qui permet d'accomplir les tâches d'une manière optimale ;
  - Il fait partie des 13 établissements pilote désigné par le ministère de la santé concernant la démarche qualité (11 public, 2privé).
  - Il fait partie de chaque établissement qui dispose de coordinateur qualité.
- L'investissement privé de la santé dans la wilaya de TIZI-OUZOU connait une croissance remarquable de plus, nous pouvons avancer que cet investissement peut être classé comme investissement structurant du fait qu'il peut entraîner dans son sillage plusieurs autres secteurs à l'instar de l'industrie du médicament...Par ailleurs il a permis de créer une zone de vie sur les différents quartiers qui l'entourent.
- HCM est d'un apport sans égal pour le secteur de la santé en Algérie. Et à ce titre, il peut transformer notre Wilaya en pôle sanitaire important et cela du fait qu'il constitue une locomotive pour le secteur de la santé au niveau de notre région.

Au terme de ce que nous avons présenté, ce qui semble intéressant à analyser serait les perspectives d'avenir que dessinent le secteur privé des soins surtout après l'autorisation d'ouverture des hôpitaux privés et l'application de la nouvelle loi sanitaire. Cette nouvelle donne modifiera certainement le paysage médical en Algérie dans les années à venir.

Enfin, il convient de signaler que ce travail de recherche n'est qu'une contribution préliminaire pour un tel thème d'actualité. 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.



**Bibliographie**

## Bibliographie

---

### OUVRAGE :

- 1- Béjeau.S. : « Economie du système de santé : du marché à l'organisation », Edition ECONOMICA, Paris, 1994.
- 2- BRAHAMIA BRAHIM.: économie de santé, évolution et tendance des systèmes de santé. Edition Bahaedine, Constantine 2010.
- 3- CROCHARD-LACOUR Anne, LELORIE Jacques. Introduction à la pharmacoeconomie[en ligne]. Canada : les presses de l'université Montréal, 2000.
- 4- DAHAK, 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.
- 5- MOUGEOT M. : « Système de santé et concurrence » éd ECONOMICA, Paris 1994.
- 6- TANTI Hardouin.: « Economie de la santé » éd. ARMOND COLIN, Paris, 1994.
- 7- ZEHNATI. A : « Les évolutions récentes du système de santé Algérien », CREAD, 2017.

### ARTICLES ET REVUES

- 1- CHAMBARETAUD, Sandrine., HARTMANN, Laurence. Économie de la santé: Avancées théoriques et opérationnelles[en ligne]. . Revue de l'OFCE, Octobre 2004, n°91.
- 2- HERNANDEZ H. M. (2008) L'entrepreneuriat comme processus d'émergence organisationnelle, Revue Française de Gestion, n° 185.
- 3- KAÏD Tlilane, N : Crise économique et état de santé des enfants algériens, juillet 2004.
- 4- SAIHI Abdelhak : Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives, Maître de conférences, ENA, Alger, avril 2006.
- 5- MEKLALT Khoukha et Brahim BRAHAMIA : « Le Système de Santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement ».
- 6- ZEHNATI. A. (2014a). « Les cliniques privées en Algérie : l'émergence d'un nouvel acteur dans le champ sanitaire en Algérie ». Revue les cahiers du CREAD, n° 105-106,2013.

## Bibliographie

---

- 7- ZEHNATI A ET PEYRON C. (2015). « Les cliniques privées en Algérie : logiques d'émergence et stratégies de développement ». Revue Mondes en développement, 2015/2 n° 170.

### THESES ET MEMOIRES

- 1- AIT MEDJANE, Ouahiba : Les reformes du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses, mémoire de master en économie de la santé, université de Bejaia option, 2012,2013.
- 2- AMIROUCHE S, ACHIOU Meriem : Essai d'analyse des déterminants des dépenses de santé en Algérie, mémoire de master, option économie appliqué et ingénieure financier, université Bejaia ,2015.
- 3- BOUTTENA, Amina ; CHAOUADI, Tassadit. La gestion du service des urgences comme un critère de la performance hospitalière : Cas du CHU de TIZI-OUZOU. Mémoire de master en économie de santé. TIZI-OUZOU : Université Mouloud MAMMERI. Tizi-Ouzou, FSEGC, promotion 2015-2016.
- 4- Brahamia B : « La dynamique du système de santé algérien, Bilan et perspectives », Thèse de doctorat, Université de Montpellier I, 1991.
- 5- DJERAI Fazia, MOUHOUBI Saadia : Essai d'étude comparative des politiques d'exploitation et d'entretien des équipements médicaux entre le secteur public et le secteur privé en Algérie : cas de la wilaya de Bejaïa, mémoire de master, option économie de la santé, université Bejaia, 2013.
- 6- FOU DI Brahim. « La contractualisation dans les systèmes de santé algérien et marocain : état des lieux », mémoire de magister en économie de la santé et développement durable, Université de Bejaïa 2011.
- 7- Kaïd Tilane N.: « Système de santé algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé de l'enfant, enquête de la wilaya de Bejaïa». Thèse de Doctorat, Université d'Alger, 2003.
- 8- LEROY, Nathalie. Quels facteurs explicatifs du burnout et du bien-être Subjectifs? Déterminants psychologiques, sociaux et organisationnels auprès des cadres à responsabilités et élaboration d'un modèle[en ligne]. Thèse de doctorat, en Psychologie du Travail et des organisations. LILLE : L'Université Lille 3, 2013.
- 9- TOUAZI, Assia. : Le financement du système de santé algérien : Etat et réformes, mémoire de master en sciences Économiques, Université Bejaia, 2012.

## Bibliographie

---

- 10- ZEHNATI A. (2014b). « Analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie ». Thèse de doctorat en sciences économiques. Université de Bourgogne/Université de Bejaia.

### RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 1- MSP : Statistiques sanitaires 2003, cité par la banque mondiale, M.S.P. rapport n<sup>0</sup> 36270-dz,2007.
- 2- MSP : Système national de santé : élément réflexion, avril 1998 – développement du système national de santé, stratégies et perspectives, mai 2001-statistique sanitaires, novembre 2002-avant projet de la loi sanitaire, février 2003-la santé des algérienne et des algérienne, MSP, Alger, avril 2003.
- 3- NABNI 2020 : cinquantenaire de l'indépendance : enseignements et vision pour l'Algérie de 2020, 3ème thème santé, Janvier 2013.
- 4- OMS « Rapport sur la santé dans le monde. », Genève.2000.
- 5- OMS : « Rapport sur la santé dans le monde 2000, pour un système de santé plus performant »,2000.

### LES LOIS ET TEXTE REGLEMENTAIRES

- 1- Arrêté N<sup>0</sup>2 du 09 janvier 1994, Ministère de la santé.
- 2- Article 208, bis de la loi n 85-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n 85-05 du février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
- 3- Article 208 bis de la loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.
- 4- Décret exécutif n 99-236 du 9 Rajab 1420 correspondant au 19 octobre 1999 fixant les modalités d'application des disposition de l'article 201 de la loi n 85-05 du 16 février 1985 modifiée et complété relative à la protection et a la promotion de la santé.
- 5- Décret exécutif n 92-380 du 13 octobre 1992 modifiant et complétant le décret n 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de création , d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées .
- 6- Décret exécutif n 02-69 du février 2002.
- 7- Décret exécutif n 07-321 du 10 chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés.

## Bibliographie

---

- 8- Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés[en ligne].Journal officiel, 22 /10/ 2007.
- 9- Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique. [en ligne].Journal officiel,20 /03/ 2011, n°17.
- 10- Instruction n° 82 MSP/MIN du 31 aout 1996 modifiée.

### SITES INETRNETS

- 1- [Http://www.abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27](http://www.abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27).
- 2- [Http: //www.el-mouradia.dz/français/Algerie/geograpie/geographie.htm](http://www.el-mouradia.dz/français/Algerie/geograpie/geographie.htm).
- 3- [www.wilaya-tiziouzou.dz,secteur](http://www.wilaya-tiziouzou.dz,secteur).
- 4- [www.dcwtiziouzou.dz](http://www.dcwtiziouzou.dz) ; copyright©2013, la direction du commerce de wilaya de TIZI- OUZOU.



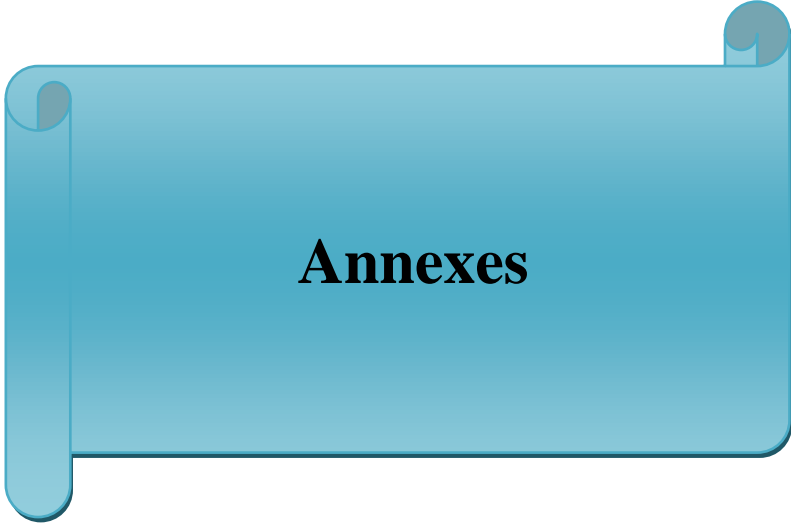
**Liste des figures et des tableaux**

## Liste des figures et tableaux

---

### Liste des figures et tableau

<b>Figure 01:</b> Eléments d'un système de santé .....	9
<b>Figure n°02 :</b> Infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie .....	23
<b>Figure n°03 :</b> la répartition des infrastructures extra- hospitalières (EPSP). .....	24
<b>Figure n°04:</b> L'infrastructure hospitalière privée entre 2008 et 2010.....	25
<b>Figure n° 05 :</b> Répartition des cliniques privées selon les spécialités investies en 2010.....	43
<b>Figure n° 06 :</b> Evolution de nombre de cliniques médico-chirurgicale, cliniques d'hémodialyse et autre .....	44
<b>Figure n° 07 :</b> Natalité des cliniques médico-chirurgicales .....	45
<b>Figure n° 08 :</b> problématique de recherche .....	57
<b>Figure n° 09:</b> Objet de recherche .....	58
<b>Figure n° 10 :</b> L'effectif de l'HCM.....	67
<b>Figure n° 11 :</b> Département cancérologie et de physique médicale .....	69
<b>Tableau n°01 :</b> Evolution des effectifs des professionnels de soins de santé .....	19
<b>Tableau n° 2 :</b> Répartition des wilayas sur les régions sanitaires .....	20
<b>Tableau n°03 :</b> Infrastructures hospitalières et le nombre de lits en Algérie.....	22
<b>Tableau n°04 :</b> larépartition des infrastructures extra-hospitalières (EPSP) .....	24
<b>Tableau n° 05:</b> L'infrastructure hospitalière privé entre 2008 et 2010.....	25
<b>Tableau n° 06 :</b> Nombre de cliniques fonctionnelles et en projet (sans l'hémodialyse) en 2010 .....	46
<b>Tableau n° 07 :</b> Répartition en 2009 des cliniques selon le type d'activité et le type de propriété. ....	47
<b>Tableau n° 08 :</b> «Etat récapitulatif des infrastructures sanitaires privées dans la wilaya » .....	52



**Annexes**

Wilaya	Dénomination	Adresse	Nb : lits
Chlef	Dr ABANE Mohamed	Sise,74 Cité El cherifi ,Cne de Chlef	17
	SARL " Clinique El Hikma "	Sise ,zone différée , lots C , Cne de Chlef .	40
	SARL "Clinique Les Orangers "	Sise,zone differée , centre ville , Cne de Chlef .	19
	SARL " El Ihsène "	Sise, Cité el laimoune , Cne de Chlef	33
	SARL "Nessma Farah " .	Cité 500 Logt , Bensouna ,Cne Chlef	31
	5		<b>109</b>
Oum El Bouaghi	EURL" Clinique El Amir"	Sise, Route Sadrata ,Cne Ain El Beida .	16
	SARL " Clinique Cyprés"	Sise, Cité premier novembre, deuxième Cote , Cne Ain M'lila .	44
	SARL" Clinique El Kamel" .	Sise, Ain Kercha , Cne Ain Kercha.	26
	SARL " Clinique El Amel " .	Sise ,Cité El Amel , Cne Ain Beida .	24
	EURL " Clinique médicochirurgicale TAHIR Said" .	Sise, Cité El Amel , Cne Ain Beida .	13
	5		<b>123</b>
Batna	"Dr MILLES Djamel Eddine " <b>El Hayet</b> .	Sise,Lottissement Communal n° K26 M Groupe 2 place Sc -Cne Barika.	24
	EURL " Clinique Nazim" .	Sise,Lottissement Bouakal, Route de Tazoult , Cne de Batna	24
	SARL " Clinique El Ihssaniette " .	Sise,Cité Kachida ,Cne Batna .	20
	SARL " Mohamed El SADDEK " .	Sise, 67 Couloires Mohamed Boudiaf ,Route Tazoulte ,Cne Batna .	20
	Drs KADRI abdelhamid et Braka Abdelhafid " <b>Ibn Sina</b> .	Sise,Passage Mohamed Boudiaf, Route tazoult, Cne Batna .	40
	EURL " Clinique Taha " .	Sise,Route de Biskra, lot n°06 B, Cne Batna	18
	SARL " Clinique El djenina " .	Sise,Cité Bouakal 2 -Route de Tazoulte ,Cne Batna .	23
	SARL " Clinique Les Cèdres" .	Sise,Lot zenati, Cne Batna .	30
	EURL" Clinique de cardiologie ZAABOUB " .	Sise,Lotissement Bouakal, Route de Tazoult ,Cne Batna .	16
	EURL " Clinique Les Rosiers " .	Sise,Cité Kamouni n° 59, Cne Batna .	45
	10		<b>280</b>
Béjaia	SARL " Le Rameau D'olivier " .	Sise,Route des Aurès	71
	EURL "Clinique BELAID "	Sise, Lotissement communale n° 130/131 , Cne D'El Kseur.	16
	SARL"Clinique Dr Rachid BENMERAD "	Sise, Armeryou, Cne Béjaia.	17
	SARL "Clinique El Hadj Alaoua " <b>-Les Lilas-</b>	Sise, Cité Remla Ighil Ouazoug , Cne Remla .	40
	Dr HAMANI Farid	Sise, Lotissement Sidi Ali Oucheddad ,Cne d'Akbou	25

