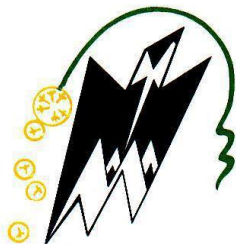


MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ MOULOUD MAMMÈRI DE TIZI-OUZOU -UMMTO-
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION
DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE GESTION



Mémoire

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLÔME DE MASTER EN SCIENCES DE GESTION

Spécialité : Management Public

Thème

Evaluation de la qualité du service hospitalier dans le
cadre de la nouvelle réforme hospitalière :

Cas de l'Établissement Public de Santé de Proximité
(EPSP) DE OUAGUENOUN

Réalisé par :

CHETOUANE Hakim
TAGUINE Flora

Sous la direction de :

Dr LAICHE Mohamed

Membres du jury :

-M. CHENANE Arezki
Président, Professeur, UMMTO
- Mme AMNACHE CHIKH Sabrina
Examinatrice, MCA, UMMTO
- M. LAICHE Mohamed
Docteur Rapporteur, MCA, UMMTO

Année universitaire 2021/2022

Remerciement

*Nous remercions Dieu le tout puissant qui nous a donné la
Volonté de mener à bien et à bout ce travail.*

*Toute notre reconnaissance et gratitude à notre encadreur
Monsieur **LAICHE Mohamed**, qui nous apporté durant notre travail
un
Énorme soutien, qui a été là durant notre dernière année universitaire
Qui nous a encadrés, dirigé et conseillé.*

*Nos vifs et sincères remerciements sont adressés à Monsieur,
CHERAIYOU
Directeur de l'Etablissement Public de Santé de Proximité **EPSP de
OUAGENOUN**
Monsieur, **El Haddad Rachid** chef des médecins,
La direction des services de santé « **DSD** » pour
Leurs aides et compréhensions, leurs disponibilités et pour nous avoir
permis d'accéder au
Sein de leur établissement pour mener notre étude.
Merci à tout le personnel qui nous a orienté et soutenu durant notre
stage
Merci pour leurs écoutes et leurs professionnalismes*

*Nous remercions également tous les enseignants qui nous ont aidés,
de prêt ou de loin,
Nos amis (es), notre famille et proches.*

Dédicace

*Je dédie ce travail particulièrement à mon très
cher père.*

Et surtout ma mère,

*Mon frères **Karim** et mes sœurs **Nacera** et **Samia**.*

Et je dédie aussi ce travail à

*Ma femme **Nacima**,*

*Mes deux filles et princesses adorées **Naila** et
Céline*

Et enfin mes cher(e)s ami(e)s et la famille entière.

Hakim

Dédicace

*Je dédie ce travail particulièrement à
Mon très cher père et surtout ma mère,
Mon frères **Said** et **Massinissa** Et ma sœurs
Djedgiga.*

*Et je dédie aussi ce travail à mon cher Mari
Achour,
Ma fille et princesse adorée **Lyana***

*Et enfin mes cher(e)s ami(e)s et la famille
entière.*

Flora

Liste des abréviations

- O.M.S** : Organisation Mondiale de la Santé.
P.P.P: Partenariats Public-Privé
S.P: Santé Publique
S.N.S : Santé Nationale Sociale
C.A.S.N.O.S : Caisse d'Assurance Sociale des Non-Salariés
C.N.A.S : Caisse Nationale Assurances Sociales
C.H.U : Centre Hospitalo-universitaire
D.N.S : Dépense Nationale de Santé
D.S.P: Direction de la Santé Publique
E.H : Etablissements Hospitaliers
E.H.S : Etablissements Hospitaliers Spécialisés
M.C : Médico-chirurgicales
M.S.P.R.H: Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière
E.H.P : Etablissements Hospitaliers Privés
E.P.H : Etablissements Publics Hospitaliers
E.P.S.P : Etablissements Publics De Santé Et De Proximité
O.R.L: Oto-rhino-laryngologies
S.S : Secteur Sanitaire

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Exemple de remboursement d'une ordonnance après application des trois outils de maîtrise de la demande (consultation chez un généraliste)

Tableau n° 2 : Exemple de remboursement d'une ordonnance après application des trois outils de maîtrise de la demande (consultation chez un spécialiste).

Tableau n° 3 : Evolution de l'indice de couverture médicale (Nombre d'habitants pour 1 praticien)

Tableau N° 4 : Questionnaire d'enquête sur l'âge des interrogés

Tableau N° 5 : Questionnaire sur Le choix de l'établissement

Tableau N° 6 : questionnaire sur l'Evolution et progrès de l'EPSP

Tableau N° 7 : Questionnaire sur les carences constatées par les patients

Liste des figures

Figure N°1 : Les outils de la maîtrise comptable en Algérie

Figure N° 2 : Evolution des effectifs des inscrits en graduation en sciences médicales

Figure N° 3 : Evolution des effectifs de diplômés de graduation en sciences médicales

Figure N° 4 : Evolution du montant du forfait hospitalier de 1974 à 2015 en milliers de dollars USD

Figure N° 5 : Les remboursements de médicaments effectués par la CNAS en Milliers de Dollars USD

Résumé

Nous assistons de nos jours à une grande évolution du monde de la santé, toutes fois, la question majeure dans toute structure ou établissement de soins concerne la qualité de la prise en charge, médicale qu'elle soit ou paramédicale, alors une évaluation de cette prise en charge est au cœur des objectifs de chaque structure de santé dans le seul objectif est d'évaluer, de qualifier, d'estimer la qualité de la prise en charge attribuée par cette structure

A travers une étude menée au niveau de de l'Etablissement Public de Santé de Proximité (EPSP) de OUAGUENOUN, sur la base de questionnaire et d'enquête de terrain auprès de 250 patients durant notre stage pratique, il nous a été permis de constater les appréciations des patients ainsi que leurs attentes du personnel soignant, ce qui nous a permis aussi en retour de faire une liaison entre les nouvelles réformes engagées par les acteurs de la santé et leurs retombées sur les structures sanitaires.

Des efforts tendent à moderniser la gestion et le management des hôpitaux, créer les conditions favorables tant pour les patients que pour les personnels de santé est devenu plus que jamais, un enjeu majeur et l'objectif est de créer une chaîne de valeur orientée vers les attentes implicites et explicites du patient et plus important d'aider une société à repenser son propre mode de gestion et à définir elle-même un modèle de gouvernance qui corresponde le mieux à ses propres défis.

Mot clés

Management, performance, mode de gestion, établissement public. réformes.

Abstract

We are currently witnessing a great evolution in the world of health, however, the major question in any structure or care establishment concerns the quality of care, whether medical or paramedical, so an evaluation of this care is at the heart of the objectives of each health structure with the sole objective of evaluating, qualifying and estimating the quality of the care provided by this structure

Through a study carried out at the the Public Health Establishment of Proximity (EPSP) of OUAGUENOUN, on the basis of questionnaire and field survey with 250 patients during our practical internship, we were able to observe the assessments of patients as well as their expectations of the nursing staff, which also allowed us in return to make a connection between the new reforms undertaken by the actors of health and their repercussions on the health structures.

Efforts tend to modernize the management and management of hospitals, creating favorable conditions for both patients and health personnel has become more than ever a major challenge and the objective is to create a value chain oriented towards implicit and explicit expectations of the patient and more importantly to help a society to rethink its own mode of management and to define itself a model of governance which best corresponds to its own challenges.

Keywords

Management, performance, mode of management, public institution. reforms.



Sommaire

Sommaire

Introduction générale.....	1.
----------------------------	----

Chapitre I : Evolution du secteur de la santé en Algérie

Introduction :	4.
Section I : Période de reconstruction d'un système de santé dévasté (1962-1992) :.....	4 .
Section II : Période de 1993 à 1995, Programmes de développement de la santé dans les établissements publics	11.
Section III : Période de 1995 à nos jours, réalités du système de santé Algérien et ses perspectives	13.
Conclusion.....	17.

Chapitre II : Le management hospitalier

Introduction	18.
Section I- Particularité et réflexion sur la gestion hospitalière.....	18.
1- L'hôpital, une organisation à part:.....	19.
2- La structure organisationnelle de l'hôpital :.....	20.
3- Notion de différenciation:.....	21.
4- Notion d'intégration	21.
Section II- L'hôpital, structure et organisation complexe :.....	22.
1- Complexité au sein d'un hôpital.....	22.
2- Caractéristique de fonctionnement d'un hôpital.....	22.
Section III- L'hôpital dans son environnement	23.
1- Spécificité de l'environnement hospitalier.....	26.
Section IV- Les instruments de régulation des dépenses de santé en Algérie.....	26.
1- La maîtrise comptable des dépenses de santé.....	27.
2- La maîtrise de la demande de soins.....	27.
3- La planification et la maîtrise de l'offre	30.
4- Evolution des dépenses de santé.....	33.
5- Les principales causes de l'accroissement des dépenses de santé.....	36.
Conclusion.....	37

Chapitre III : La réforme hospitalière

Sommaire

Introduction	39.
Section I- Cadre conceptuel de la réforme hospitalière.....	39.
1. Contexte de la réforme hospitalière.....	40.
2. But et objectif de la réforme hospitalière	41.
Section II : Les défis à relever par la réforme hospitalière.....	42.
1- Défis globaux résultant de la transition sanitaire et démographique qui constitue une tendance lourde et durable.....	42.
2- Des défis résultant de la mise en œuvre d'action de réforme antérieures.....	43.
3- Des défis qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire :.....	44.
4- Défis de la gouvernance ;	44.
5- Défis de l'organisation de l'offre de soins et de la répartition des ressources :.....	45.
6- Défi de l'intersectorialité.....	45.
7- Des défis liés aux menaces sanitaires.....	46.
7-3 Défi des maladies transversales connexes	47.
8- Défi de la ressource humaine	47.
9- Défi de l'introduction des nouvelles technologies en matière de santé.....	47.
10 Défi de la sécurité pharmaceutique et de la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité	48.
11 Défi de la sécurité des patients et la protection des professionnels de la santé vis-à-vis du risque infectieux en milieu de soins	48.
12 Défi du développement de la recherche en santé	49.
13 Défi de développement de la communication et de la participation communautaire :....	49 .
Section III : Mesures opérationnelles à court terme	49.
1- Mettre en place les outils de la réforme hospitalière et à préparer l'environnement.....	49.
2- Asseoir la mise en place de la couverture sanitaire universelle ; Une réforme structurelle fondamentale	53.
3- Une assurance nationale « SANTE » Principale source de financement du système national de santé, à travers « la caisse nationale santé »	54.
4- Améliorer la connaissance de la situation pour l'aide à la décision.....	54 .
Conclusion.....	55.