	5				215
Biskra	SARL "Clinique ERRAZI "	Sise ,Cité El Moudjahidine, Cne Biskra .			15
	"Clinique médicochirurgicale EL ALia " <b>Ibn Nafaa</b>	Sise, Route Chetma zone o uest ,Cne Biskra .			21
	EURL Clinique la palmeraie	Sise,Cité Beni Morah n° 40 1 ,Cne Biskra .			28
fin de copie	3				64
Blida	" Société à Action Clinique Amina"	Sise, Zone est ,Cne Cheffa .			40
	SARL " Clinique ZOULIKHA"	Sise, Rue KHALED Bey n° 02 ,Cne Blida .			17
	SARL "Clinique Dr RAHAL "	Sise , Lottissement El ziat n° 28 ,Cne Blida .			23
	SARL "Centre de radiothérapie oncologie "	Sise, Rue 29 n°10 ,Cne Ouled Aich .			15
	SARL "Clinique Médicochirurgicale SARAH "	Sise, Rue, 11 décembre 1960,Cne Blida .			31
	5				149
Bouira	SARL "Clinique médicochirurgicale Ibn Sina -SOMEDCHI- "	Sise, Nouvelle cité n° 02 ,Cne Bouira .			48
	SARL "Clinique centrale Bouira "	Sise, Cité ZAMOUR Mohamed Arab ,Cne Bouira .			17
	SARL " Clinique Lalla Khadidja "	Sise, Extension Kaddat ,Cne Bouira .			21
	EURL "Clinique Hironnelle "	Sise,Cité 1100 logts ,Cne Bouira .			20
	3				86
Tébessa	Dr HAMZA Toufik et HAMZA Mohamed Se ghir .	Sise, Rue Oued El Nakes ,Cne Tébessa .			19
	EURL "El Ferdaous médicale et chirurgicale "	Sise, Cité yahia farès n°130 ,Cne Tébessa .			20
	"Dr AISSAOUI Abdelkader " <b>El Yasmine</b>	Sise, Route Rocard ,Cne Tébessa .			14
	3				53
Tlemcen	SARL" Clinique El chifaa Ibn Sina maghnia "	Cité Azzouni Rue N° 02 Lot 243 Cne Maghnia .			25
	EURL" Clinique LAZOUNI "	Lot n° 15,Station Bus Imama , Cne Mansourah .			32
	SARL "Clinique Les Dahlias " .	Sis,El Kiffane Centre ,Lots 1,2 , Cne Tlemcen .			43
	SARL " Clinique El Hana " .	Sis,lot n° 525 Birouana sud , Cne Tlemcen .			15
	SARL "Clinique THABET " .	Lot N° 19 Birouana Nord ,Cne Tlemcen .			21
	Sc "Clinique de gynécologue et de pédiatrie Ben Habib "	Lotissement Hai El louz El Kiffane N° 752, Cne Tlemcen .			30
	Clinique Grand Bassin	Sis , n°03 Lot El Haridj , Grand Bassin, Cne Tlemcen .			22
	7				210
Tiaret	SARL" Médicomaghreb " <b>Ibn Sina</b> .	Sis,Rue Les frères Saadi ,Cne Tiaret .			30
	1				30
	EURL "Clinique chirurgicale Nord Afrique" .	Sis, Centre ville de Boghni , Cne Boghni .			24
	" Dr SLIMANA Alaoua" .	Sis, Quartier A nouvelle ville , Cne Tizi ousou .			45
	Dr Mohamed cherif Hamdad - <b>FARAH</b> .	Sis, lotissement Hamoutène , Cne Tizi ousou .			15

Tizi Ouzou	"L'Association Nationale des stomisés d'algerie " .	Sis, logements de fonction de l'école Mimoun,Cne Tizi Ouzou	22
	Dr BALLOUL Abdelaziz - <b>Les genêts</b> -	Sis, lot n°02 ,Hasnaoua , Cne Tizi ouzou .	18
	SARL "Clinique centrale Médiocoirurgicale de Tizi Ouzou " .	Avenue Abane Ramdane, Cne Tizi ouzou	58
	EURL " Clinique médiocoirurgicale El Djouher " .	Sis , Zone sud, Rue B,lot n° 12, n° 08, Cne Tizi ouzou	28
	SARL "Clinique Les Oliviers" .	Sis , place du stade du 1er novembre , Cne Tizi ouzou	22
	EURL " Clinique La Colombe " .	Sis ,Lottissement Touras n°02 , Cne Draa Ben Khadda.	18
	Dr MELBOUCY Abdelaziz .- <b>Les Amandiers</b> -	Sis ,Chaib , Cne Meklaa .	62
	SARL "Clinique Mahmoudi"	Sis ,Avenue KRIM Belkacem , Cne Tizi Ouzou .	
fin de copie	<b>11</b>		<b>312</b>
Alger	SARL "FECONDE " - <b>El Bordj</b> -.	Route de la plage ,Cne Bordj El Kiffane .	25
	Mme.CHOULI Fatma - <b>Les Orangers</b> .	Sise,05 Rue Ali Boumendjel , Cne Rouiba .	12
	SARL"Clinique PMA" -AHLEM	Sise,Rue El Mokrani Villa n° 01, Cne Ain taya .	17
	SARL" Clinique Diar ESSAADA ".	Sise, 100 Rue Abdelkader Diar Essaada ,Cne El Mouradia .	40
	SARL" Clinique Bologhine ".	Sise , 104 Avenue Abdelkader ziar ,Cne Bologhine .	17
	EURL "Clinique du Parc Miremont " .	Sise,Rue Miremont 192, Cité police ,Cne Bouzaréah .	21
	SARL "Clinique Parc Ben Omar ".	Sise, 06 chemin Mohamed rabia ,Cne Kouba .	11
	EURL "Clinique El Qods".	Sise ,16 Rue Icosium , Cne Hydra .	17
	EURL " Clinique SOLYNA ".	Sise , Lottissement Ahmed djillali n° 21 ,Cne Staouali .	15
	SARL " Clinique Les Sources " .	Sise, les sources, Cne Bir Mourad Rais .	16
	EURL" SIDI YAHIA " .	cité Said Hamdine 440 Logts Bt A1-Bir Mourad Rais,Cne Bir Mourad Rais	17
	SARL" Clinique Riffak El Feth Ouled Fayet ".	Sise, Zone d'équipement A n° 08 , Cne Ouled Fayet.	29
	SARL "Clinique Ibn Sina " .	Sise,Tamanfoust , Cne El Marsa .	62
	SARL "ENNAHDA ".	Sise,Coopérative Ennahda, lot n° 54 , Cne Birkhadem .	17
	SARL "Clinique Médiocoirurgicale LOTUS " .	Sise, Rue Les Orangers, n° 02 , Cne Rouiba .	26
	Mme HADJ MOKHTAR Foufa - <b>El Djazairia</b> .	Sise, 17 Rue Bab Azzoun , Cne Casbah .	17
	SARL" Ennadjah ".	Sise, Coopérative Ennadjah ,lot n° 38 , Cne Bir Khadem .	14
	SARL" Clinique Aya".	Sise, Coopérative el saddaka , n°52,Rue Zonka , Cne Bir Khadem .	21
	SARL "El Bassar Clinique Chifa" .	Sise, Zone d'activité, hauteurs de Hydra , Cne Hydra .	62
	SARL "Clinique Djiha Hana" .	Sise, 22 Rue Bouraada Aissa , Cne Réghaia .	23
SARL "ALLIANCE Médico chirurgicale " - EL AZHAR - .	Sise, 04 djennane achaibou , Cne Dely Brahim .	50	
"Dr ZIAD Abderahmane" - <b>CHAHRAZED</b> - .	Sise, Lot n° 04 Allioua Fodhil , Cne Chéraga .	48	
EURL " NEDJMA Clinique chirurgicale " .	Sise, Cité Ben Boulaid , Cne Bourouba .	24	
SARL "Clinique El Biar " .	Sise, 06 Rue Ouarou , Cne El Biar .	36	

	SARL" Clinique Les Lilas " .	Zone d'activité A les lots 61 ,62 63, 64, parc d'attraction,Said hamdine ,	25
	" EHP Cybéle Dr HADDAM Omar " .	Sise, 06 Rue Mohamed Ouazane ,Cne Borj El Kiffane	15
	<b>26</b>		<b>677</b>
Djelfa	"Dr LAHRECH HAMZA " -NAIL - .	cité 05 juillet , nouvelle djelfa, lotissement Maghreb Arabe lot n°02 Cne Djelf	20
	EURL Clinique Les Prairies	Sise, Lot n°189 , Rous Layoun , Cne Djelfa .	33
	<b>2</b>		<b>20</b>
Jijel	Ss"Clinique médicochirurgicale ES Salam Chebira et litim " .	Sis ,Rue Abdelhamid Ibn Badis , Cne El Milia .	20
	EURL "Clinique Chifaa " .	Sis ,Cité Zaamouche , Cne El Tahir .	32
	<b>2</b>		<b>52</b>
Setif	SARL" Clinique El Moncef " .	Sis,Lotissement FARIK chadli, lot n° 378, cité lararsa , rue n° 02 , Cne Sétif	49
	Mr.Radjah Saad	Sis, cité tilidjane lot n° 406, Cne Sétif .	20
	EURL " Clinique Chawki et Achwak "	Sis, Ain Sfiha n°17 , Cne Sétif .	23
	EURL " Clinique NABTI"	Sis,cité 20 Aout 1955 ,lot 186,Cne Sétif .	56
	EURL " ZEMMIT"	Sis, Coopérative El Ouffok, lot n° 10, Cne d'el Eulma .	31
	SARL" Ibn Sina Lahrech et Associés " .	Sis, Ain Oulmane , Cne Ain oulmane .	29
	SARL "Clinique El MAHABI "	Sis,Cité El Maabouda , Cne Sétif .	40
	SARL "Clinique du Cœur Sétif "	Cité , El Maabouda ,lot n° 83, Cne Setif .	26
	SARL "Clinique El Hidab EL Oulia "	Sis , la nouvelle zone urbaine, lotissement A n° 60, Cne Sétif .	30
	<b>9</b>		<b>304</b>
Saida	SARL"Clinique El Moughit " .	Sis,Route Nationale n°06 , Cne Ain El Hadjar SAIDA .	33
fin de copie	<b>1</b>		<b>33</b>
Skikda	SARL "Clinique ECH chems" .	Sis,Zone de dépôt Hammrouche Hamoudi , Cne Hammadi Karouma .	24
	SARL" Clinique Abou El Quassim " .	Sis, cité du 20 Aout 1955 , Cne SKIKDA .	33
	<b>2</b>		<b>57</b>
Sidi Bél Abbes	SARL "Clinique Les Rosiers " .	Sis, 09 Rue Bellaha Abbès, Cne Sidi Bel Abbès .	22
	Dr CHIALI Abdenour .	Sis, 03 Rue des frères BELAMRI , Cne Sidi Bel Abbes .	16
	<b>2</b>		<b>38</b>
Annaba	SARL"Clinique M-CH et cardiovasculaire ABOU MARWAN"	Sis, Plaine Ouest, Sidi Harb ,Cne Tlemcen .	66
	DRS .MESSERER Mohamed et KADIR Mohamed-EL AURASSI- .	Sis,17 Boulevard FELLAH Rachid ,Cne Annaba.	25
	SARL" Clinique Belle vue Elysa " .	Angle route de elysa seraidi, Boulevard Elysa ,Cne Annba .	31
	Clinique EL FARRABI .	Sis, 23 Rue Hacene Chaouch Mohamed Kamel , Cne Annaba .	43
	SARL "Clinique SEYBOUSSE " .	Sis, 65 Rue colonel Amirouche ,Cne Annaba .	20
	SARL "Clinique Les Jasmins " .	Sis, Cité Génisider , Oued Kouba , Cne Annaba .	30