Sommaire

Chapitre IV : La qualité de service hospitalier au niveau de l'EPSP de

Ouaguenoun Introduction	56.
Section I : Présentation de l'organisme d'accueil « Etablissement Public de Santé de Proximité de Ouaguenoun.....	56.
1- L'organisme d'accueil , l'EPSP Ouaguenoun	56.
2- Description de l'organisme d'accueil :.....	57.
3- Missions et objectifs :.....	58.
Section II : Méthodologie de déroulement de l'enquête au sein de la Direction l' EPSP de Ouaguenoun.....	62
1- Définition de l'objet de l'enquête :.....	62.
2- Méthodologie de recueil des données :	62.
3- L'analyse des résultats des questionnaires destinés aux patient de l'EPSP :	63 .
Conclusion.....	67.



*Introduction
générale*

Introduction générale

La notion de santé est de nos jours directement liée au système de santé. On ne pourra parler de l'efficacité d'un système de santé sans parler d'indicateurs de santé, le fait de mesurer l'espérance de vie, la prévalence des maladies, leurs incidences, le taux de mortalité dans une population donnée, l'accessibilité aux soins, l'efficacité des soins... nous permet de juger de la prestation des services quant à la création de ressources, le financement et la gestion administrative, constituent les piliers de tout système de santé.

Chaque pays vise à avoir le meilleur système de santé possible, en améliorant les prestations de service sanitaire. Par conséquent, du coup une évaluation des différentes composantes de ce système est inévitable.

Par définition et selon l'organisation mondiale de la santé l'OMS

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité... ».

Elle occupe une place primordiale dans toutes les politiques des pays, elle fait même partie intégrante du débat politique des Nations Unis.

Les pouvoirs publics, notamment le ministère de la santé et de la réforme hospitalière fait l'objet d'une évaluation rigoureuse visant à optimiser la qualité de prestation de service aux patients, et la satisfaction de leur besoin.

Cette évaluation de la qualité des soins avec les notions de (satisfaction en termes de résultats de santé, d'efficience, et en termes de procédures et de contact humain au sein du système de santé) sont une composante intégrale de l'évaluation des soins.

Initialement, l'évaluation se limitait au quantitatif, généralement c'était les médicaments, contrairement à ces dernières décennies, les soins de santé notamment les soins médicaux et infirmiers ont adopté une approche plus centrée sur le patient. Depuis, il y a eu un intérêt croissant pour l'évaluation des variables qualitatives telles que la satisfaction des patients à l'égard des soins de santé.

Les données sur la satisfaction des patients représentent un indicateur clé de la qualité des soins et des traitements délivrés par les médecins, les infirmiers et l'hôpital en général, d'autant plus que ces dernières font référence aux exigences des normes **ISO 90012** version 2000, qui accordent une importance fondamentale à l'écoute et à la satisfaction du client.

En ce sens, l'avis des patients est primordial ; il reflète à la fois la qualité de ce qui est offert et dû par l'hôpital mais, témoigne également, des aspects relationnels et organisationnels. De ce fait.

Recueillir l'opinion des patients sur les soins et les services de santé dont ils bénéficient constitue un préalable à toute démarche cherchant à mieux gérer la qualité de la prestation.

Il est important de noter que la qualité des soins n'est pas une dimension facile à mesurer. De plus, le niveau optimal de qualité ne fait pas l'objet d'un consensus universel. La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc.

La situation s'annonce plus critique en Algérie, En effet, les conditions particulières de fonctionnement de nos services hospitaliers ne donnent pas souvent aux personnel hospitalier le meilleur climat permettant de prodiguer les meilleurs soins possibles et chacun des professionnels de santé a sa propre explication de la situation qui fait du patient la première

Introduction générale

Victime d'un ensemble de facteurs internes et externes qui influent sur la qualité des soins au sein de nos hôpitaux.

De ce fait, les acteurs dans le domaine de la santé ont adopté de nouvelles réformes visant à améliorer le quotidien du personnel affecté et surtout le principal souci, l'amélioration des conditions et des procédures en vue de la satisfaction des patients.

La problématique :

Le rôle principal des acteurs de la santé est la production de soins au niveau des infrastructures de santé, en l'occurrence les hôpitaux publics, les polycliniques et autres centres à vocation santé qui devient un sérieux problème managérial, ainsi le recours à de nouvelles méthodes et pratiques constitue un nouveau défi pour le management de la santé.

Le système de santé en Algérie souffre de plusieurs handicaps et dysfonctionnements, ces derniers influent considérablement de façon néfaste sur la qualité des soins rendus, la médiocrité de la prise en charge des malades ainsi que des maladies au niveau des centres de soins et hôpitaux publics a toujours été contestée par les citoyens vu leurs insuffisances en matière de rigueur et d'efficacité.

La liste des problèmes liés au management hospitalier s'avère interminable tels que les attentes interminables et les retards dans les interventions devant les urgences, manque de matériels, de médicaments, les erreurs médicales irréfutables...etc.

Malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics pour améliorer le secteur de la santé, les résultats s'avèrent toujours insuffisants et le secteur en question demeure toujours souffrant d'insuffisance et d'handicap, ce qui se traduit par le manque de satisfaction du citoyen ainsi que du patient dans les soins ou les services prodigués. Cela nous amène à poser les questions suivantes ;

- Quelle est la stratégie adoptée par les responsables du secteur de santé en termes de réformes, pour l'amélioration des performances managériales en vue d'une satisfaction des citoyens et des patients ?
- La nouvelle réforme hospitalière, procure-t-elle des améliorations ou des retombées positives sur la prestation hospitalière ?

Dans le cas de notre travail, nous nous intéressons au cas de l'EPSP de Ouaguenoun, ce qui nous amène à poser deux autres questions à savoir ;

- La population de la Daïra de Ouaguenoun reçoit-elle un service de santé de qualité et est-elle satisfaite des soins prodigués ?
- La satisfaction des citoyens ainsi que des patients est-elle au centre des préoccupations du management hospitalier pratiqué au sein de la structure de l'EPSP de Ouaguenoun ?

Méthodologie de recherche :

Pour effectuer ce travail, nous avons adopté une démarche descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques.

Introduction générale

Puis pour le cadre pratique de notre travail de recherche nous avons puisé diverses sources en exploitant des outils de collecte d'information qui consiste en la diffusion d'un questionnaire auprès des patients de l'EPSP de Ouaguenoun durant notre période de stage pratique.

Notre travail s'articulera autour de quatre chapitres :

Chapitre I : Evolution du secteur de la santé en Algérie ;

Depuis l'ordonnance du 1^{er} janvier 1974, l'Algérie s'est durement engagée dans une stratégie de développement originale, basé sur le principe de la « Médecine gratuite », à travers cette partie du travail de recherche nous traiterons l'évolution du secteur en question.

Chapitre II : Le management hospitalier ;

Les structures sanitaires nécessitent un management hospitalier performant, vue la complexité et la spécificité de leurs organisation, nous aborderons ainsi les aléas et les problèmes rencontrés au cours de la gestion de ces organismes en vue de mettre l'accent sur sa nécessité absolue.

Chapitre III : La réforme hospitalière en Algérie ;

Nous essayerons à travers ce chapitre de présenter le contexte ainsi que le cadre conceptuel de la nouvelle réforme hospitalière, ses objectifs ainsi que les multiples défis à relever par les acteurs du secteur de la santé,

Chapitre IV : La qualité du service hospitalier de l'EPSP de Ouaguenoun ;

Nous allons présenter en premier lieu l'organisme d'accueil à savoir « l'Etablissement Public de Santé de Proximité « EPSP » de Ouaguenoun »,

En deuxième lieu, nous parlerons de la méthodologie du travail, la présentation et l'analyse des résultats de la recherche à travers les réponses fournis, et en fin nous évaluerons la qualité du service hospitalier rendus et prodigué par les acteurs concernés.



CHAPITRE I :

*Evolution du secteur de la santé en
Algérie*

Introduction:

Le système de santé algérien à l'origine n'a pas été choisi et sa mise en place a eu lieu déjà durant la période coloniale. Après l'indépendance il a été tout simplement hérité dans sa fonction comme dans sa logique, lesquelles s'avère inadaptées aux besoins sanitaires réels de la population.

Le départ massif de la population d'origine européenne après l'indépendance a constitué une rupture supplémentaire et accablante pour l'organisation socio-économique de l'Algérie.

C'est dans ce contexte majeur que devait se mettre en place une politique de santé nécessaire dont l'évolution sera marquée par la volonté de l'Etat de prendre en charge les problèmes de santé de la population.

Une politique illuminée par des dates historiques marquantes, à la fois les circonstances accablantes de l'après-guerre ainsi que les divers vastes programmes intervenus dans le but de redresser la situation sanitaire.

Après diverses recherches, notamment des ouvrages de la bibliothèque, des thèses et mémoire existant au niveau de notre faculté ainsi que le support internet, nous sommes arrivés à dénombrer trois paliers composant l'évolution du système national de santé algérien, trois périodes qui s'étalent comme suit ;

- ✓ De 1962 à 1992, dite de reconstruction du système de santé,
- ✓ De 1993 à 1995, dite de vaste programme en matière de santé,
- ✓ De 1995 à nos jours. Reflète la situation réelle ainsi que les perspectives de l'Etat,

Section I : Période de reconstruction d'un système de santé dévasté (1962-1992) :

Une période qui sera abordée en trois phases ;

1- Phase de 1962 à 1974 :

Le premier état des lieux établi par le ministère de la Santé en 1966, qui concernait le personnel de santé, comptabilisait 1378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens-dentistes, dont 86 Algériens, et 4834 agents paramédicaux. Un effectif très réduit qui devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants. Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé sous l'ordre des pouvoirs de décision politique. ¹

La nationalisation des hydrocarbures, en 1972, a permis d'améliorer considérablement les revenus de l'État, qui va permettre en contre partie à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « *révolutions industrielle, agraire et culturelle* ». Dans divers domaines, en particulier celui de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques.

¹ Les politiques de santé (1962-2016) entre rente pétrolière et volontarisme populiste, [Chaoui Farid](#), Dans [Nous autres \(2016\)](#), pages 147 à 161

En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué, et la constitution de 1976 intègre trois orientations tracées par le principe de gratuité des soins, la massification de la profession médicale (plus de 1000 médecins formés par an) et l'importance accordée aux soins de santé était primaire.

Vues les indicateurs sanitaires d'après-guerre étaient au rouge, la malnutrition sévissait partout, la mortalité infantile était pratiquement de 180 pour mille. Les maladies à transmission hydrique (choléra, fièvre typhoïde) Les maladies contagieuses telles les tuberculoses pulmonaires sévissaient à l'état endémique et faisaient des ravages,

Afin d'affronter la situation et faire face à cette situation désastreuse, les pouvoirs publics de l'époque avaient, pris des décisions courageuses. La vaccination massive était rendue obligatoire pour tous les enfants, dans les écoles primaires, les cantines assuraient aux élevés une ration calorique suffisante leur permettant d'échapper à la malnutrition.

Face à cette situation, et en raison des ressources limitées, le ministre de la santé s'est alors fixé deux objectifs essentiels²

- ✓ La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) ;
- ✓ La lutte contre la mortalité et morbidité, dues aux maladies transmissibles, une période qui a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables,

Durant la même période, la production pharmaceutique, la fourniture de médicament rendue possible grâce à l'importation et la distribution de gros qui étaient assurées par des sociétés nationales (pharmacie centrale Algérienne –PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privés et public (agences de la PCA).

- **1963** : Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médical.
- **1964** : L'année est marquée par :
 - ✓ Décret n° 64-420 du 12 mai 1964 institut national de la santé et de la recherche médicale (anciennement institut national d'hygiène).
 - ✓ La création de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaire au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».
- **1965** : Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose, Mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966** : Instauration à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçants, dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaire. Vaccination de masse par le BCG³ chez les enfants.

²Ministre de la santé et de la population, *Développement du système national de santé stratégies et perspectives*, 2001, p.5.

³REMAL, Abdelkader, Etudiant Assistant Sociale a INFSPM d'Alger, *Système de santé en Algérie*. (27/04/2013). Disponible sur : <https://abdelkadirremal.wordpress.com>(consulté le 15/09/2022).

- ✓ Le ministre de la santé indiquait que le nombre de médecins était de 1378 dont 364 algériens et 4834 agents paramédicaux pour une population de 9 millions habitants⁴.
- ✓ Le décret 66-73 du 4 avril 1966 rattache les unités sanitaires aux établissements hospitaliers et esquisse une ébauche de solutions au problème de financement de ces structures⁵.
- **1969** : Décret rendant les vaccins obligatoire et gratuite. Création de la pharmacie centrale algérienne, dont le mandat assigné était d' « *assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques* ».
- **1972** : Vaccination de masse contre la poliomyélite par vaccin orale.
- **1973** : Marquée par deux changements très importants :
 - ✓ L'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins : sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'État algérien, mesure dite de *politique de médecine gratuite* : tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes dispensés aux assurés sociaux par les structures hospitalières. Ces enregistrements avaient pour but de permettre un financement des structures de soins par les caisses de sécurité sociale ;
 - ✓ La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire « *1000 médecins par an* » ont été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiants formés dans ces disciplines.⁶

2- Phase de 1974 à 1983 :

L'accès au soin en Algérie est rendu quasiment possible pour la majorité de la population grâce à la gratuité des soins instaurée en 1974, une mesure qui a levé, en grande partie, l'obstacle financier qui privait une large frange de la population, bien que toujours limité car des mesures complémentaires doivent être prises afin de lever définitivement cette entrave par l'aménagement de dispositions socio-économiques tendant à développer l'accès aux soins.

⁴MEBTOUL, Mohamed, *Le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*. (15/09/2012). Disponible sur : <https://www.djazairiess.com/fr> (consulté le 16/09/2022).

⁵Décret 63.73 du 04 Avril 1966 rattacher les unités sanitaires aux établissements hospitalier et esquisse uneébauche de solutions au problème de financement de ces structures.

⁶CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Système de santé au Maghreb*, In : Les systèmes de santé en Algérie, Marocet Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Etudes et analyses, Institut de prospective économique du monde méditerranéen. IPEMD, 2012, p.48.

A partir de cela et de ces mesures, la gratuité des soins et la protection de la santé du citoyen sont devenu des droits fondamentaux et de toute la communauté nationale, ils deviennent une obligation sociale de l'Etat auquel il incombe :

- ✓ De garantir l'accès aux services de santé pour tous les citoyens, et d'assurer une distribution démocratique des soins.
- ✓ D'élaborer un programme national de santé ou, mieux encore, un plan national de santé.
- ✓ De développer l'infrastructure sanitaire.
- ✓ De réorganiser les services de santé afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population.⁷

La médecine gratuite était rendue possible grâce aux mesures de démocratisation de l'accès à l'enseignement supérieur et aux facultés de médecine dès 1971, peu à peu la politique de santé a été officiellement comprise en termes de croissance de l'offre.

- **1975** : L'année est marquée par la programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption des normes suivantes :

- ✓ Un centre de santé pour 6 à 7 000 habitants,
- ✓ Une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants,
- ✓ Un hôpital par *daira*,
- ✓ Un hôpital par *wilaya*

La formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé. Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances ;

- La mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination (PEV) ;
- L'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire, l'État prend conscience du fait qu'il lui sera impossible de rémunérer l'ensemble des médecins exerçant dans le service public et cherche également à promouvoir une répartition équitable des personnels sur le territoire national. Il est donc institué un service civil obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, service civil dont la durée est variable en fonction du lieu d'affectation et au terme duquel les praticiens sont autorisés à s'installer pour pratiquer dans le secteur privé. Cette mesure a débouché à terme sur la constitution progressive d'un groupe de plus en plus aussi important des praticiens bien généralistes que spécialistes, exerçant dans le secteur privé.⁸
- **1976** : Le code de la santé publique s'inscrivait dans un contexte historique marqué par la nette volonté politique d'algérieniser tous les textes juridiques.⁹
- Vu l'ordonnance n°76-12 du 20 février 1976 portant création des centres-hôpital universitaire :
- Vu l'ordonnance n°76-35 du 16 avril 1976 portant organisation de l'éducation et de formation :

⁷Ministre de la santé, *le service de santé en Algérie situation et perspectives*, 1ere partie, 1979.

⁸CHAOUI, Farid, LOGROS, Michel, *op.cit.*, p.50.

⁹Ministre de la santé, *Projet de Loi relative à la protection et à la promotion de la santé*, 1983, p.2.

- ✓ Réforme des études médicales : Amélioration qualité de l'enseignement, renforcement de l'encadrement, grand nombre de praticiens médicaux (toutes spécialité).
 - ✓ Création d'un secteur sanitaire : pierre de l'organisation du SNS.¹⁰
 - ✓ Vu l'ordonnance n°76-79 du 23 octobre 1976 portant code de la santé publique ;
 - ✓ Vu l'ordonnance n°76-81 du 23 octobre 1976 portant code de l'éducation et sportive.¹¹
- **1979** : Il est créé par décret le *secteur sanitaire* et les *sous-secteurs sanitaires*, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement le volet administratif, a débouché sur le concept de *secteur sanitaire* qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau du quel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population.

Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se référaient certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés. Après la mort du président Boumediene.