	SARL "Clinique El DJAZAIR " .	Sis, Boulevard Amar Bouzid, Cité les peupliers 600 logements ,Cne Annaba	49
	SARL " Clinique Ibn Nafis " .	Sis, Route nationale n ° 44 , Cne Annaba .	44
	SARL " Clinique El Alia Djadida "	Sis, Cité Génisider , Oued Kouba , Cne Annaba .	20
	<b>9</b>		<b>308</b>
Guelma	"Société de solidarité Clinique CALAMA Et Compagnie " .	Sis, Cité Bara Lakhdar , Cne Guelma .	37
	SARL " Clinique Naim " .	Sis, Zone touristique , Cne Hammam El debagh .	23
	<b>2</b>		<b>60</b>
Constantine	EURL "Clinique El ANOUAR " .	Sis, 17 place Achouri mohamed surface el mansourah,	23
	SARL "SOMEDEX " -Mohamed El Mahdi-.	Sise, Cité des Muriers , Cne Constantine.	32
	SARL " Clinique RABIE frère BOURBIA " .	Sis, lot n° 214 zone induserielle el rimel ,Cne Constantine .	62
	"Dr . BENBOUHEDJA Sebti "- <b>Ibn Rochd-</b>	Sis, lotissement Abdel hafid Boussouf lot 02 n° 581 ,Cne Constantine .	32
	SARL" Clinique DJBEL EL OUAHCH " .	Sis, 76 Rue 11 décembre 1960, cité djbel el ouahch ,Cne Constantine .	23
	SARL "SOPREMED "- <b>NAOUFEL-</b> .	Sis, Groupe Belhadj Mustapha Ain el Bey ,Cne Constantine .	27
	EURL" Centre Anti Cancer de radiothérapie ATHENA " .	Sis, Zaouaki Ain El bey ,Cne Constantine .	36
	SARL "Clinique MASSINISSA " .	Sis,cité Soumaa 50 , partie 22 ,Cne El Kharoub .	34
	SARL " Clinique Dar El Chiffa " .	Sis, ZOUAGHI Yakoub Ain El Bey ,Cne Constantine .	36
	<b>9</b>		
Médéa	EURL "Clinique chirurgicale et obstétrique ESSAHL " .	Sis , Cité 20 Aout 1955, Cne Beni Slimane .	18
	<b>1</b>		<b>18</b>
Mostaganem	Dr KARA Mostapha - <b>EL HABIB</b> -.	Sise, la place du 01 novembre, Cne Mostaganem .	22
	SARL"Clinique Médico chirurgicale KHAROUBI " .	Sis,lot Medjahri A1 ,Cne Mostaganem .	17
	"Clinique EL Hayat Ben osmane " .	Sis, 05 Rue Ben Sayah Ghali , Cne Mostaganem .	24
	SARL"Clinique El KANADISSA " Ex: Les Castor .	Clinique El KANADISSA " .	20
	<b>4</b>		<b>83</b>
M'sila	SARL " Clinique Sidi Thameur " .	Sise,Cité 25 logts ,Route El djelfa , Cne bousaada.	16
	M.HADIBI Ali - <b>EL HABIB</b> - .	Sise ,Cité 20 Aout ,Route Biskra , Cne Bousaada .	21
	SARL" Clinique El Kalaa " .	Sise,Lotissement Sidi Ibrahim n° H-07-20 , Cne M'sila .	46
	EURL " Clinique El HODNA " .	Sise ,Cité El Allia Laid , Cne M'sila .	17
	<b>4</b>		<b>100</b>
Mascara	Clinique Meliani .	Sise,01 Rue Boufaden Makhtar , Cne Mascara .	70
	<b>1</b>		<b>70</b>
Ouargla	EURL " Clinique El Diyaa " .	Sis, Place armée liberation nationale , Cne Ouargla .	30
fin de copie	<b>1</b>		<b>30</b>

Oran	EURL "Clinique IMENE "	Sis ,Cité El Amir Abdelkader , lotissement El Mostakbel , Cne Bir El Djir .	13
	EURL "Clinique LOTFI "	Sis,Cité El Amir Abdelkader , lots 110 n° ; A 65, Cne Bir El Djir .	32
	SARL " KARRA Essania " .	Sise , Route Nationale n° 02 , Cne Essania .	78
	Clinique " Dr AMRAOUI Mohamed " .	Sise, Rue p n° 01 Cite othmania , Cne Oran .	15
	SARL " EN NADJAH " .	Zhun Istou , Cne Bir El DJIR .	45
	Clunique " Déddouche " .	Sise, 10 Avenue Bessaoud , Abdelhamid , Cne Oran .	20
	SARL" Le Caducée " .	Sise, Cité Khemisti , lotissement 233 lot , Cne Bir El Djir .	30
	EURL" Clinique Nekkache " .	Sise, Rond point Usto , Cne Oran .	15
	Clunique " El Hikma " .	Sise, 195 BD Mustapha Ben Boulaïd cité Khemisti , Cne Bir El Djir .	53
	Mm. BOUALEM Farida né HADJ Mokhtar -ELIAS-	Sise, 03 Rue 10 mètres, les castors , Cne Oran .	25
	SARL "Clinique ERRAHMANE " .	Sise, Bir El Djir , Cne Bir El Djir .	40
	Dr ZERHOUNI Djamel Eddine- <b>Les Palmiers</b> - .	Sise ,17 Rue Auguste valentin , Cne Oran .	17
	SARL" Clinique El Imane " .	Sise, 09 Rue boukhatem Ben Ahmed , Cité Es seddikia , Cne Oran .	23
	Clinique "Dr BEN MENSOUR Mohamed" .	Sise , Cité Ibn Rochd , Cne Oran .	23
	EURL "Clinique de neurologie EL ITIM " .	Sise, 08, Rue LAHMAR Djelloul Zaouyet El Amir Abdelkader , Cne El beria	8
	Drs RAHMOUNI Boumédiene et FELLAH Abdelkader - <b>Ibn Sina</b> - .	Sise, Coopérative El Menzel les palmiers , Cne Oran .	15
	SARL" Clinique Chélia " .	Sise , Cité Sidi M'hamed , Ibn Rochd , Cne Oran .	56
	Dr Mostapha Kara Mostapha	Sise, 116 Rue E I Nakib Hamri ,Cité El Saddikia , Cne Oran .	46
	Clinique Ben Serai	Sise, 55 Rue GRINE Belkacem , Cne Oran .	57
	SARL " Clinique d'optalmologie yousr El Bassar " .	Sis, Rue Bachir EL Brahimi , Zaouait Khiali Ben Salem Mohamed , Cne Ora	12
	SARL " Etablissement Sanitaire privé Cherrak El Ghosli " .	Sise, Cité El Khalidia , 22 Rue Tirman delmount , Cne Oran .	44
	SARL " Clinique EL MECHOUAR"	Sise, Cité Ibn Sina ,Avenue Sidi El Chahmi n° 44 , Cne Oran .	24
	Clinique "Abed "	Sise, 18 Avenue Cheikh Abdelkader Médiouni,Cne Oran	
	Mésserghine	Sise, Pont El ben ,Hai Bouamama Route N n°02 , Cne Msserghine	55
	<b>24</b>		<b>746</b>
B B A	SARL " Clinique Baksi Bourenene El Chiffa " .	Sis , El Yachir , Cne El Yachir .	54
	EURL " Errahmane " .	Sis ,n°95 A, Hai Logt 01 Novembre , Cne B B A .	26
	EURL" Clinique Zeraïbi " .	Sis , 03 Rue remach Hai 1008 logt , , Cne B B A .	30
	"Dr Akhrouf Boulouar " .	Sis , Route nationale n°05 , Cne Les Anasser .	30
	<b>4</b>		<b>140</b>
Boumerdes	SARL "Clinique Al Salam " -La Vert Colline- .	Sise , Cité 800 logs , Cne Boumerdes.	32
	<b>1</b>		<b>32</b>
El Oued	SARL "Clinique El Rymel " .	Sise, Belle Vue ,la Route de Biska , Cne El Oued .	19

		<b>1</b>			<b>19</b>
Khenchela	EURL "Clinique El Widad médicochirurgicale et d'obstétrique " .		Sise, 32 , lotissement Route El Azzaz , Cne Khenchela .		21
	Grande Clinique Mezdaouat .		Sise, Route Babar , Cne Khenchela .		56
		<b>2</b>			<b>77</b>
Souk Ahras	SARL "Clinique Ibn Sina " .		Sis, Route Nationale n° 42 , Cne Souk Ahras.		24
	SARL "Clinique El Manar " .		Sise, Lotissement Tarest n° 01 , Cne Souk Ahras.		20
		<b>2</b>			<b>44</b>
Tipaza	SARL "Clinique El Hasnaa " .		Sise, Route Morad , Cne Hadjout .		20
	SARL "Clinique Melissa " .		Sise, Sidi Rached , Cne Sidi Rached .		15
		<b>2</b>			<b>35</b>
Mila	SARL "Clinique El Afia " .		Sise, Cité El zaradeb , lotissement n° 08 , Cne Tedjnet .		27
		<b>1</b>			<b>27</b>
Ain Defla	SARL " Clinique El Ouancharis " .				30
		<b>1</b>			<b>30</b>
Ghardaia	Clinique "La Palmeraie".		Sise, 02 Rue MOUFDI Zakaria , Cne Ghardaia .		15
	SARL "Clinique des Oasis de diagnostique et de Soins " .		Sise, alignement la route nationale n° 01 , Bouhraoua , Cne Ghardaia .		90
	SARL " Clinique Ophtalmologie Etoile du Sud " .		Sise, cité El Moustadjeb , Cne Ghardaia .		22
	" Clinique Le GRAND SUD " .		Sise, Lotissement Metlili El Djadida Noumirate , Cne Metlili .		22
		<b>4</b>			<b>149</b>
					<b>5165</b>

**Décret exécutif n°07-321 du 10 chaabane 1428 correspondant au 22 octobre 2007 portant organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers privés**

Le Chef du Gouvernement,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2) ;

Vu l'ordonnance n° 75-58 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code civil; Vu l'ordonnance n° 75-59 du 26 septembre 1975, modifiée et complétée, portant code de commerce;

Vu la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983, modifiée et complétée, relative aux assurances sociales; Vu la loi n°84-10 du 11 juillet 1984, modifiée et complétée relative au service civil;

Vu la loi n° 85-05 du 16 février 1985, modifiée et complétée, relative à la protection et à la promotion de la santé ;

Vu la loi n° 90-31 du 4 décembre 1990 relative aux associations;

Vu la loi n° 90-33 du 25 décembre 1990 modifiée et complétée relative aux mutuelles sociales;

Vu la loi n° 91-08 du 27 avril 1991 relative à la profession d'expert comptable, de commissaire aux comptes et de comptable agréé;

Vu l'ordonnance n°95-07 du 23 Chaâbane 1415 correspondant au 25 février 1995, modifiée et complétée, relative aux assurances;

Vu l'ordonnance n° 03-03 du 19 Joumada El Oula 1424 correspondant au 19 juillet 2003 relative à la concurrence;

Vu le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988, modifié et complété, fixant les conditions de réalisation, d'ouverture et de fonctionnement des cliniques privées ;

Vu le décret présidentiel n° 07-172 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination du Chef du

Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 07-173 du 18 Joumada El Oula 1428 correspondant au 4 juin 2007 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 05-257 du 13 Joumada Ethania 1426 correspondant au 20 juillet 2005 portant modalités d'établissement de la nomenclature générale et de la tarification des actes professionnels des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux;

**Décète :**

**Article 1er :** Le présent décret a pour objet de fixer l'organisation et le fonctionnement des établissements hospitaliers privés, en

application des dispositions des articles 208 et 208bis de la loi n° 85-05 du 16 février 1985, susvisée.

**CHAPITRE I  
DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

**Article 2 :** L'établissement hospitalier privé est un établissement de soins et d'hospitalisation où s'exercent les activités de médecine, de chirurgie y compris la gynécologie et l'obstétrique et les

activités d'exploration. Il doit assurer au minimum, pour la ou les spécialités (s) exercée (s) les activités suivantes:

- la consultation ;
- l'exploration et le diagnostic ;
- les urgences médicales et / ou médicochirurgicales y compris le déchoquage, la réanimation et l'observation;

- l'hospitalisation.

**Article 3** : L'établissement hospitalier privé jouit de la personnalité morale. Il est placé sous la responsabilité effective et permanente d'un directeur technique médecin et est doté d'un comité médical.

**Article 4** : La capacité minimale de l'établissement hospitalier privé est fixée à sept (7) lits. **Article 5** : L'établissement hospitalier privé doit assurer un service permanent et continu. **Article 6** : L'établissement hospitalier privé est tenu de souscrire une assurance pour couvrir la responsabilité civile de l'établissement, de son personnel et de ses patients.

**Article 7** : L'établissement hospitalier privé doit être conforme aux conditions et normes architecturales, techniques et sanitaires fixées par la réglementation en vigueur.

## **CHAPITRE II**

### **CONDITIONS DE REALISATION ET D'OUVERTURE**

**Article 8** : La réalisation de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé, sur la base d'un dossier administratif et technique déposé auprès de la direction de wilaya chargée de la santé comportant, outre les pièces et documents requis pour la construction, les plans et la description détaillée du projet, le lieu d'implantation, les activités et les actes prévus. Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

**Article 9** : Le dossier administratif et technique prévu à l'article 8 ci-dessus, comporte les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- la copie des statuts de la personne morale,
- le titre de propriété ou tout autre document justifiant l'exploitation légale du bien immobilier, notamment l'acte de propriété ou le contrat de location,
- la fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales l'énoncé des activités détaillé, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, la capacité en lits, le plateau technique notamment les matériels relatifs à la radiologie, l'exploration fonctionnelle, l'imagerie et les équipements médicaux,

le rapport d'expertise établi par les services du contrôle technique de la construction ou par un bureau d'étude d'expertise

en bâtiment agréé dans le cas d'une structure existante, le plan de situation précisant l'emplacement et la délimitation du projet, le plan de masse (1/50) devant fournir toutes les indications nécessaires notamment les nivellement général en sol, les

bâtiments avoisinants, les voiries existantes, les parkings, les réseaux divers, les espaces verts, les plans détaillés des types de schéma d'hospitalisation (1/50), les plans détaillés des locaux destinés à la pratique chirurgicale (1/50), les coupes transversales et longitudinales, l'élévation des différentes façades.

**Article 10** : La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier administratif et technique et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné de l'avis motivé du directeur de la wilaya chargé de la santé, dans un délai n'excédant pas quarante-cinq (45) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

**Article 11** : Le ministre chargé se prononce sur la demande de réalisation dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de réception du dossier.

**Article 12** : Le promoteur dispose d'un délai de trois (3) ans à compter de la date de délivrance de l'autorisation pour réaliser son projet.