- **1980** : Une nouvelle politique de développement sous le slogan « *pour une vie meilleure* ». Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant.
- **1983** : La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le *forfait hôpitaux*. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale pour payer les prix de journée et les actes dispensés aux patients assurés sociaux.

L'article 65 de cette loi stipule que « *Le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires est fixé par décret et est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre d'assurés sociaux* ». ¹²

3- Phase de 1983– 1992 ;

L'Algérie s'est dotée d'importantes infrastructures sanitaires, a acquis de nombreux équipements en plus de l'existence d'un potentiel médical et paramédical non négligeable. En effet, d'importantes ressources ont été déployées par l'Etat essentiellement à travers son

¹⁰L, CHACHOUA, *le système national de santé 1962 à nos jours*, In : colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.

¹¹Ministre de la santé et de la population, *Loi relative à la protection et à la promotion de la santé*, Agence nationale de documentation de la santé, ANDS, 1998, p.122.

¹²CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op. cit.*, p.50.

budget tout en faisant contribuer la sécurité sociale au financement du secteur de la santé suite à quoi, de bon résultat et des succès indéniables ont été enregistrés par la politique sanitaire suivie.

Cette dernière s'est traduite par une forte réduction de la mortalité et de la morbidité, En effet, le taux de mortalité infantile qui était de 150 enfants pour 1000 en 1960 a chuté de deux tiers (2/3) en 1995 avoisinant ainsi 54,8 enfants pour 1000, Par ailleurs, il y a éradication de certaines maladies comme le paludisme ainsi que la disparition du typhus depuis 1977.¹³

Étant donné que l'Etat ne pouvait plus employer tous ces médecins formés en grand nombre depuis les années 70. Contrainte de développer d'abord une médecine privée ambulatoire (cabinets médicaux et petites cliniques d'accouchement). Puis, à la fin des années 80, l'autorisation est donnée pour le développement de la médecine hospitalière privée (cliniques). D'importantes sommes sont investies (40 hôpitaux neufs sont mis en services) et une importation massive d'équipements lourds est décidée durant cette décennie. Mais d'une part ces investissements se sont faits dans la hâte, sans étude approfondie des besoins et d'autre part, ils seront financés en grande partie par un très important prélèvement financier des caisses de la sécurité sociale.¹⁴

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle engendre des effets pervers car des gaspillages énormes de ressources ont été enregistrés tant dans le financement non maîtrisé des structures que de leur gestion financière et comptable.

Ajoutée à cela, une insatisfaction des malades utilisant les services publics de soins et ce, suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge. Les dysfonctionnements du système de santé commencent à apparaître sous l'effet de plusieurs paramètres entre autres :

- Comme dit l'adage la santé n'a certes pas de prix, mais elle a tout de même un coût ce qui revient à dire que la gratuité des soins n'est qu'un artifice étant que cette gratuité s'est accompagnée d'un énorme gaspillage de ressources tant dans le financement des établissements de santé qui se fait d'une manière irrationnelle que des choix opérés en matière d'hôpitaux surdimensionnés à gestion plus coûteuse ;¹⁵
- L'insatisfaction des usagers du système de soins est due essentiellement aux pénuries de médicaments et de consommables et leur prise en charge défaillante par un corps médical contraint à l'exercice dans le secteur public qui espère intégrer un jour le secteur privé plus rémunérateurs.

Cette époque est caractérisée par :¹⁶

- ✓ La réalisation d'importantes infrastructures sanitaires ;
- ✓ L'existence d'un potentiel médical et paramédical ;
- ✓ L'acquisition de nombreux équipements.

¹³SALMI, Madjid, *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle, élément pour une évaluation de la qualité des soins*, Thèse de doctorat, sciences économiques, T-O, Université Mouloud MAMMARI, 2009, p.28.

¹⁴CHAOUÏ, Farid, *mettre le malade au centre de la politique de santé*, 2011, Disponible sur : www.Santetropicale.com/santemag/algerie/poivue74/htm, Consulté le : 17/09/2022.

¹⁵SALMI, Madjid. *Op. cit.*, p.28.

¹⁶KAHLOUCHE, Nouredine, *Op.cit.*, p.28.

- **1984** : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.
- **1985** : Loi sanitaire n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.¹⁷
- **1986** : Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour effet de couper les services d'enseignement universitaire des structures du terrain et a eu de ce fait un retentissement négatif, aussi bien sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU. Rétrospectivement, on constate que cette période a également été celle d'un changement important dans la politique nationale de santé. En effet, si l'État a procédé à l'organisation du secteur public par la production d'un arsenal juridique, et en particulier par l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire en 1985, la loi 85-05, dans le même temps, il a procédé à l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en autorisant l'ouverture de cabinets de consultation, de centres d'hémodialyse et de petites cliniques.
- **1988** : Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.

La loi n°88-15 du 3 mai 1988 modifiant la loi n°85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé a explicitement consacré la naissance des cliniques privées 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.¹⁸

- **1989** : Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'École nationale de santé publique. Le décret 89-11, du 7 février 1989, lui confère un statut d'établissement public à caractère administratif et lui donne pour mission « *l'introduction de concepts et de techniques modernes en matière de gestion des services de santé à travers des formations destinées aux personnels gestionnaires et praticiens des établissements et structures de santé* ».

Enquête sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec l'Unicef.

- **1990** : Réalisation de l'« enquête santé » effectuée par l'Institut national de santé publique. Conférence nationale sur la réforme du système de santé.¹⁹
- **1992** : Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS).

Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques, l'autorisation d'exploitation d'un établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques et l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques.²⁰

¹⁷Loi sanitaire N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé.

¹⁸ZEHNATI, Ahcène, *les évolutions récentes du système de santé algérien*, CREAD, P.50.

¹⁹CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.8.

²⁰Ibidem

Nous retenons qu'après l'indépendance, le système de santé s'est développé de façon progressive en Algérie grâce au développement socioéconomique, certes positive mais reste toujours à améliorer pour répondre aux besoins de la population en matière de santé.

Cependant, beaucoup de maladie ont été éradiqué et aussi énormément de maladie infectieuse et parasitaire sont quasiment contrôlées à l'aide de l'instauration de la législation en vigueur tel que la protection de l'environnement, le code des eaux et la Loi sanitaire ...etc.

D'autres part, la progression des vaccins a permis une grande et nette amélioration du niveau de santé, toutes fois certaines maladies et accidents nécessitent encore plus d'effort, plus de programme et de prévention à l'instar des pays développés.

Ce qui sera traité dans la prochaine période qui regroupe l'ensemble des vastes programmes tracé par le gouvernement Algérien durant la période allant de 1993 à 1995.

Section II : Période de 1993 à 1995, Programmes de développement de la santé dans les établissements publics

L'Algérie subi les conséquences d'une transition sanitaire accélérée, avec la combinaison des 3 transitions: une transition épidémiologique avec un recul spectaculaire des maladies endémiques et une montée des maladies chroniques ; une transition démographique avec l'augmentation de l'espérance de vie et le vieillissement de la population ; et une transition socio-économique avec un changement dans le mode de vie et une progression de la sédentarité.²¹

Cette période est marquée par les dates suivantes ;

- **1993** : Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le décret exécutif 93-140 du 14 juin. Ce laboratoire a le statut d'EPA et a pour mission le « contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques y compris les produits chimiques, officinaux, les produits galéniques et les vaccins ». Mise en place du programme d'éradication de la poliomyélite conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé²².

L'instruction n°113/MSP/DNOSS/SDEASPS du 8 mai 1993 fixe les conditions techniques pour la réalisation des cabinets médico-chirurgicaux des médecins spécialistes en ORL et ophtalmologie (clinique en ambulatoire). Sur la base de cette instruction, 57 cliniques d'ophtalmologie et d'ORL ont vu le jour dans 22 wilayas (dont 18 implantées à Alger, 4 à Sétif, 3 à Oran). Ce cadre réglementaire a permis aux praticiens spécialistes d'exercer leur art, consultation, exploration et notamment l'activité chirurgicale dans un cadre conforme aux normes techniques et sanitaires prévu à cet effet qu'il s'agisse du service d'accueil et de consultation ou du bloc opératoire et de mettre fin à l'activité chirurgicale dans les cabinets de consultation. Ce type de structure érigé en établissement permet aux praticiens spécialistes exploitants à recruter le personnel nécessaire au développement de cette activité.

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

²¹MEKALT, Khoukha, BRAHAMIA, Brahim, *le système de santé algérien face à la transition sanitaire, prise en charge et financement*. Disponible sur : <http://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.

²²CHAOUÏ, Farid, LOGROS, Michel, *Op.cit.*, p. 51.

de la Pharmacie centrale des hôpitaux. Le décret exécutif 94-293 du 25 septembre 1994 confère à cette structure un statut d'EPIC. Elle a pour mission :

« Dans le cadre de la politique nationale de santé publique, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médico-chirurgicales destinés aux structures sanitaires publiques, la fabrication de préparations pharmaceutiques et toute formation en rapport avec son activité »²³.

La dynamique sanitaire en Algérie : La société algérienne connaît une construction par le haut de la profession médicale. Elle présente, de ce fait, ce qui va à l'encontre de ce qui est au fondement de cette profession, à savoir l'autonomie acquise par rapport aux autres pouvoirs.

- **1995** : Création de l'Agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier. 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 ».