Ce délai peut être prorogé de deux (2) ans à la demande du promoteur sur la base d'éléments dûment justifiés.

A l'issue de la réalisation du projet, une décision de conformité est délivrée par la direction de wilaya chargée de la santé, au promoteur.

**Article 13 :** L'ouverture de l'établissement hospitalier privé est soumise à l'autorisation du ministre chargé de la santé sur la base d'un dossier déposé par le promoteur auprès de direction de wilaya chargée de la santé.

Un récépissé de dépôt est remis au promoteur.

**Article 14 :** Le dossier mentionné à l'article 13 ci-dessus, comprend les pièces suivantes :

- une demande de réalisation déposée par le promoteur auprès la direction de wilaya chargée de la santé territorialement compétente,
- un extrait de naissance du ou des promoteurs,
- un extrait du casier judiciaire du ou des promoteurs,
- un certificat de nationalité du ou des promoteurs,
- une fiche technique descriptive du projet comprenant : les spécialités médicales les activités détaillées, la capacité en lits, les locaux et surfaces affectés à chaque activité, le plateau technique prévu à l'article 9 ci-dessus,
- une copie de la décision d'autorisation de réalisation,
- une copie de la décision de conformité prévue à l'article 12 ci-dessus,
- le rapport d'approbation définitive des services de la protection civile,
- le rapport définitif du contrôle technique de la construction ou d'un bureau d'expertise de construction agréé,
- le rapport de conformité des installations électriques délivré par l'entreprise nationale d'agrèage et de contrôle technique,
- le rapport de conformité des installations radiologiques émettant des sources ionisantes délivré le commissariat à l'énergie atomique,
- le procès-verbal d'installation d'un incinérateur agréé par les services concernés de l'environnement ou à défaut, la copie de la convention établie avec un établissement public ou privé d'incinération, ou tout autre procédé de traitement des déchets hospitaliers agréé par le ministère chargé de la santé,
- les documents justifiants l'acquisition d'une ou plusieurs ambulances ou la copie de la convention établie avec un opérateur de transport sanitaire privé agréé,
- la copie de la convention établie avec le centre de transfusion sanguine de wilaya relative à l'approvisionnement en produits sanguins labiles,
- le dossier administratif du directeur technique,
- les dossiers administratifs du personnel médical et paramédical.

**Article 15 :** La direction de wilaya chargée de la santé procède à la vérification du dossier prévu à l'article 13 ci-dessus et le transmet au ministre chargé de la santé, accompagné du rapport de visite du directeur de wilaya chargé de la santé concerné mentionnant les observations et réserves éventuelles, dans un délai n'excédant pas trente jours (30) jours à compter de la date du dépôt du dossier.

**Article 16 :** Le ministre chargé de la santé se prononce sur la demande d'ouverture dans un délai de trente (30) jours à compter de la date du réception du dossier.

**Article 17 :** Les établissements hospitaliers privés peuvent disposer d'annexes où s'exercent les activités de consultation, dont les conditions de création et de fonctionnement sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 18 :** Tout changement de la destination ou suppression, des locaux ou des activités médicales, de l'établissement hospitalier privé est subordonné à l'autorisation expresse et préalable du ministre chargé de la santé.

**Article 19:** Les modalités d'organisation et de fonctionnement ainsi que les normes techniques et sanitaires des établissements de santé privés de type ambulatoire sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Article 20 :** L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un règlement intérieur.

## **CHAPITRE III**

### **ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT**

**Article 21** : L'organisation de l'établissement hospitalier privé est déterminée en fonction de la forme juridique prévue par son statut conformément à la législation en vigueur.

**Article 22** : Sous réserve des dispositions de l'article 21 ci-dessus l'établissement hospitalier privé, créé par les mutuelles et associations, conformément à la législation en vigueur, est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur.

**Article 23** : L'établissement peut être dirigé par le directeur technique médecin.

#### **Section I**

##### **Le conseil d'administration**

**Article 24** : Le conseil d'administration est composé :

- du ou des promoteurs de l'établissement hospitalier privé,
- d'un représentant de la caisse nationale des assurances des travailleurs salariés,
- du président du comité médical de l'établissement hospitalier privé,
- du représentant des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- de deux (2) représentants des associations des usagers,
- d'un représentant des praticiens médicaux, élu par ses pairs,
- d'un représentant des personnels paramédicaux, élu par ses pairs,

Les membres du conseil d'administration élisent en leur sein un président.

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

Le directeur assiste aux travaux du conseil d'administration avec voix consultative.

**Article 25** : Le conseil d'administration délibère notamment sur :

- les programmes de travail de l'établissement hospitalier privé ;
  - les projets de budget et des comtes de l'établissement hospitalier privé ;
  - les projets d'organisation interne et du règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé ;
  - les acquisitions des biens meubles et immeubles ;
  - les projets d'extension ou d'aménagement de l'établissement hospitalier privé ;
  - les programmes d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
  - l'acceptation ou le refus des dons et legs ;
  - le rapport annuel d'activité établi et présenté par le directeur technique de l'établissement hospitalier privé ;
  - toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement hospitalier privé ;
- Article 26** : Les règles de fonctionnement du conseil d'administration seront fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

##### **Section 2 Le directeur**

**Article 27** : Le directeur assurant la gestion de l'établissement hospitalier privé doit justifier d'une expérience professionnelle de cinq (5) années au moins.

**Article 28** : Le directeur est chargé d'assurer le bon fonctionnement de l'établissement hospitalier privé.

A ce titre, il a pour mission :

- d'exécuter les délibérations du conseil d'administration,
- de représenter l'établissement hospitalier privé devant la justice et dans tous les actes de la vie civile,

- d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de l'établissement hospitalier privé,
- d'assurer la gestion administrative et financière de l'établissement hospitalier privé,
- de préparer le budget et les comptes de l'établissement hospitalier privé,
- de faire assurer un service de garde,
- de mettre en oeuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière,
- de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'établissement, soit

adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient,

- de tenir un dossier médical pour chaque patient,
- de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration.
  
- d'organiser l'activité médicale et d'hospitalisation au sein de l'établissement hospitalier privé et en assurer le contrôle et le suivi,
- d'assurer de la présence permanente des praticiens médicaux et du personnel paramédical nécessaire à l'activité d'hospitalisation,
- d'assurer une gestion rigoureuse des médicaments conformément à la législation et à la réglementation en vigueur,
- de s'assurer du bon fonctionnement de la garde.

Il exerce en outre, les missions prévues aux articles 28, 30 et 32 du présent décret lorsqu'il assure la direction de l'établissement hospitalier privé.

**Article 30** : le directeur doit communiquer à la direction de la wilaya chargée de la santé la liste nominative, accompagnée des copies des titres et diplômes du personnel médical et des auxiliaires médicaux et du personnel administratif et technique assurant des activités dans l'établissement en précisant pour chacun, la spécialité assurée, la fonction exercée dans l'établissement et, le cas échéant, la position vis-à-vis du service civil.

**Article 31** : Tout changement de directeur doit être notifié à la direction de wilaya chargée de la santé, dans un délai de quinze (15) jours, par le responsable de l'établissement. Le remplaçant doit répondre aux mêmes conditions prévues à l'article 27, ci-dessus.

**Article 32** : Le directeur technique de l'établissement hospitalier privé doit transmettre un bilan d'activité trimestriel ainsi qu'un rapport annuel d'activité, à la direction de wilaya chargée de la santé.

### **Section 3**

#### **Le comité médical**

**Article 33** : Le comité médical est un organe consultatif qui a pour mission de donner un avis sur :

- les programmes d'activité de l'établissement hospitalier privé,
- les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux de l'établissement hospitalier privé,
- la création ou suppression de services médicaux au sein de l'établissement hospitalier privé,
- les programmes des manifestations scientifiques et techniques de l'établissement hospitalier privé,
- les conventions de formation de l'établissement hospitalier privé,
- l'évaluation des activités de soins et de formation de l'établissement hospitalier privé,

**Article 34** : Le comité médical comprend, outre le président :

- un praticien médical pour chaque spécialité au sein de l'établissement hospitalier privé ;
- un représentant du personnel paramédical désigné par le responsable de l'établissement hospitalier privé.

Le comité médical élit en son sein un président.

Le comité médical peut faire appel à toute autre personne susceptible de l'aider dans ses travaux.

**Article 35** : Les règles de fonctionnement du comité médical sont fixées dans le règlement intérieur de l'établissement hospitalier privé.

## **CHAPITRE IV**

### **DISPOSITIONS FINANCIERES**

**Article 36** : L'établissement hospitalier privé doit disposer d'un budget propre

**Article 37** : Le budget de l'établissement hospitalier privé comprend un titre de recettes et un titre de dépenses.

#### **Au titre des recettes :**

- les ressources propres,
- les dons et legs
- les recettes provenant de ses activités et prestations,
- les contributions éventuelles de toute nature éventuellement.

#### **Au titre des dépenses :**

- les dépenses de fonctionnement,
- les dépenses d'équipement,
- toutes dépenses nécessaires à la réalisation de ses missions.

**Articles 38** : La comptabilité de l'établissement hospitalier privé est tenue en la forme commerciale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

**Article 39** : Le contrôle financier de l'établissement hospitalier privé est assuré par un commissaire aux comptes conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

## **CHAPITRE V**

### **MODALITES DE CONTROLE**

**Article 40** : Sans préjudice des formes de contrôle prévues par la législation et la réglementation en vigueur, les établissements hospitaliers privés sont soumis au contrôle des services compétents relevant du ministère chargé de la santé **Article 41** : Le contrôle porte notamment sur :

- la qualité des prestations fournies,
- l'application des dispositions de la législation et de la réglementation en vigueur notamment en matière de normes, de gestion et d'hygiène hospitalière,
- le bon état de fonctionnement des services, des équipements et des matériels,
- la bonne gestion des produits pharmaceutiques,
- les conditions de sécurité des biens et des personnes.

**Article 42** : Les agents de contrôle sont tenus de consigner les insuffisances et manquements constatés sur un registre spécial coté et paraphé par le directeur de wilaya chargé de la santé , concerné. Ils établissent à ce sujet des procès-verbaux qu'ils transmettent aux services de santé concernés avec copie au responsable de l'établissement hospitalier privé.

**Article 43** : En cas de constatations de manquement à la législation et à la réglementation en vigueur, l'intéressé est mis en demeure et doit s'y conformer dans un délai n'excédant pas un (1) mois.

En cas d'inobservation de la mise en demeure, il encourt les sanctions administratives suivantes :

- la suspension de l'exercice de l'activité d'hospitalisation pendant une durée de deux (2) mois.
- La fermeture de l'établissement pendant une durée n'excédant pas trois (3) mois,
- Le retrait de l'autorisation d'ouverture de l'établissement hospitalier privé.

Les sanctions citées ci-dessus, sont prononcées par le ministre chargé de la santé, sur la base d'un rapport circonstancié, établi par les services compétents du ministère chargé de la santé.

## **CHAPITRE VI**

### **DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES**

**Article 44 :** Les cliniques privées dûment autorisées à exercer sont tenues de se conformer, dans un délai de deux (2) années, aux dispositions du présent décret à compter de la date de sa publication au journal officiel.

**Article 45 :** Toutes dispositions contraires sont abrogées notamment le décret n° 88-204 du 18 octobre 1988 susvisé.

**Article 46 :** le présent décret sera publié au journal officiel de la République algérienne démocratique et populaire.

**Fait à Alger, le 10 Chaoual 1428 correspondant au 22 octobre 2007.**

**Abdelaziz BELKHADEM**

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

### **Clinique Médico-Chirurgicale**

#### **Annexe à la circulaire n°70 MSP/DNOSS/SDEASPS du 15/02/1993**

Ce document est élaboré pour servir de guide et de référence à toute réalisation d'un projet de clinique chirurgicale.

Il comporte les recommandations élémentaires pour l'organisation des services des installations techniques et les normes de circulation en prévention aux risques de l'infection hospitalière et à la sécurité du malade.

Les prescriptions apportées dans cette annexe viennent compléter l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988 qui fixe à priori dans ses chapitres I et II les normes techniques sanitaires et les conditions de fonctionnement.

#### **Principes d'organisation des services**

Toute clinique doit, pour assurer un bon fonctionnement disposer des services suivants :

Service de consultations,

Service d'exploration et d'examen,

Service des urgences locales,

Service d'hospitalisation ou hébergement,

Service de chirurgie et (d'accouchement pour clinique gynéco-obstétrique), Service des moyens généraux et d'administration,

Une circulation hospitalière répondant aux conditions d'hygiène et de sécurité pour le personnel et le malade.

Chaque service devra répondre à l'organisation définie ci-après :

#### **Service d'accueil et de consultation :**

Comme il est de tradition dans les établissements sanitaires publics et privés, ce service permet d'accueillir, d'orienter et d'examiner le malade dans les meilleures conditions.

Il comprend : Un

hall d'entrée

Accueil et orientation - standard téléphonique

Attente hommes

Attente femmes

Cabinet de consultations en proportion aux spécialités et à la capacité de la clinique ainsi que pour les attentes

Des sanitaires hommes à 1 pour 10 personnes

Des sanitaires femmes à 1 pour 10 personnes

Un local de stockage pharmaceutique

Bureaux d'Administration

Circulation consultation.

La surface optimale pour un cabinet de consultation permettant au médecin d'accueillir le malade, de l'examiner et de lui prescrire un traitement dans de bonnes conditions est de 12 à 15 m<sup>2</sup>.

Tout cabinet de consultation doit comporter au moins : Un

lavabo

Un local pharmaceutique comprenant des rangements et un réfrigérateur

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

### **Service d'exploration :**

Ce service permet d'établir le diagnostic du malade, et le suivi de l'évolution de son état de santé.

Il comprend :

#### **Laboratoire :**

\* Pour les examens préliminaires

\* Des laboratoires d'option (stomatologie sémiologie) etc. éventuellement :

Les laboratoires sont aménagés dans les locaux destinés exclusivement à cet effet. Ils doivent être largement ventilés.

Tout laboratoire doit disposer d'un poste de douche.

Il est préférable de les implanter sur un même niveau que les éléments médicaux du plateau technique.

Les paillasses doivent avoir une profondeur de 60 cm avec bac-évier intégrés et rangements sous-paillasse.

Les revêtements ainsi que les joints entre les carreaux, doivent être réalisés avec des matériaux résistants aux acides, et aux agents chimiques. Il est de même pour les cuves et les cuvettes.

La robinetterie doit être spéciale "Laboratoire" fixée au mur, avec protection par plastification anti-acide.

L'alimentation sera uniquement en eau froide.

Quant le service d'examen et d'exploration est doté de plusieurs appareils de radiologie et laboratoires spécialisés, il y'a lieu de prévoir des espaces d'attente propres à ce service.

#### **Radiologie :**

Conformément à l'article 21 qui prévoit pour toute clinique, une installation fixe de radiodiagnostic réalisée conformément aux normes de protection contre les rayonnements ionisants. Les catégories de radiologie concernées sont : Catégorie A : Radioscopie seulement

Catégorie B - C : La radioscopie - Radiographie des membres organes thoraciques, des parties molles et de l'ensemble du squelette. Catégorie D : Ensemble des actes de radiodiagnostic

Catégorie E : Radiographie des dents et des arcades dentaires.

Catégorie F : Radiophotographie exclusivement.

Voici quelques indications pour la projection - les réserves techniques dépendront bien évidemment de la référence du matériel à acquérir.

Catégorie B et C : Elle comporte un générateur de rayon X dont les caractéristiques permettent :

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A

En radiographie : 60 à 100 KV et 15 à 200 m A Radiographie pulmonaire : 100 KV et 100 m A.

La superficie minimale exigée pour la salle est de 25 m<sup>2</sup>.

(déshabillloirs et chambres de développement non compris)

; Protection anti X - Plafond - Parois latérales.

Alimentation électrique monophasée 220 ou 380 V avec puissance 10 KVA instantanée.

En salle de chirurgie, les raccordements sont effectués par prise de courant de type 32 ampères ; mais il faudra veiller à ce que ce raccordement réseau ne dépasse pas une résistance apparente de 0,1 Ohm.

Catégorie D : Pour ce type d'appareils, les installations comportent un générateur à rayon X dont les caractéristiques permettent

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

En radioscopie : 60 à 90 KV et 0 à 5 m A.

En radiographie : 100 KV et 200 m A ou plus.

Pour la commodité de l'installation et en raison de l'encombrement du matériel, il est conseillé d'adopter des surfaces de l'ordre de 30 à 40 m<sup>2</sup>. Il existe 2 groupes d'installation de salles :

Les salles dites de "radiodiagnostic général" destinées aux examens viscéraux, pulmonaires, osseux, tomographiques, craniographiques peuvent avoir les mêmes volumes et les mêmes locaux satellites.

Les salles dites de "radiodiagnostic spécialisées" réservées aux examens vasculaires ou neurologiques nécessitent des surfaces supérieures et des locaux annexes différents.

**Catégorie F : Radiographie**

Les caractéristiques des générateurs à rayons X dans cette catégorie ne sont pas réglementées d'une façon générale. Ces générateurs sont choisis dans la gamme de la catégorie D - C à D supérieur à 200 m A. L'alimentation électrique: monophasé 220 ou 380 V.

Puissance : 20 KVA instantanée, elle peut être réduite à 1 KVA si le générateur est "à condensateur".

**Dispositions Architecturales :**

Toute salle destinée à la radiologie doit comporter un cabinet de déshabillage servant de sas d'entrée et de sortie.

Une chambre noire et une chambre claire. La surcharge d'exploitation est de 500 kg/m<sup>2</sup>.

Le service de radiologie est implanté de manière à permettre l'accès rapide à partir du bloc opératoire pour les personnes transportées. Il est isolé du service d'hospitalisation et d'hébergement.

En tout état de cause, la porte devra permettre l'accès d'un lit à la salle. La hauteur minimale pour toute salle de radiodiagnostic est de 3 m.

Le cabinet de déshabillage doit avoir une surface minimale de 1 m<sup>2</sup>.

De façon générale, nous rencontrons 2 ou 3 déshabilleurs par salle de radiologie. Pour les salles d'examen de l'appareil digestif et urinaire, la salle sera équipée entre autre d'un lavabo et d'un WC au côté du déshabilleur.

**La sécurité de la radioprotection et régie par :**

Le Décret n° 88-54 du 22 Mars 1988, portant création d'un centre radioprotection et de sûreté.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les méthodes de contrôle en matière d'utilisation des sources radioactives, et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites de doses annuelles d'exposition aux rayonnements ionisants.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 précisant les conditions d'utilisation des dosimètres individuels destinés au contrôle des équivalents de doses reçus par les travailleurs soumis aux risques d'exposition externe.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant la délimitation et la signalisation particulière des zones réglementaires et interdites.

Arrêté interministériel du 10 février 1988 portant classification des principes radionucléaires.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

Arrêté interministériel du 10 février 1988 fixant les limites dérivées de concentration dans l'air et les limites d'incorporation annuelles ainsi que les valeurs de facteurs de qualité et de délit de fluence des neutrons.

Arrêté du 10 février 1988 fixant les modalités de détention et d'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants à des fins médicales.

Décret n°86-132 du 27 mai 1986 fixant les règles de protection des travailleurs contre les risques de rayonnements ionisants ainsi que celles relatives au contrôle de la détention et de l'utilisation des substances radioactives et des appareils émettant des rayonnements ionisants.

Le service des urgences :

Conformément à l'article n°38 de l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988, où toute clinique assure un service de garde quotidienne interne pour les urgences locales.

Il doit permettre la prise en charge du malade, l'accueillir, l'examiner, le réanimer en cas de besoins et le mettre sous observation pour suivre l'évolution de son état de santé.

Son organisation doit tenir compte des recommandations suivantes : Il est placé à un niveau accessible de plein pied par voie mécanique

Il doit posséder un accès ambulance indépendant de l'accès principal.

Etre à proximité du monte-malade qui relie l'urgence au bloc opératoire quand ce dernier se trouve dans un étage supérieur.

Etre sur un même niveau que les services médicaux, de radiologie et du laboratoire pour bénéficier des prestations de ces derniers. Il est généralement composé :

d'une salle pour l'accueil et l'examen du malade ou salle de décochage dotée de moyens de réanimation.

Une salle d'observation pouvant contenir deux lits.

Une salle où peuvent être pratiqués les soins, le pansement et le plâtre.

Elle doit contenir des civières construites avec un matériau susceptible de laisser passer les rayons X, permettant d'effectuer le massage cardiaque et la mise du patient en position TRENDELENBURG.

Possibilité d'oxygénothérapie, et de respiration artificielle.

Possibilité d'aspiration et de drainage.

Possibilité de réanimation cardiaque.

Possibilité de réanimation et de thérapeutique anti-choc.

L'équipement médical nécessaire au diagnostic d'urgence.

La permanence médicale doit être assurée par un médecin ayant au moins deux ans de formation dans une des spécialités suivantes : Médecine-Interne, Chirurgie ou Anesthésie et Réanimation.

### **Service d'hospitalisation et d'hébergement**

Principes d'organisation du service d'hospitalisation :

La capacité de la clinique est dictée par l'article 5 du décret n°88-204 du 18 octobre 1988.

Les locaux à destination de chambres doivent avoir un sol imperméable, lavable à grande eau et aux désinfectants. Les murs et les cloisons sont enduits d'une peinture lavable, claire de préférence, le papier est exclu, à moins qu'il ne soit aussi lavable que la peinture elle-même.

Aucune chambre destinée à l'hospitalisation de malade ou à la maternité ne peut être installée dans un sous-sol ou un demi sous-sol.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

Les chambres d'hospitalisation doivent disposer d'une insolation suffisante égale à 2 heures par jour aux solstices d'hivers. Les ouvertures donnant complètement vers le nord sont à éviter.

Les lits seront métalliques munis d'une literie complète en bon état, ils seront disposés de préférence parallèlement aux façades.

Chaque lit doit être accessible des trois côtés (60 cm d'écart entre le dernier lit et le mur).

L'écart entre deux lits ne peut être inférieur à 1 m - celui du pied du lit au mur opposé de 1m 30 à 1m 80.

Le nombre de lits dans une même chambre ne peut excéder deux lits.

Les couloirs au niveau des services d'hospitalisation doivent être d'une largeur de 1m 80 au minimum, les portes larges de 1m10 afin de faciliter le passage d'un malade transporté sur chariot roulant, sur brancard à porteur, ou sur lit roulant.

Lorsque la clinique assure l'hospitalisation des deux sexes, les deux services doivent être séparés.

Les fenêtres doivent être dépourvues de doubles rideaux, et le sol de tous tapis pour éviter la prolifération de microbes.

Le confort acoustique nécessaire pour la chambre de malade est de 33 dB (A). Toute clinique doit disposer de deux chambres individuelles par quinze (15) lits pour l'isolement du malade en cas de contagion. Ces chambres disposant d'équipements sanitaires sont regroupées à l'extrémité du service pour faciliter l'isolement.

Les chambres auront une profondeur qui n'excède pas deux fois et demi la hauteur sous-linteau des fenêtres.

Chaque chambre doit :

Avoir une longueur de 6,60 m et une largeur de 3,60m (entre axe).

Etre éclairée par des fenêtres dont la surface ouvrante est au moins égale au sixième de la surface de la chambre. Cependant, pour les cliniques implantées dans les régions chaudes du pays (Sud). Les ouvertures doivent obéir aux prescriptions d'urbanisme qui régissent la région.

Posséder une aération permanente conçue de manière à fonctionner en toute saison sans occasionner de gêne aux malades.

Etre équipée de chauffage central.

Comporter un équipement sanitaire comprenant un WC et un lavabo occupant une surface nette de 1,50 m x 1,50 m, deux rangements encastrés. L'ensemble est situé à l'entrée de la chambre.

Etre dotée de l'éclairage électrique encastré dans des gaines tête de lit avec possibilité de mise en veilleuse pendant la nuit.

Etre équipée d'un système permettant d'alerter le personnel de service à partir de chaque lit (appel malade).

Chaque service d'hospitalisation doit comporter un office pour la distribution des repas chauds dans les chambres.

Il doit également disposer d'un local infirmerie pour les soins et la surveillance des malades. Celle-ci, recevra tous les appels malades sur un tableau visuel et sonore. Quand la clinique assure l'activité obstétricale, celle-ci doit être aménagée dans un service séparé comportant :

Une biberonnerie dans un local destiné exclusivement à cet effet. Une nurserie où sera éventuellement placé un incubateur.

Un petit local de lingerie permettant le stockage et la distribution du linge propre. Les superficies accordées pour chaque lit selon la spécialité sont :

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

10 m<sup>2</sup> pour un lit de chirurgie

12 m<sup>2</sup> pour un lit de maternité avec berceau 14 à

16 m<sup>2</sup> pour un lit de réanimation et réveil

7 à 8 m<sup>2</sup> pour un lit d'hospitalisation médicale (médecine interne, pédiatrie... etc.).

*Annexe : Aménagement des chambres - Arrêté du 22 octobre 1988* **Chambres hors catégories :**

1 lit pour le malade et éventuellement 1 lit pour l'accompagnant. Cabinet de toilette avec équipement sanitaire de première qualité. Eau chaude et eau froide.

Chauffage central et air conditionné.

Triple éclairage sur gaine tête de lit.

Téléviseur.

Téléphone.

Distribution d'oxygène par branchement sur système central.

Installation pour le vide.

Sonnerie d'appel lumineux et acoustique. Mobilier -

Lingerie et couvert de première qualité.

Disposition permettant de servir les repas chauds dans les chambres. Un placard pour les effets personnels du malade.

**Chambre 1ère catégorie :**

Une chambre à deux lits.

Un cabinet de toilettes avec équipement sanitaire de 1ère qualité eau chaude et froide.

Chauffage central.

Triple éclairage sur gaine tête de lit.

Téléviseur.

Téléphone.

Distribution d'oxygène par branchement sur système central

Sonnerie d'appels lumineux et acoustiques. Mobiliers, lingerie et couvert de 1ère qualité.

Un placard pour chaque malade pour effets personnels.

Dispositions permettant de servir les repas chauds dans les chambres.

*N.B. : Les chambres à 3 lits et plus dans les cliniques privées ne sont plus admises.*

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

### **Service de chirurgie et d'accouchement :**

#### **Prescription techniques du bloc opératoire :**

Toute organisation de l'activité chirurgicale doit obéir à un respect total des conditions de lutte anti-infectieuse, de la sécurité et du confort de l'opéré. Pour cela, la conception du bloc opératoire se justifie par le principe de l'asepsie progressive dont découlent les recommandations suivantes :

Le bloc opératoire (salles d'opération et annexes), doit être conçu dans une enceinte isolée et protégée du restant des services de l'ensemble hospitalier. Aménagé au rez de chaussée ou sur un autre niveau, il ne sera accessible que par le personnel du bloc.

Il est généralement organisé autour de 3 circulations :

Circulation propre sur laquelle donnent les accès aux boxes d'anesthésie, et à la salle de préparation des chirurgiens.

Circulation sale qui permet l'évacuation des déchets; du matériel souillé et du linge sale.

Circulation médicale qui dessert les bureaux et l'entrée des vestiaires.

Il y a lieu d'observer une faible distance à parcourir entre le bloc opératoire et le service de réanimation afin d'assurer une efficacité des soins intensifs.