Création de l'Agence nationale de documentation en santé. Le décret exécutif du 14 octobre 1995 donne pour mission à cette agence « la mise à la disposition des personnels et des structures de santé et de tout utilisateur, tout document, ouvrage, publication, information et moyens didactiques nécessaires à leur formation et leur information »²⁴. Elle est de plus le support et le gestionnaire du réseau « Santé Algérie ».

En somme, ce chapitre dénote la volonté de l'Etat d'aller de l'avant via ses investissements en termes d'infrastructures et d'institutions sanitaires et également l'accent qui est mis sur le volet législation en vigueur.

Malgré les grands efforts déployés par L'Algérie réputé par un des pays en voie de développement et disposons d'un vaste réseau sanitaire et d'une grande richesse en capital humains. La crise économique toutes fois ralentie et continue de ralentir tous les efforts et entraîne parfois l'arrêt total de certaines infrastructures pour cause d'indisponibilité de consommables, de certains médicaments rare et nécessaires et de défaillance du volet technique.

Inexistence d'un système d'informations fiables et parfois le système de santé fonctionne sans données statistiques réelles (par le moyen d'enquêtes) qui est la base de toute politique de santé. En effet, au niveau des statistiques mondiales de la santé, l'espace réservé à l'Algérie est souvent vide étant donné la non- disponibilité de l'information.

Toute tentative d'évaluation de l'état de santé de la population est vouée à l'échec, ce qui rend son développement et amélioration quasiment infructueux.

Un grand décalage existe entre les principes énoncés et la réalité sur le terrain. Par conséquent, le phénomène paradoxal entre discours politique et réalité sur le terrain ne permet pas de vérifier réellement l'efficacité de l'application des politiques de santé et de l'impact de

²³REMAL, Abdelkadir, Etudiant Assistant Sociale a INFSPM d'Alger, *Système de santé en Algérie*[en ligne]. (27/04/2013). Disponible sur : <https://abdelkadirremal.wordpress.com> (consulté le 29/09/2022).

²⁴CHAOUI, Farid, LOGROS, Michel, *Op.cit.*, p. 51

ces dernières sur l'état de santé des algériens. Une répartition géographique inégale de l'encadrement sanitaire, ce qui entraîne le renforcement des différenciations sociales dans l'accès aux soins.

Les nouvelles transitions politiques, économiques, sociales, épidémiologiques, ainsi que les fléaux sociaux qui concourt à la violence impose, le choix d'une politique de santé reposant sur des principes fondamentaux immuables, voire stable et interchangeable que sont le droit d'accès aux soins de l'entière population plus particulièrement les démunis.

A travers le chapitre suivant, Nous allons représenter les différents événements de la troisième phase du système de santé en Algérie, qui nous permettra de mettre la lumière sur la réalité de ce système et de ses perspectives.

Section III : Période de 1995 à nos jours, réalités du système de santé Algérien et ses perspectives

Des réalisations importantes ont vu le jour durant les années 92 à 2000, marqué par la naissance de plusieurs institutions similaires au laboratoire national du Ministère de la Santé pour le contrôle des produits pharmaceutiques et de l'Institut Pasteur d'Algérie, qui est devenu une référence informateur de l'OMS, l'organisation mondiale de la santé dans le domaine de la surveillance et de la formation sur la résistance microbienne des bandages vitaux.²⁵

Une période qui a été marqué et soutenue par la révision des textes juridiques du processus des institutions de santé, y compris les hôpitaux universitaires et les institutions spécialisées et les centres de santé, en plus du système d'administration pour les activités supplémentaires entre la demande publique et privée.

L'accent était porté aussi sur la politique de la médecine dans le domaine de l'importation, l'enregistrement, le contrôle et la distribution et de permettre le monopole d'Etat des matériaux pharmaceutiques dans le domaine.

La dernière période, entre 2002 et 2012, et en raison de la souffrance de plusieurs institutions par un déséquilibre structurel et réglementaire, a conduit les pouvoirs publics à prendre l'initiative de la réforme hospitalière qui vise à planifier et réguler le traitement. Ainsi la nouvelle politique vise également à sécuriser les services et à moderniser les activités en fonction des nouvelles demandes, permettant de fournir un service de qualité tout en maintenant les principes de justice et de solidarité parrainés par l'État.

D'autre part, le secteur a identifié un changement dans l'état démographique et épidémiologique de la population à l'amélioration des traitements d'urgence pour rapprocher la santé du citoyen. Les autorités publiques ont commencé à mettre en place une nouvelle organisation des établissements de santé depuis 2007, qui vise à séparer les fonctions des hôpitaux universitaires et celles qui garantissent un traitement de base.

Une nouvelle division des établissements de santé tels que les hôpitaux publics et les établissements de santé publique, qui comprend également des salles de traitement et des cliniques multiservices.

De 2005 à 2009, le secteur a bénéficié d'une enveloppe financière de 244 milliards de DA investie dans l'achèvement de 800 institutions hospitalières et de proximité.

²⁵LAMALI, Laila, *le développement du système de santé au cours des cinq décennies de l'indépendance de L'Algérie*, 2012, Disponible sur : <http://www.elmassar-ar.com/ara/permalink/12038.html?print>. Consulté le 06/10/2022.

Le secteur de la santé s'est fortement amélioré au cours de la dernière décennie, car plusieurs gains ont été obtenus, notamment l'intégration, de la couverture vaccinale de 90 pour cent, ce qui a contribué à l'élimination de plusieurs maladies graves qui ont conduit à des décès et des incapacités au cours des premières années de l'indépendance à côté de l'élimination des maladies transmissibles et baisse de la mortalité chez les enfants au taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, en plus d'une réduction de 5% de la mortalité maternelle chaque année.²⁶

Il a également bénéficié d'équipements médicaux modernes qui ont joué un rôle important dans la détection précoce et le diagnostic précis des maladies chroniques enregistrées

Ces dernières années montrent que la société algérienne suit les transformations des sociétés développées car ces maladies sont liées à l'environnement et au comportement individuel.

Les établissements publics de santé de proximité (EPSP) et les établissements publics hospitaliers (EPH) créés en 2007, peuvent être caractérisés par ces éléments majeurs :²⁷

- ✓ Leur mis en place s'appuie essentiellement sur un découpage administratif qui efface la notion de territoire local de la santé essentiel pour comprendre profondément les attentes de la population.
- ✓ Leur « autonomie » se limite à l'octroi d'un budget aveugle, élaboré dans une logique strictement administrative, qui s'interdit de financer un véritable programme de santé.

Malheureusement la multiplication des directeurs des établissements publics de santé de proximité, réduit en réalité les échanges entre eux (chacun son territoire), accroît les zones d'incertitude dans la région, en raison principalement de l'éclatement des pouvoirs, sans possibilité de régulation. On est en présence d'une autonomie fictive qui ne leur donne en aucune façon, la possibilité et le temps de pouvoir assurer un travail de proximité sociale avec la population locale, permettant de construire un rapport de confiance avec celle-ci. Une polyclinique située dans un quartier, ne sera pas nécessairement fréquentée de façon régulière par les patients, s'ils observent l'absence de prise en compte de leurs représentations sur la maladie, un accueil qui les « rend malades » selon leurs propos, ou une orientation silencieuse ou brutale du patient vers l'hôpital, sans lui fournir aucune explication.

La bureaucratie sanitaire a construit la notion de proximité dans une dimension strictement administrative. Elle a occulté le fait important que les patients ne sont pas des consommateurs passifs de soins, mais des acteurs sociaux qui produisent de façon autonome leurs interprétations sur le fonctionnement de telle ou telle structure de soins, en référence principalement à la notion de proximité sociale. Celle-ci indique que les patients sont à la quête d'une reconnaissance sociale de la personne. « Ils ne m'ont pas accordé d'importance », disent souvent les malades et leurs proches parents. Ou encore : « Ils nous regardent d'en haut comme si on était des mouches. Pourquoi, ils ne nous considèrent pas ».

□ Enfin, le personnel de santé se perçoit à la marge du processus décisionnel, s'octroyant le statut « d'exécutants », sans implication active dans l'élaboration et la mise en place de

²⁶ Ibidem

²⁷ MABTOUL, Mohamed, *le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement*, Disponible sur : <http://www.lequotidien-oran.com/index.php?news=5172971>. Consulté le 28/09/2022.

programmes de santé élaborés de façon trop verticale et centralisée, valorisant uniquement la maladie en soi.

- **1996** : Création par décret de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institutions déconcentrées de l'Institut national de la santé publique.²⁸ Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril. Cet établissement à statut d'EPA a pour mission ; de mettre à la disposition des établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ; de concevoir, élaborer, évaluer et proposer les programmes de formation paramédicale ; d'organiser et de contrôler les examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ; de suivre et d'évaluer la qualité de la formation dispensée ; d'initier et de développer la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales ; de participer à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ; de contribuer à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ; d'entreprendre toute étude en rapport avec ses missions. Modification de l'article 65 de la loi 83-11, par l'ordonnance 96-17 du 6 juillet, qui stipule dans sa nouvelle rédaction que « les frais de soins et de séjour dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de sécurité sociale et les établissements de santé concernés ». Jusqu'à aujourd'hui, cependant, la participation de la sécurité sociale au budget des établissements publics de soins est restée forfaitaire. Des groupes de travail auxquels participent les ministères chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de la solidarité cherchent à trouver une solution au problème de la contractualisation, mais, jusqu'à présent, les modalités de l'établissement du budget de la santé n'ont pas été fondamentalement modifiées.