Les sas successifs doivent permettre l'accès au bloc :

Pour le personnel : constitue par le vestiaire médical où est revêtue la tenue du bloc.

Pour le malade : Constitué par la salle de transfert ou d'anesthésie éventuellement. Cette salle doit pouvoir en outre permettre le passage de l'opéré sur le chariot du bloc (ce chariot devra être nettoyé et désinfecté après chaque usage).

Pour les chirurgiens : Constitués par le local de préparation terminale où est revêtus la tenue opératoire (ce sas peut desservir deux salles d'opération, il contiendra le lave-mains).

Tout bloc de chirurgie septique ou aseptique, doit être accompagné d'une salle de réveil avec deux lits et plus un lit au moins pour la réanimation. Cette salle doit être le plus possible vitrée pour améliorer la surveillance des post-opérés. Les couloirs doivent avoir une largeur minimale de 1m 80.

Les portes des salles d'opération, des salles de réveil, et des salles d'anesthésie par où transite le malade doivent être à double battant large d'au moins 1m 30.

L'acheminement du matériel de chirurgie dans le bloc opératoire doit être obligatoirement à sens unique, afin d'éviter la contamination en retour.

Il se définit à travers un couloir situé derrière les salles d'opérations, et dont le contact avec ces dernières (les salles) se fera par des guichets comme il est indiqué au point 15. Ce couloir servira à la récupération de l'instrumentation souillée, des pansements et linges sales, il comportera également un coin où sera installé le vidoir.

Les instruments sont lavés et désinfectés dans un local propre à cet effet. Ils passent ensuite à travers un guichet dans la salle de stérilisation où est installé l'autoclave à double face. Une fois stérilisés, ils sont récupérés de l'autre côté et rangés dans un local prévu pour le stockage du matériel stérilisé, qui se trouve dans l'enceinte propre du bloc.

#### **Prescriptions techniques pour les salles d'opération :**

Toute clinique et pour toutes spécialités confondues doit disposer obligatoirement : 2 salles d'opérations pour 15 à 30 lits d'hospitalisation.

3 salles d'opérations pour 60 lits d'hospitalisation.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

4 salles d'opérations pour 90 lits d'hospitalisation. La salle d'opération aura une forme carrée.

La surface minimale pour les salles d'opérations septique ou aseptique doit être de  $36 \text{ m}^2 = 6\text{m} \times 6\text{m}$  minimum + ou - 02%. Toute salle Inférieure à cette dimension se verra refusé l'agrément.

La superficie minimale pour des salles d'opération orthopédique, de cardio-vasculaire, et de neurologie doit être de  $45 \text{ m}^2$ .

Aucune fenêtre n'est admise dans la salle opératoire.

La hauteur nette sous-plafond pour le bloc doit être de 2m 80 à 3 m fini pour l'éclairage opératoire.

Les revêtements verticaux des locaux d'un bloc opératoire sont réalisés avec des matériaux de grandes surface afin d'éviter les joints. Ils doivent être lisses, résistants aux agents chimiques utilisés pour la désinfection, étanches et ne brûlent pas, ne dégagent pas de fumée en cas d'incendie. Le plâtre et le carrelage ne sont pas admis. Ces revêtements sont réalisés à base de :

Application d'un enduit polyréthone.

Ponçage.

Application de deux couches de peinture émail alkyde résistant à l'alcool et lessivable.

Les murs et les sols ne doivent pas comporter de joints.

Les angles des murs doivent être arrondis dans les salles d'opérations. L'enduit peinture doit être cellulosique, de couleur préférable bleu ou vert mat.

Les faux plafonds, quand ils sont réalisés doivent être lisses, étanches, résistants et de faibles transmissions acoustiques.

Les revêtements de sol antistatique doivent être résistants à l'eau, et aux agents chimiques, avoir une surface antidérapante, un comportement suffisant à l'usure et une qualité de confort correcte avec une résistivité de 500.000 OHMS.

L'ambiance sonore intérieure des salles d'opération est de 38 dB (A) avec une tolérance de mesure de  $\pm 2$  dB.

Des guichets doivent être prévus dans la salle d'opération pour l'évacuation du matériel sur le couloir technique côté sale. De préférence, ces guichets seront réalisés à double portillon, de façon à jouer le rôle de sas. Chaque salle d'opération sera pourvue de deux guichets.

Le premier : réservé aux instruments de 60 x 60 cm la partie basse, et située à  $\pm 90$  cm du sol fini.

Le second : situé en bas, et recevra les sacs fermés de linge, déchets et autres. Les armoires de rangements ne sont pas conseillées dans les salles d'opérations, il est plus intéressant de prévoir des surfaces pour ces rangements à l'extérieur de la salle d'opération mais non éloignées de cette dernière.

Il est très recommandé d'organiser et de distinguer les zones d'asepsie progressive par des symboles couleurs :

Rouge Sale

Jaune Infecté

Vert Propre

Bleu Stérile

Ainsi que l'enlèvement des linges et autres déchets à incinérer et mettre dans ses sacs portant la même couleur que celle énoncée ci - dessus.

Règles de sécurité pour l'installation technique d'électricité fluides - climatisation et éclairage dans le bloc : a avoir avec rigueur.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

Ventilation – Climatisation : La ventilation de la salle d'opération est fondamentalement asservie aux problèmes soulevés par l'aérobio- contamination. Les aspects impliqués sont :

La filtration de l'air

Le renouvellement de l'air

Le recyclage.

Pendant toute la durée des séances opératoires, l'atmosphère des salles d'opération et des salles d'anesthésie doit recevoir un apport d'air neuf ou partiellement recyclé au régime minimal de douze fois par heure le volume de chaque salle avec un minimum de 50 m<sup>3</sup> par heure, par personne susceptible d'être présente dans la salle. Ce régime ne doit jamais dépasser le seuil de quinze (15) fois le volume de la salle. L'apport d'air recyclé doit être prélevé uniquement dans la salle traitée.

Le renouvellement d'air est obtenu avec un appareil à ventilation sous UV et filtre absolu de 0,5 U, un recyclage d'air et un degré hygrométrique par vapeur de 50 à 60% sous une température de 21°C + ou -1°. Rappelons qu'en ce qui concerne les établissements hospitaliers installés dans les régions chaudes du pays (Sud) ou les variations de températures sont très élevées. Il est recommandé de prendre les dispositions nécessaires dès conception du bloc opératoire pour assurer des paliers de températures suffisants entre celle de l'extérieur de l'ordre de 45° et 50°, et celle du bloc de 21° afin d'éviter les chocs thermiques.

Les gaines de soufflage sont de type plafonnier réalisées à 30 cm au dessous du plafond, alors que celles prévues pour la récupération se situent à 30 cm en dessus du sol.

Pour des raisons d'hygiène, les radiateurs ne sont pas admis dans les salles d'opération. Ils sont toujours installés dans les locaux annexes.

Electricité et sécurité électrique du malade et des chirurgiens :

Ce qui particularise l'installation électrique d'un bloc opératoire, ce sont les dispositions de sécurité, et de prévention dont il doit être équipé pour éviter d'être à l'origine d'explosion, d'électrocution, de parasite; et lui permettre de poursuivre l'essentiel de son action dans diverses hypothèses de pannes courantes. De ce fait, toutes les prises électriques doivent être reliées à une terre électrique.

Le sol antistatique quand à lui; est relié à la terre mécanique du bâtiment et l'ensemble est raccordé à l'armoire de protection des équipements du bloc opératoire laquelle est composée de :

Un disjoncteur de 60 A

Un transformateur d'isolement de 10 KVA

Une protection individualisée pour chaque appareil en fonction de l'ampérage Un disjoncteur différentiel de 30 A pour prise antidéflagrante

Un contrôleur vigile Ohm pour les défauts de terre avec voyant et signal sonore Une barrette de terre de 500 Ohm.

Eclairage de secours :

Afin de palier à toutes éventualités et afin d'assurer toute la sécurité aux malades; une clinique doit être dotée de deux groupes

électrogènes de secours d'une puissance suffisante afin d'alimenter toute la clinique en courant alternatif.

Ces groupes électrogènes doivent être reliés de façon à ce que le premier se déclenche quand une coupure de courant du secteur intervient. Et le deuxième groupe se déclenche si le 1er groupe électrogène est défaillant. Ce genre

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

d'équipement nécessite énormément d'entretien, afin d'être efficace lors des coupures d'électricité.

Il est recommandé de les faire tourner à vide une fois par semaine pendant 1/2 heure. En additif à ces deux groupes électrogènes, un éclairage de secours opératoire d'une autonomie de deux heures (Scialytique à batterie) est obligatoire. A l'intérieur de la salle :

Sur le mur côté unité technique, seront réalisés à 30 cm du sol, et dans l'axe de la salle trois prises antidéflagrante :

deux prises de 16 A

une prise de 32 A.

Sur le mur opposé, et toujours dans l'axe de la salle à 30 cm du sol sont installées trois prises électriques normales :

deux prises de 16 A

une prise de 32 A.

Aucune canalisation étrangère au service opératoire (d'électricité de chauffage, de fluides ... etc.) ne doit le traverser.

Les courants faibles :

Téléphone

Alarme technique

Interphone (recherche personne avec installation d'un émetteur V.H.F).

Musique sonorisation en option

Pendule murale

Télévision Appel

malade.

Toute autre mesure est assujettie à une étude spécialisée.

L'éclairage : Les besoins de la salle d'opération sont de deux types

: L'éclairage du champ opératoire

L'éclairage d'ambiance.

L'éclairage opératoire :

La lampe opératoire est une des pièces fondamentales de l'équipement de la salle. Le modèle le plus courant est celui du Scialytique situé dans l'axe de la salle et ayant une luminosité de 100.000 lux à 130.000 lux. La résistance du plafond est subordonnée au poids du Scialytique, ex : pour un poids brut de 190 kg il faut une résistance au plafond de 350 kg/m<sup>2</sup>.

La prise de courant alimentant la radio mobile doit être située à plus de 1 m 60 du sol et comportant l'inscription : "réservée exclusivement à l'appareil de radiologie". L'éclairage d'ambiance :

L'éclairage d'ambiance de la salle d'opération doit permettre au chirurgien qui lève les yeux du champ opératoire, d'observer le plateau d'instruments, de lire une mesure sur un cadran... etc. En général, l'intensité du flux lumineux est de 1.000 à 10.000 lux.

Fluides médicaux :

La pression de l'air comprimé dans les réseaux du bloc opératoire est de 3,5 à 4,5 bars. On prévoit entre autre, une évacuation de gaz anesthésiant le local pour éviter les risques des malformations congénitales pour les anesthésistes travaillant dans le bloc.

Principe d'aménagement d'un bloc accouchement :

Pour les cliniques qui assurent l'activité obstétricale, il y a lieu de tenir compte des dispositions suivantes, en complément aux articles 14-16-17-18 et 19 de l'arrêté interministériel du 22 octobre 1988.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

Le bloc accouchement est généralement implanté au rez de chaussée, dans des locaux complètement séparés des autres services de la clinique.

Il est pourvu d'un accès indépendant qui peut être des urgences, les familles seront dirigées à partir de l'entrée vers les salles d'attentes.

Il est disposé à proximité du bloc opératoire pour faire face à toute éventualité. Il est à proximité également du laboratoire.

Il disposera :

D'une salle de travail pour 15 lits

La superficie de la salle de travail est de 20 à 25 m<sup>2</sup> afin de permettre l'évolution du personnel autour de la future mère. Elle doit contenir :

2 postes de travail.

De deux chambres exceptant es de 14 m<sup>2</sup> comportant chacune un lit.

D'une observation néonatale avec boîte de réanimation ou est placé un incubateur ou une couveuse.

Services

généraux : Ils

regroupent :

La cuisine. La  
buanderie.

Les locaux techniques (groupe électrogène - fluides médicaux incinérateur. Le chauffage - climatisation.

Dépôt matériel.

Dépôt poubelles.

Réserve en eau potable.

Pour des raisons d'hygiène et de bruit, il est plus intéressant de regrouper ces locaux dans un bâtiment indépendant relié à la clinique par une circulation protégée et disposant d'un vestiaire pour le personnel.

La cuisine :

La superficie est calculée à raison d'1 m<sup>2</sup> par lit d'hospitalisation. Elle est accompagnée, de chambres froides pour la conservation des produits alimentaires périssables.

Elle comportera :

Un plan de cuisson et épluchage.

Une réserve avec chambre froide.

Dépôt ordure.

Une plonge.

Si la cuisine est implantée dans le même bâtiment que la clinique, elle doit être située de manière telle que les malades n'en éprouvent

pas de gêne, plus particulièrement sur le plan des odeurs. Elle doit également tenir compte des possibilités de transport.

En aucun cas, la cuisine ne peut servir de passage - vestiaire ou réfectoire. Les murs et le plafond doivent être couverts de matériaux lavables.

L'écoulement de l'eau sur le sol doit se réaliser facilement vers des avaloirs n'émettant pas d'odeurs.

Durant le transport, les repas doivent être protégés, soit emballés soit dans des chariots fermés destinés exclusivement à cet effet.

Il ne doit pas y avoir de communication directe entre les cuisines et les toilettes. La buanderie :

La superficie est calculée à raison d'un m<sup>2</sup> par lit.

Elle doit permettre de traiter sur 6 jours l'ensemble du linge de la clinique, la quantité du linge et de 3 kg/j/lit/.

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

La réception du linge sale et le circuit de distribution du linge propre doivent être soigneusement étudiés.

Elle est organisée en tenant compte des trois zones suivantes : Zone sale

Zone propre

Zone de couture et de stockage.

Zone sale :

machine à laver

stockage linge sale

transport interne

désinfection

bascule de ..... kg

des étagères murales.

Zone propre : sècheuse

repasseuse prince

tournante

chariot de linge pliage étagère murales

Zone de couture et de stockage de linge propre

: machine à coudre rayonnage pour le stockage. Chauffage -

climatisation :

L'ensemble des locaux de la clinique sera chauffé par radiateurs sauf le bloc opératoire et le bloc accouchement. Ces derniers doivent être climatisés l'été et l'hiver à des températures de 20°C et 25°C + 1°C. Les prises d'air extérieur doivent être fixées le plus haut possible au dessus du niveau du sol. Le minimum recommandé est de 2,50M au dessus du sol. Les entrées d'air doivent être placées à 7,50M minimum de toute bouche d'extraction, de cheminée... ect. La hauteur minimale recommandée pour les bouches d'extraction au dessus du plancher est de 75 mm.

Chambre mortuaire :

Elle comporte au moins 1 casier contenu dans une pièce ventilée de 12 m<sup>2</sup> de surface au minimum disposant d'un poste d'eau avec écoulement. Elle doit être entre-autre isolée de la partie accessible au public, et pourvue d'une sortie donnant sur l'extérieur de la clinique.

Réserve en eau potable :

Il y a lieu de prévoir une capacité d'eau en réserve de l'ordre de 350 à 400 litres/Jour/lit d'hospitalisation.

Une circulation hospitalière obéissant aux conditions d'hygiène et de sécurité

: Toute étude ou conception d'un établissement hospitalier doit bénéficier d'une considération particulière pour les circulations internes des services : Circulation du malade

Circulation du linge sale

Circulation du linge propre

Distribution des repas

Ramassage des détritrus

Ramassage des vaisselles usées

Circulation du matériel stérile/seringues/aiguilles... etc.

Circulation du matériel utilisé

Le transport vers la morgue

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

La circulation des visiteurs.

Centrale de production :

Oxygène :

Stockage de bouteilles avec rampes de branchement et dispositif inverseur assurant le passage automatique de la rampe en service à la rampe en réserve. Pression : 3,5 bars.

Vide : Réalisé à partir de deux ensembles motopompes avec réservoir tampon et tous organes de commande et de contrôle. De pression : 700 mm/Hg.

Prise rapides double clapet avec repérage.

Air comprimé : Produit par deux groupes identiques moto-compresseurs avec réservoir, dispositifs de filtration et tous organes de commandes et de contrôle qualité SEC 4

Protoxyde d'azote Stockage de bouteilles avec rampes et dispositif inverseur analogues à ceux prévus pour l'oxygène.

Distribution : Oxygène : Réseau primaire à 8 bars, réseau secondaires à 3,5 bars, chaque piquage sur le réseau primaire rejoindra un postede détente situé de préférence dans les bureaux de surveillants, alimentant les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires. Chaque piquage alimentera 25 prises maximum.

Vide : Le collecteur primaire d'aspiration rejoindra des postes d'isolement situés de préférence dans le bureau de surveillantes, à partir desquels seront alimentés les points d'utilisation par l'intermédiaire des réseaux secondaires. Chaque piquage alimentera 25 prises maximum. De pression aux points d'utilisation 700 mm/Hg. Air comprimé : Réseaux primaire et secondaire de conception analogues à ceux de l'oxygène. En aval de chaque poste de détente, il faut une filtration supplémentaire ramenant l'air distribué à chaque prise, à une qualité de type SEC 4.

Pression 6 à 7 bars pour le bloc opératoire 3,5 à 4,5 bars pour les autres locaux en fonction de l'appareillage.

Protoxyde d'azote : Réseaux primaire et secondaire de conception analogue à ceux de l'oxygène pression 3,5 bars, débit 15 litres/mn.

### **Annexe**

#### **Quelques indications supplémentaires**

Revêtement antistatique :

Le sol doit comporter un grillage métallique en feuilles de cuivres reliées par un conducteur de protection à l'ensemble equipotentiel. La résistance du sol mesurée doit être inférieure à 500.000 Ohms, il est réalisé par un organisme agréé. Le monte-malade :

La circulation verticale avec le bloc opératoire s'effectue par l'intermédiaire d'un monte-malade équipé d'une remise à rez de chaussée automatique afin de parier à toute urgence éventuelle.

Il aura la caractéristique d'avoir :

Une charge minimale de 1250 kg

Une vitesse de 0,4 à 0,5 m/s

Dimensions minimales de la gaine de 2m 10 x 2m 80.

L'incinérateur : Il est installé dans un local situé à proximité de la chaufferie avec une capacité horaire de destruction définie en proportion à l'activité chirurgicale. La cheminée doit être surélevée afin de ne pas intoxiquer les malades et les voisins. Il

## **Annexe 03 Les normes techniques et sanitaires d'un établissement hospitalier privé**

---

comporte un four avec une chambre de combustion et post-combustion entièrement briquetées. Le dépoussiérage se fera par voie sèche.

L'appel malade : le fonctionnement normal :

Le malade appelle en appuyant sur la poire tête de lit ce qui provoque :

Le clignotement lent du voyant du bloc de porte de sa chambre, du hublot rouge du couloir à côté de la porte de sa chambre, des hublots de balisage et du voyant rouge correspondant à sa chambre du pupitre de la salle de garde.

L'émission d'un signal sonore au pupitre de la salle de garde.

Le clignotement des voyants de présence infirmière des blocs portes et des hublots de couloir dans la salle en présence infirmière.

L'infirmière répond au appuyant sur le poussoir de tranquillisation du pupitre de la salle de garde ce qui provoque :

Le passage en feu fixe des voyants rouges, bloc de porte de sa chambre, un hublot rouge du couloir à côté de la porte de sa chambre des hublots de balisage et du voyant rouge correspondant à sa chambre au pupitre de la salle de garde.

L'infirmière appelée, entrant dans la chambre appelante, actionne l'interrupteur de bloc porte, ce qui provoque :

L'extinction des voyants rouges, bloc porte de sa chambre, du hublot de balisage et du voyant correspondant à sa chambre au pupitre de la salle de garde.

L'allumage des voyants blanc (présence), du bloc porte de chambre hublot blanc du couloir à côté de la porte de la chambre, des hublots de balisage et du voyant correspondant à la chambre au pupitre de la salle de garde.

Le passage en feu fixe des voyants blancs (présence), du bloc porte des chambres et des hublots de circulation en présence infirmière.

L'infirmière en sortant de la chambre appelante actionne une deuxième fois le bouton du bloc porte, ce qui a pour effet d'annuler la signalisation. En cas d'urgence l'émission sonore est à cadence rapide.

### **Spécifications - Technique des fluides médicaux :**

Les réseaux primaires et secondaires de tous les fluides médicaux seront en tubes cuivre qualité "gaz purs" ou " frigorifique" assemblés par brassage à l'argent. Robinetterie normalisée adaptée à la nature du gaz véhiculé. Prises normalisées à double clapet de retenue et raccord rapide.

Repérage des tuyauteries aux teintes conventionnelles.

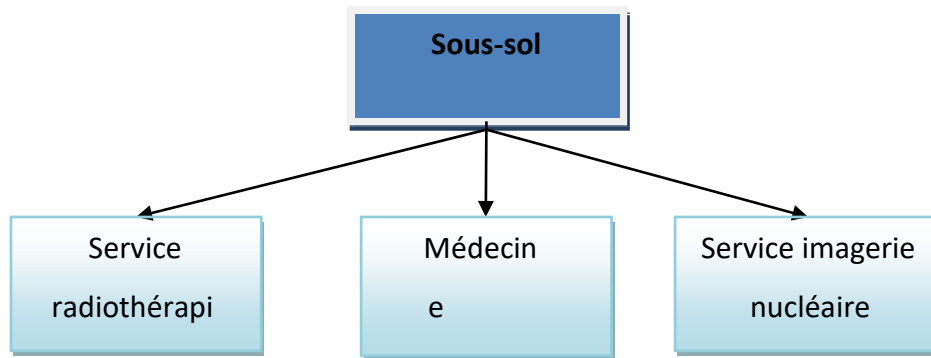
### **Quelques références pour le concepteur :**

Les surcharges d'exploitation pour une clinique (statiques et dynamiques en Kg par m<sup>2</sup> de surface.

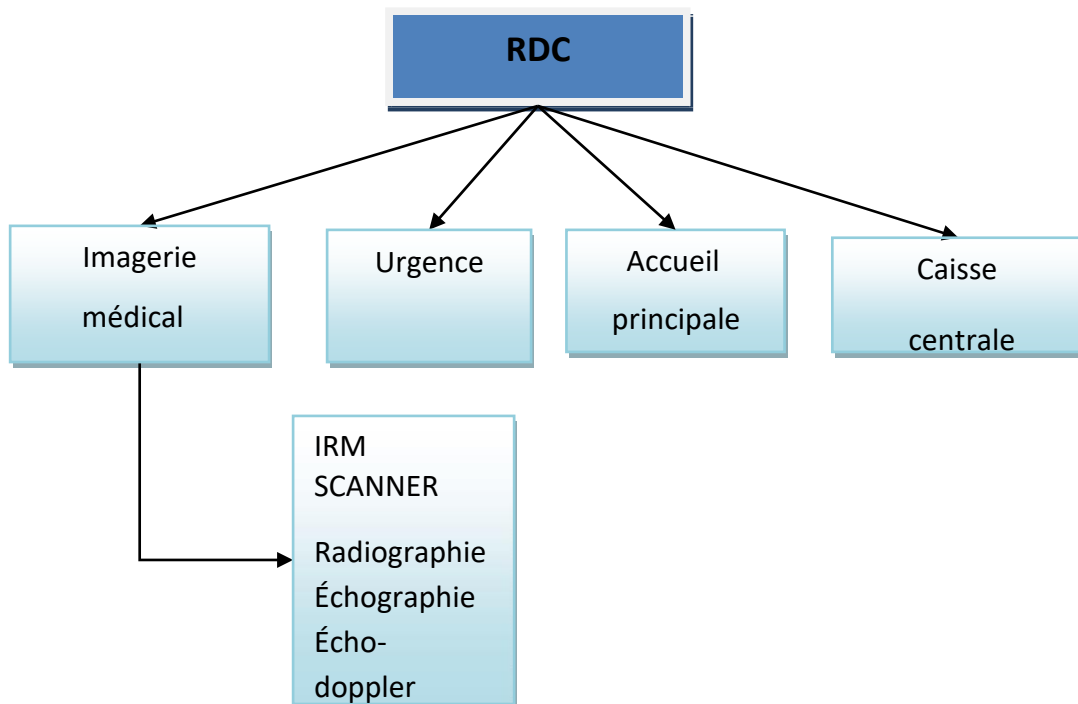
DTR - BC 22.Sécurité incendie. Décret n°76-36 du 20/02/1976, relatif à la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. Type "U" 4ème catégorie.

Sécurité incendie : Décret n°76-36 du 20/02/1976, relatif à la sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.Type "U" 4ème catégorie.

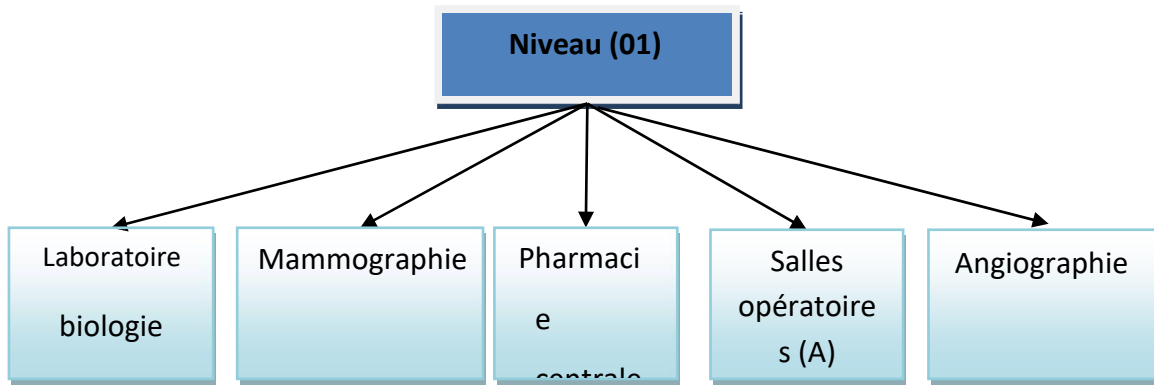
## Niveau (-01) (sous-sol)



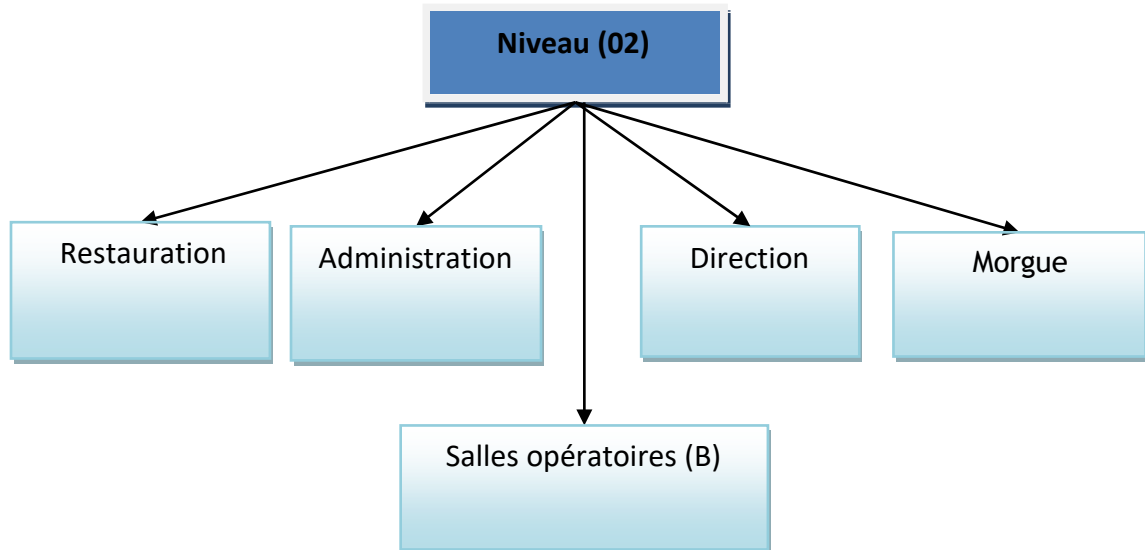
## Niveau (0) (Rez-de-chaussée)