- **1997** : Création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest) par le décret 97-262 du 14 juillet.²⁹ Ce décret crée également les conseils régionaux qui ont pour mission de coordonner les interventions sanitaires avec les autres secteurs d'activité du pays ; les régions sanitaires s'appuient sur cinq observatoires régionaux qui sont des antennes de l'Institut national de la santé publique. Décret redéfinissant l'organisation du système de santé et modifiant l'assiette territoriale des CHU.

Ce décret 97-457 du 2 décembre fixe le statut des CHU, définit leur composition et les place sous la tutelle administrative du ministère de la Santé et de la Population et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.

- **1998** : Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance. Le décret exécutif 98-192 du 3 juin donne pour mission à cet EPA : la surveillance des actions secondaires indésirables dues à l'usage des médicaments mis sur le marché et des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux ; la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux lors d'administrations et usages divers pour accomplir des actes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques.

²⁸ CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.51.

²⁹ CHAOUI, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.51.

Création du Centre national de toxicologie par le décret exécutif 98-188 du 2 juin, ce centre a pour missions : la recherche, L'identification et le dosage des substances toxiques ; la réponse à l'urgence toxicologique ; la mesure des indices biologiques d'exposition et d'intoxication ; l'élaboration des règles des bonnes pratiques de laboratoire et des normes techniques d'analyse toxicologique ; le recueil et traitement des informations relatives à la toxicologie et aux intoxications ainsi que l'expertise toxicologique médico-légale ; le recensement des risques toxicologiques majeurs et la tenue des assises nationales de la santé.

- **1999** : Mise en place d'une commission chargée d'élaborer un nouveau projet de loi sanitaire. Amendement de la loi 85-05 instaurant le plein-temps aménagé. Cet amendement a permis aux professeurs chefs de services astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées. Réalisation de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle effectuée par l'Institut national de santé publique.
- **2000** : Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.
- **2001** : Installation du Conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octobre 2003. Mise en place d'une commission sur les comptes nationaux de la santé qui remet son rapport en 2003.
- **2002** : 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. 1Enquête nationale sur la santé de la famille, réalisée par la direction de la population du ministère de la Santé et de la Population. Organisation de la seconde conférence régionale africaine sur la préparation de la convention cadre de lutte contre le tabac.
- **2003** : Dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu mais il ne sera jamais soumis à l'assemblée nationale. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.³⁰
- **2007** : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de *bassin de population* en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisé par une de coordination entre les secteurs public et privé. Absence de coordination qui avait été maintes fois signalé dans les rapports concernant la réforme hospitalière.
- **2008** : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques. Cependant, le décret de création de l'agence prévu par cet amendement n'a toujours pas été promulgué.

³⁰CHAOUÏ, Farid, LEGROS, Michel, *Op.cit.*, p.52.

- **2009** : Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit dans ses articles 26 et 27 :
 - **Article 26** : *L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quel que soit le conditionnement servi pour ce médicament ;*
 - **Article 27** : *L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de produits fabriqués au niveau national.*³¹

- **2010** : Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011. Installation d'une commission de refonte de la prévention médico-sanitaire. Le premier rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission de réforme de l'enseignement paramédical le rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. Les travaux de cette commission se poursuivent.
- **2011** : Adoption par le ministère de la Santé d'un *plan national cancer*.³² 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.³³
- **2013** : L'arrêté ministériel du 06 février 2013 publié au Journal Officiel n° 50/2013 fixant 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. Parmi ces programmes et plans figure le plan cancer.
- **2014** : Monsieur le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière a créé le "Comité National chargé du Suivi de la Lutte contre le Cancer par l'arrêté N°64 du 24 mars 2014 et l'a installé le 27 avril 2014.
- **2015** : ouverture de deux Cliniques Radiothérapie et Oncologie multidisciplinaires. Cliniques bien équipées en matériel moderne de radiothérapie : Clinique El Azhar (Dr Khodjabache) à Delly Brahim et Clinique de Tizi-Ouzou (Dr Mahmoudi).

³¹ Ibidem

³² Plan national cancer 2015-2019, *Op, cit*, p. 26.

³³ Ibidem

Conclusion

Après avoir traité le premier chapitre de notre travail de recherche dont l'ultime intérêt est de montrer et comprendre l'importance d'évolution du système de santé en Algérie, nous pourrions retenir ces quelques conclusions :

En 1962, la situation héritée du colonialisme était déplorable, déficience de l'hygiène publique, l'insuffisance de l'encadrement médical, une couverture sanitaire réduite et une déséquilibrée destinée essentiellement à la satisfaction des besoins de la minorité coloniale.

Après l'indépendance, le système national de santé comprend trois phases d'évolution comme suit :

La période (1962-1992) est caractérisée par :

- La réduction des disparités en matière de réparation du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire) ;
- L'instauration de la gratuité des soins, dans les structures sanitaires publiques à partir de janvier 1974, ce qui a permis une généralisation de l'accès de la population, aux services de santé ;
- La réforme du système éducatif et en particulier 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 médicaux, toutes spécialité confondue.
- La création par décret du "secteur sanitaire" et des "sous-secteurs sanitaires".
- La construction de plus de quarante hôpitaux qui a amélioré la couverture nationale en lits, mais a pêché malheureusement par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois par leur architecture inadaptée au milieu environnant.
- La publication de la loi sanitaire 85-05 du 16 février 1985.

La période (1992-1995) est caractérisée par :

La création et la mise en place de structures de soutien à l'action du ministère de santé, dont :

- Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP), chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993) ;
- La Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994).
- L'Agence Nationale du Sang (ANS), chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995).

La période (1995 à nos jours) est caractérisée par :

- La période, des années 90 a été particulièrement éprouvante pour l'ensemble des personnels, qui ont montré leur attachement au système de santé et n'ont pas ménagé leurs efforts pour préserver les acquis. La fin de cette période a été marquée par la

mise en place d'un "Conseil National de la Réforme Hospitalière" dont malheureusement les recommandations figurant dans le rapport n'ont pas été suivies d'effet.

- Le personnel de santé se perçoit à la marge du processus décisionnel, s'octroyant le statut « d'exécutants », sans implication active dans l'élaboration et la mise en place de programmes de santé élaborés de façon trop verticale et centralisée, valorisant uniquement la maladie en soi.
- L'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire
- L'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire
- L'élaboration d'un plan national de lutte contre le cancer
- La création de l'agence nationale de la greffe d'organe
- La création de l'agence nationale du médicament,
- La création, la réalisation et l'équipement des centres anticancer.

Concernant les dépenses nationales de santé (DNS) par rapport au PIB (produit intérieur brut), elles ont été multipliées par trois en 15 ans (allant de 1,6 % en 1973 à 5,5 % en 1988). Elle atteint 5.4% en 2011.

Cette augmentation a joué un rôle très important dans le financement de la santé, et par conséquent une baisse remarquable de la mortalité à tous les niveaux.

Depuis le début des années 1990, plusieurs tentatives de mettre en place une contractualisation des actes médicaux ont été entreprises et des exercices de simulation ont été faits dans différentes wilayas, mais ces tentatives n'ont pas abouti à ce jour.

Dans ce domaine, une première remarque s'impose. La contractualisation est présentée à la fois comme une nécessité et comme une solution pour faire face aux problèmes que connaît le système de santé. Ainsi que nous l'avons dit, depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures ont testé les procédures de la contractualisation.

Le système de santé nécessite à l'instar des pays développés une vraie base de données d'information, pour mieux cibler les carences et permettre un meilleur suivi au temps opportun. Un domaine qui nécessite un investissement dans la formation de manager accés aux nouvelles techniques de gestion contemporaine, et ce afin d'éviter tout gaspillage et permettre une gestion saine et de rigueur,

Ce que nous allons traiter justement dans notre deuxième chapitre de notre travail de recherche portant sur le management hospitalier, un concept englobant les nouvelles approches et techniques de gestion contemporaine dans le domaine de la santé.



Chapitre II

Le management hospitalier

Introduction

La santé est un domaine qui fait référence aux décisions prises par les acteurs auquel elle est rattachée, donc soit au niveau du ministère de santé de population et de réforme hospitalière puis au niveau de l'hôpital, c'est-à-dire les décisions sur lesquelles les hôpitaux typiquement n'exercent qu'une influence limitée. Ainsi que les deux fonctions du domaine de la santé se résument par la formulation d'objectifs nationaux de santé tels que la fixation des objectifs sanitaires nationaux, des programmes de santé, et l'allocation de ressources pour la santé, ainsi que par la formulation d'objectifs spécifiques aux hôpitaux à titre d'exemple la détermination du rôle et fonctions hospitaliers, la documentation de conditions, et les critères d'évaluation. Concernant l'hôpital, il fait référence à toutes les activités entreprises à l'intérieur de l'hôpital et dans le cadre de l'hôpital, sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce le control.

L'hôpital assurant une mission de service public, est un endroit où les pathologies les plus onéreuses et les plus complexes sont traitées, il s'agit d'un lieu d'accueil et d'orientation des patients d'emblée en situation de précarité en vue de se soigner, se vacciner ou obtenir d'autre prestation inhérente à la fonction médicale.

Cependant, et d'un l'hôpital fonctionne de façon très complexe et dynamique, produisant des services très varié que parfois les responsables trouvent des difficultés à gérer, mais le souci auquel nous somme confronter s'agit non seulement de la variété des services mais aussi de la qualité des services ou soin prodigué ?