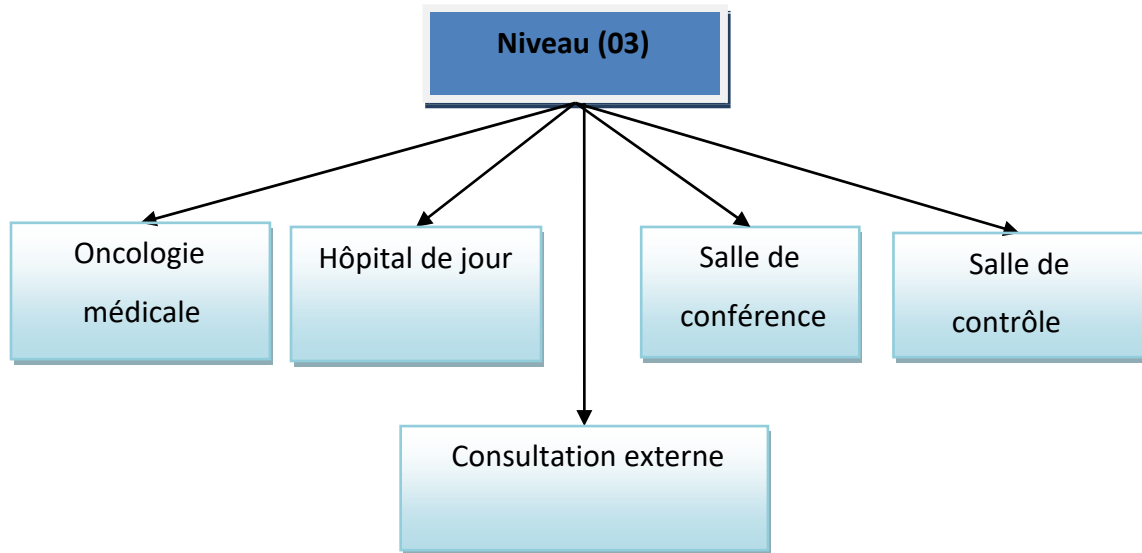
## Niveau (01)



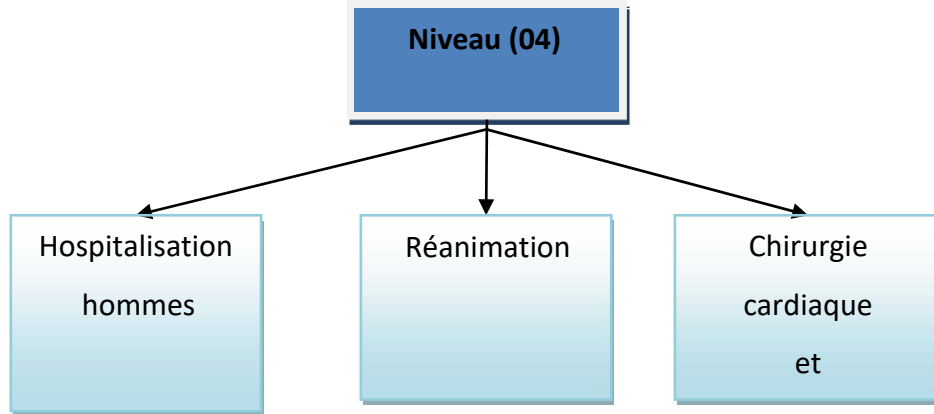
Niveau (02)



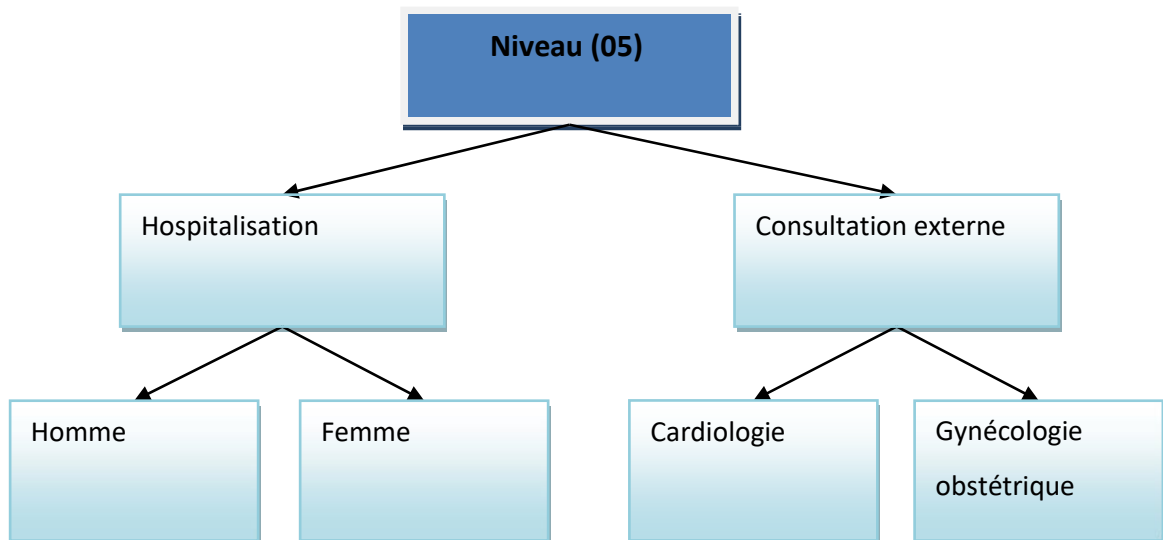
Niveau (03)



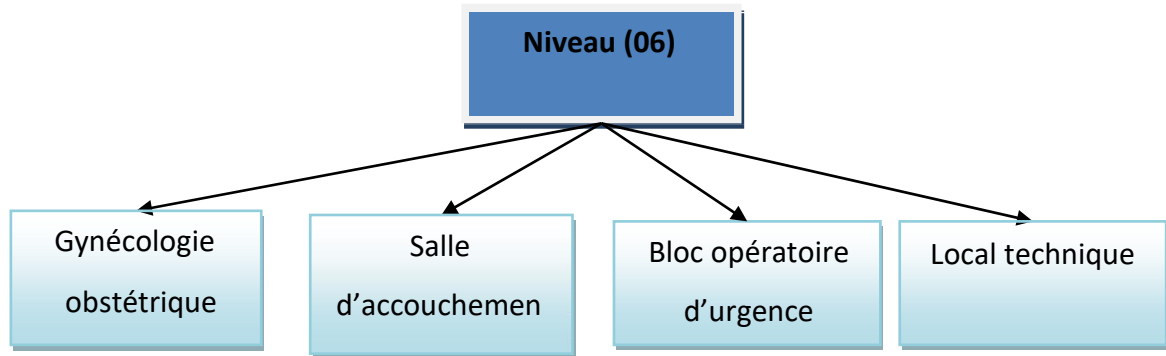
**Niveau (04)**



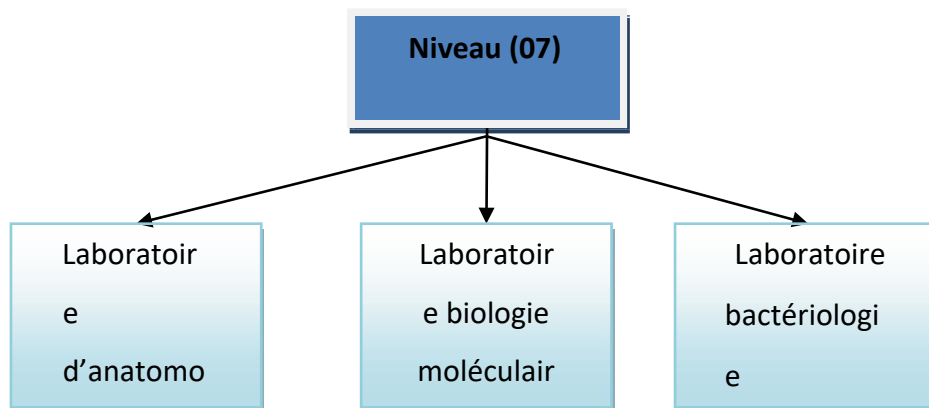
**Niveau (05)**



## Niveau (06)



## Niveau (07)



Source : Exploitation des données de l'HCM

CT-simulateur,



accélérateurs



PET-SCAN



IRM 3T



Scanner CT



Mammographie



Échographie



Radio standard



OSTEODENSITOMETRIE



Gamma-caméra









Annexe n°9 : Département d'analyses médicales





# **Table des matières**

# Table des matières

---

## Table des matières

Remerciement

Dédicaces

Liste des abréviations

Sommaires

Résumé

Introduction générale..... 1

**Chapitre I : Généralité sur le système de santé En Algérie ..... 6**

Introduction ..... 7

Section 01 : Présentation du système de santé ..... 8

1.1. Définition d'un système de santé ..... 8

1.2. Objectif de système de santé ..... 9

1.3. Aperçu historique sur l'évolution du système de santé Algérien ..... 10

1.3.1. Les étapes d'évolution du système de santé en Algérie ..... 10

1.4. Organisation de système de santé aujourd'hui ..... 17

1.4.1. Organismes de sécurité sanitaire ..... 18

1.4.2. Organismes d'appui logistique..... 18

1.4.3. Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information..... 18

1.5. Ressource et offre de soin..... 19

1.5.1. Offre de soins en Algérie..... 20

1.6. Les infrastructures de soins de santé ..... 22

1.6.1. Les infrastructures hospitalières ..... 22

1.6.2. Les infrastructures extra-hospitalières..... 23

Section 02 : le cadre juridique du système de santé ..... 27

2.1. Période de 1974-1989: le code de santé publique et les premiers ajustements ..... 27

2.1.1. La loi n° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé ..... 27

2.2. La période : 1990 – 1999 : les deux premiers textes de réforme ..... 27

2.3. La période 1999 – à nos jours..... 28

2.3.1. L'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 : ..... 29

Section 03 : Les dysfonctionnements du système de santé algérien ..... 31

3.1. Les dysfonctionnements sur le plan d'organisation et les moyens matériels et humains..... 31

3.2. Les dysfonctionnements sur le plan de financement ..... 32

3.3. Les dysfonctionnements sur le plan de l'information ..... 32

# Table des matières

---

3.4.	Dysfonctionnements sur le plan de la formation.....	32
3.5.	Le Dysfonctionnement du secteur privé.....	33
	Conclusion.....	34
	<b>Chapitre II : La place du secteur privé dans la santé en Algérie.....</b>	<b>35</b>
	Introduction .....	36
	Section 01 : Aperçu sur le secteur privé en Algérie .....	37
1.1.	Le cadre réglementaire de secteur privé.....	37
1.1.1.	Emergence des cliniques privées.....	37
1.1.2.	Evolution de la législation.....	38
2.1.1	Les moyens techniques et humains .....	42
2.1.2	Les activités et localisations .....	42
2.1.3	Evolution de nombre de cliniques : 1990-2010.....	43
2.2	Motivations et stratégies des fondateurs des cliniques.....	46
2.2.1	Propriété et gouvernance des cliniques privées.....	46
2.2.2	Les motivations initiales des fondateurs.....	48
2.2.3	Motivations identifiées dans la littérature .....	48
2.2.4	Motivations propres aux professions médicales.....	49
2.2.5	Motivations mises en évidence par l'enquête : médecins.....	49
2.2.6	Motivations mises en évidence par l'enquête : investisseurs financiers.....	50
	Section 03 : L'investissement privé dans la wilaya de TIZI-OUZOU.....	51
3.1.	Evaluation de secteur privé de la santé dans la wilaya de TIZI-OUZOU .....	51
	Conclusion.....	53
	<b>Chapitre III : Illustration pratique à partir du Cas de l'hôpital HCM .....</b>	<b>54</b>
	Introduction .....	55
	Section 01 : Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	56
1.1.1.	Rappel de la problématique et des objectifs de recherche.....	56
1.1.2.	Méthodologie de recherche .....	58
1.1.3.	Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude.....	60
	Section 02 : Organisation et fonctionnement de l'HCM .....	63
2.1.	Organisation et gestion administrative du l'HCM.....	63
2.1.1.	Le conseil d'administration .....	63
2.1.2.	Organisation du personnel du l'HCM .....	64
2.1.3.	Organisation du l'HCM par département.....	67
	Section 03 : Etude et analyse de processus d'investissement du L'HCM.....	71

## Table des matières

---

3.1.	La procédure et le financement de projet d'investissement HCM .....	71
3.2.	Montage de dossier d'investissement de l'Hôpital HCM.....	72
3.2.1.	Présentation de l'agence nationale de développement et de l'investissement (ANDI) .....	72
3.3.	Le financement de l'investissement HCM (ANDI).....	73
3.3.1.	Phase réalisation (avantage de financement).....	73
3.3.2.	Phase d'exploitation (Avantage fiscaux).....	74
3.4.	Les contraintes rencontrées par l'investisseur de HCM au cours de son investissement .....	74
3.4.1.	Avant la réalisation de projet.....	75
3.4.2.	Après la réalisation de projet .....	75
	Conclusion.....	75
	Conclusion générale .....	76
	Bibliographie .....	76
	Liste des figures et des tableaux.....	76
	Annexes	
	Table des matières	