L'Algérie comme d'autre pays en voie de développement, les hôpitaux consomment une part considérable du budget de santé, et si certains hôpitaux publics et secteurs sanitaires ne réussissent pas en général de maximiser le bien-être du public, chose qui a été constaté par le ministre de la santé, de population et de la réforme hospitalière en 2005

Nous assistons aussi aujourd'hui à des carences en termes d'infrastructure au niveau des secteurs sanitaires et de nombreuses salles de soins et de consultation ne sont pas fonctionnelles voire fermées ou encore dans un état de dégradation et d'abondant incompatible avec la dispensation des prestations de soins.

On peut alors dire que le service rendu par les hôpitaux possédés et gérés par le ministère, sous la forme présente, ne constitue pas une utilisation efficiente des ressources gouvernementales, et une amélioration de la situation présente devrait avoir un grand impact positif.

Afin de redresser la situation et d'améliorer la performance et l'efficience des hôpitaux, maximiser le bien être général, les responsables doivent revoir leur management hospitalier et ainsi se fixer des impératifs.

Dans ce présent chapitre, nous avons structuré notre travail de recherche en deux parties, l'une portera sur la particularité de la gestion hospitalière comme une organisation Apart et très complexe, et la deuxième partie portera sur les instruments de régulation des dépenses en Algérie ainsi que leurs évolutions puis terminé par une conclusion critique de management hospitalier Algérien.

Section I- Particularité et réflexion sur la gestion hospitalière

Par rapport aux autres types d'organisations, l'organisation hospitalière est généralement plus complexe à analyser en égard des particularités qui marquent ce système.

1- L'hôpital, une organisation à part:

Selon Henry Mintzberg, l'hôpital fait partie des organisations dites à but non lucratif et agents multiples, c'est une structure complexe qui doit répondre à des fonctions diverses: soins, enseignement, recherches, prévention, éducation sanitaire, etc.... cette structure à un caractère médical et social dont la mission consiste à assurer à la population des soins médicaux complets, curatifs et préventifs et dont ses services extérieurs iraient jusqu'à la cellule familiale; considérée dans son milieu, c'est aussi un centre d'enseignement de la médecine et de la recherche scientifique et sociale.

Au-delà de sa véritable vocation, les tache d'un hôpital sont extrêmement multiple, à caractère hôtelier, ménages ou techniques sont devenues d'une complexité croissante, ainsi font-elles de lui une machine dans laquelle l'accessoire risque de prendre le pas sur l'essentiel.

Donc l'hôpital est considéré comme un système complexe de production multiple, il offre pour chaque malade des produits divers de types spécifiques et en quantité, ces produits qu'ils soient des diagnostics ou thérapeutiques, constituent ce qu'on appelle l'acte médical,

Ceci se distingue fondamentalement de biens dont traite la théorie économique, sa consommation ne suppose pas toujours un comportement rationnel, il est affecté de multiples incertitudes, qui pèse d'abord sur la nature même de la maladie, incertitude quant au cout des traitements médicaux que les malades ne peuvent pas les prévoir, demeure enfin une grande incertitude individuelle sur la compétence du médecin et l'efficacité aléatoire de ses actes qu'il parait exclus de rémunérer selon leurs résultats.¹

Il n'est guère possible de se prononcer afin de réduire ces types d'incertitudes que de faire confiance à l'ensemble des praticiens ainsi que du personnel exerçant dans le système de santé, puisque le patient n'est pas en mesure d'évaluer la nature de sa demande, ni son volume, donc la décision du patient seul, il s'agit donc d'une décision jointe et commune, autrement dit celle du couple patient/médecin,

2- La structure organisationnelle de l'hôpital :

Henri Mintzberg distingue dans toute entreprise cinq éléments dont Michel Crémadez² a appliqué à l'hôpital dont cette approche permet de décrire certaines réalités de l'organisation hospitalière qualifiée de bureaucratie professionnelle.

¹ Colli J-C « économie et pouvoir médical » édition Economica ; 1998. P142

² M.Cremadez et F. Gateau ; « le management stratégique hospitalier » édition Interditions, 1992, P 21

2-1 Le sommet stratégique:

Le sommet stratégique veille à ce que la mission hospitalière de pilotage soit remplie efficacement. Il peut s'agir des autorités de tutelles (direction de santé ...), du chef d'établissement et de son équipe dont le directeur des soins coordonnateur général des soins. Celui-ci « ...est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé ».

On évoque que le sommet stratégique dans un hôpital se caractérise par une certaine ambiguïté expliqué *Mintzberg* par le fait que le directeur d'un hôpital est supposé empêcher le gouvernement ou les administrateurs d'interférer dans le travail des médecins, ainsi qu'il est nommé par la direction de santé mais responsable de gestion devant un conseil d'administration.

2-2 Le centre opérationnel :

Il est constitué par les unités de soins et les services médico-techniques. Composé d'un nombre important de services relativement indépendants les uns des autres, le centre opérationnel fonctionne de manière pratiquement autonome et il a une relation directe avec leur environnement: client dont il est le patient.

Pour la direction des soins le centre opérationnel rassemble des professionnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

2-3 La ligne hiérarchique:

La ligne hiérarchique assure le relais entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Composée de l'encadrement qui assure la gestion des centres opérationnels. La notion de hiérarchie sous-entend celle de subordination et donc d'autorité. Pour la direction des soins les médecins et les infirmiers rendent compte de leurs actions aux cadres supérieurs dont il est le chef service qui participent à leurs évaluations. Ainsi que tous les chefs de service exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur général.

Au sein de l'organisation hospitalière la ligne hiérarchique se caractérise par interruption entre le directeur général et les chefs de services médicaux à cause des objectifs contradictoires dont ce point il sera développé par la suite. Cela mène les chefs de services à contester la non intervention directe des directeurs sur l'objectif de base dont il est la satisfaction de clientèle.

2-4 La technostucture:

La technostucture sert à assurer la coordination par des personnes qui agissent sur l'organisation du travail des centres opérationnels grâce à la standardisation des procédures, au choix qualitatif du matériel, à l'élaboration de normes pour le rendre efficient et elle prend de l'importance lorsque l'organisation grandit et se complexifie.

A l'hôpital cette fonction se limite à la dimension économique et financière puisque la standardisation par le résultat est trop difficile cela est due à la différenciation existante au niveau des services, donc la technostructure est réduite.

Le directeur général agirait plus sur la standardisation des qualifications par le recrutement et la formation continue en collaboration avec le directeur des ressources humaines.

2-5 Les personnels de support logistique:

Ils remplissent les fonctions annexes nécessaires à la réalisation de la mission du centre opérationnel : service postal, nettoyage, restaurant.... Puisque la logistique sert à la collaboration avec les centres opérationnels est essentielle.

3- Notion de différenciation:

3-1 Un processus de différenciation fort :

La notion de différenciation a été développée par LAWRENCE et LORSCH qui entendent ainsi rendre compte du fait que la structure même de l'hôpital induit pour chaque service des relations avec un sous environnement qui lui est propre (patient, sociétés savantes...) de même pour la technostructure (tutelles). Les caractéristiques des relations avec le sous-environnement définissent des modes d'organisations spécifiques à chaque service.

La différenciation est nécessaire car elle est la traduction de la spécialisation des services et permet une véritable adéquation avec un environnement spécifique. Mais elle est aussi un obstacle à la communication et à la coopération au sein de l'institution qui s'en retrouve encore davantage fragmentée.

3-2 Types de différenciation :

Il existe plusieurs types de différenciation à l'hôpital :

3-2-1 La différenciation monde administratif / monde médical :

Alors même que l'équilibre de l'institution dépend de la coopération entre le centre opérationnel et le sommet stratégique, les antagonismes dominant trop souvent. C'est l'opposition entre d'un côté un monde professionnel qui a des objectifs qualitatifs, une déontologie et une grande liberté dans l'exercice des fonctions, et de l'autre côté un monde administratif qui a des objectifs quantitatifs et répond à un cadre réglementaire stricte.

De plus, ces deux mondes ont une conception divergente de l'environnement. Ainsi, les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients, les professionnels de santé extérieurs. Alors que les directeurs dans leurs relations avec la tutelle administrative, politique, les organismes de financement sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution.

Le groupe des médecins et celui des directeurs n'ont pas la possibilité d'affirmer l'un sur l'autre un leadership. Ils mènent alors des luttes d'influence dans laquelle les autres

groupes d'acteurs constituent un enjeu. D'ailleurs, les acteurs de ces deux groupes peuvent avoir une vision très critique de leurs « opposants ».

Cette différenciation forte est très défavorable à l'hôpital car elle ne permet pas l'unicité de l'institution, l'élaboration d'une stratégie globale, et provoque des dysfonctionnements quotidiens.

3-2-2 La différenciation services logistiques/opérationnels:

Comme l'indique M. CREMADEZ « les services logistiques traditionnels (cuisines, buanderie...) appartiennent à l'univers administratif » Ils se situent donc dans une dynamique de recherche de la rentabilité, ce qui les séparent des centres opérationnels, alors même qu'au quotidien des liens étroits sont nécessaires pour garantir une qualité optimale au patient.

Quant à la logistique technique (plateau technique), elle se situe au cœur des tensions nées de cette différenciation. En effet, ces services se situent dans le centre opérationnel et sont essentiels pour les médecins et le rayonnement de leur spécialité.

Alors que pour la technostructure la logistique technique représente un investissement important et qu'elle se doit de contrôler. De plus en plus, le secteur logistique se heurte au secteur médical, qui avec le développement des nouvelles technologies, accroît sa demande d'équipements nouveaux.

3-2-3 La différenciation au sein du centre opérationnel :

Il s'agit surtout d'une différenciation entre le corps médical et paramédical. En effet, le rôle des soignants auprès des malades a pris de plus en plus d'importance. D'autre part, la hiérarchie soignante échappe souvent à l'autorité du chef de service. Ainsi, le cadre soignant prend des décisions pour l'organisation des soins avec le soutien de la Direction des soins.

4- Notion d'intégration

Selon Lawrence et Lorsch « l'intégration consiste à admettre les déférences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs, la force de l'intégration requise dépend de l'intensité de la différenciation »

Ils ont ainsi énuméré les différentes situations d'intégration possible :

4-1 Les types d'intégrations possible

4-1-1 Intégration par les procédures

Ce type d'intégration est utilisé au niveau opérationnel, particulièrement au domaine financier ...et comptable. Avec le développement de l'informatique médical, cette intégration se répand au niveau des services de soins par le biais du chef de service. Ici l'intégration se traduit par l'application de la réglementation, non par la recherche de formes communes de travail pour les différents services.

4-1-2 Intégration par l'ajustement mutuel

L'ajustement mutuel est le mode d'intégration le plus répandu au sein du centre opérationnel, il s'agit d'une pratique non formalisée d'où sa difficulté puisque aucune stratégie sur le long terme ne peut être envisageable.

Section II- L'hôpital, structure et organisation complexe :

Quatre caractéristiques font de l'hôpital est considéré comme une structure organisationnelle très complexe à savoir ; : la diversité des activités, le système de prise de décision, la configuration des rapports de pouvoir, et la dynamique d'évolution.

L'hôpital est un système social complexes car il regroupe des valeurs différentes, des systèmes de pensées, des objectifs, des référentiels... différents dans lesquels les relations interpersonnelles, les techniques, les pratiques managériales sont imbriquées au profit d'un objectif métier, à vocation économique ou non. Caractère de ce qui est complexe, qui comporte des éléments divers qu'il est difficile de démêler.³

1- Complexité au sein d'un hôpital

L'hôpital est une structure réputée par sa production de soin pour la population, la nature du service produit et le statut de l'hôpital font de lui une entité où se regroupent plusieurs acteurs, détenteur chacun d'un pouvoir particulier et poursuivant des objectifs qui lui sont fixés

Il est complexe par ses fonctions multiples d'une part, et des catégories professionnelles, de la coexistence de multiples logiques et niveaux hiérarchiques, d'une coordination problématique et des situations complexes⁴

LAUDINET.C. A, confirme la complexité de l'hôpital en disant « *l'organisation hospitalière est complexe de par la diversité des cultures, des mentalités et des comportements des acteurs ainsi qu'à l'émission du pouvoir* »⁵.

2- Caractéristique de fonctionnement d'un hôpital

Il existe quatre caractéristiques et dimensions organisationnelles qui peuvent nous expliquer la complexité du fonctionnement de l'hôpital

2-1 Un pouvoir bicéphale

Il s'agit d'une structure qui est professionnelle ou deux pouvoirs cohabitent, d'une part le pouvoir administratif des gestionnaires, et d'autre part le pouvoir médical des médecins qui ne sont quasiment pas impliqués dans la gestion hospitalière et ne participe pas à l'administration de l'organisation sauf de façon consultative.

³Complexité. (2017, octobre 29). Dictionnaire Larousse. Page consultée à partir de <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/complexite/C3%A9/17700>

⁴ROUET J. « Le management des processus : une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces »

⁵ ABBAD J. « Organisation et management hospitalier » berger Levrault, paris ,2001, p.30.

J.M. CLEMENT dit « lorsqu'on examine les deux pouvoirs, on est frappé par leurs différences d'objectifs ...⁶ ». Ce qui crée une double hiérarchie, deux pouvoirs se tiennent en position de conflit ou chacun a sa propre vision de la performance et de l'efficacité.

Pour essayer d'apaiser et de diminuer l'écart entre les deux côtés, la corporation professionnelle doit comprendre et essayer d'intégrer la gestion de la structure où il exerce, la corporation administrative doit toujours avoir conscience que la valeur de l'organisation qu'il dirige est médicale.

2-2 Multiplicité de service et d'activité

L'hôpital est caractérisé par une multiplicité d'activité qui sont éclatées sous formes de services différents et plus au moins autonomes, les uns des autres. Avec un large éventail de compétences et de qualifications dans chacun des services.

Cette diversité tend à limiter et à entraver la coordination entre différents acteurs de l'organisation.

2-3 L'ambiguïté de la prise de décision

Le système de gouvernance propre à la configuration de l'organisation hospitalière, implique une prise de décision nécessitant d'intégrer les différents acteurs dans des dispositifs plus au moins formalisés⁷.

Cela se traduit par une interrogation sur l'identification même des lieux effectifs de prise de décisions; ainsi le système de décision, notamment en matière de décisions stratégiques, s'avère difficile à identifier.

2-4 Une dynamique d'évolution

L'hôpital subit son environnement, ce dernier en perpétuelle évolution, imposant à l'organisation de s'adapter et à réformer si nécessaire afin de piloter au mieux l'organisation.

La pluralité des environnements, n'aide guère au bon fonctionnement de l'hôpital, au contraire, cette diversité élimine l'élaboration de stratégie globale

Section III- L'hôpital dans son environnement

L'institution hospitalière a connu de profondes mutations durant ces dernières années, accentuant la vision économique de l'hôpital, ce qui mets à mal la valeur idéologique des équipes soignantes.

Les évolutions technologiques et industriels ont aussi impacté notre environnement ; acquisition de matériels performants et sophistiqués, innovation dans les processus de classements, la surspécialisation des médecins leur permettant d'obtenir de nouvelles compétences de qualité.

⁶ CLEMENT J-M. « Réflexion pour l'hôpital », les études hospitalières, bordeaux,1998 p25.

⁷ NOBRE T, « l'innovation managériale à l'hôpital », revue française de gestion,2013/6 n°235, pp.113-127.

Aussi la réglementation et textes de loi qui se sont vu accroître en nombre et en vigueur plaçant le secteur de santé comme l'un des secteurs les plus contrôlé et réglementé par l'Etat.

1- Spécificité de l'environnement hospitalier

L'environnement hospitalier comme tout environnement est constitué de trois sous environnements:

1-1 Le micro environnement

« Il correspond à l'environnement proche de l'organisation, il se décrit d'une manière simple par l'identification des différentes entités avec lesquelles l'organisation se trouve en contact (direct ou indirect) »⁸

1-1-1 Le patient

Les patients de l'hôpital sont dans un langage courant « les malades » qui se dirige vers l'hôpital pour se soigner, améliorer ou prolonger la durée de vie de leur santé.

Il n'existe pas une cartographie spécifique quant à la clientèle de l'hôpital dû au manque d'intérêts plutôt qu'au manque d'informations ; par exemple pour un hôpital public savoir qui bénéficie de ses services est de loin une préoccupation, puisqu'ils sont à la portée de tous, pareillement pour l'établissement privé sauf qu'une contrepartie monétaire est demandée.

Sans nier que la connaissance du client, de ses critères de choix, représente une information stratégique pour l'hôpital, puisqu'il est placé dans un environnement concurrentiel (cas hôpital privé) ou le client est en rapport de force. Donc mieux connaître les attentes du client c'est mieux formuler l'offre.

1-1-2 Les prescripteurs et les concurrents

Les prescripteurs, aussi acteur de la santé très souvent médecins, ont le pouvoir d'orienter des malades vers un établissement plutôt que vers un autre, ils ont un rôle important à jouer là-dedans puisque la clientèle est confrontée à un large panel de choix (offres des concurrents) et est très rarement en mesure d'émettre un jugement objectif sur les différents concurrents et services proposés.

L'établissement doit entretenir de bonnes relations avec ces acteurs et les tenir informés de manière détaillé sur les services rendu par l'hôpital et les techniques utilisées. Dans un langage courant ; bien informés pour mieux vendre.

CREMADEZ.M dit « *si les relations avec le milieu prescripteur peuvent sembler de peu importance pour un établissement hospitalier qui se conçoit comme un recours obligé, elles sont essentielles pour un établissement qui veut s'assurer une maîtrise de la nature et du volume de ses flux de recrutement* »

⁸M.CREMADEZ. op. Cit, p60

Quant à la concurrence, elle n'existe pas dans les hôpitaux publics face au privé puisque les vocations et les philosophies sont différentes. La concurrence est entre hôpitaux privés, car ils sont dans une course à la quête de ressources spécifiques et de technologies auxquelles les autres n'ont pas accès à défaut du financement mais aussi dans les services proposés.

1-1-3 Les partenaires

Un partenaire est un allié ; une personne, un groupe, un organisme, une entité. Avec qui on réalise une action commune afin d'atteindre des buts communs. Les avantages d'un partenariat sont multiples, dans notre cas, deux acteurs de la santé s'allient afin d'avoir un accès plus direct aux évolutions technologiques, ça permet de faire face à la concurrence (stratégie de concentration), mais aussi la réalisation de projets qui n'auraient pas pu être envisagés sans la participation du partenaire (ressources financières, ressources humaines ...)

1-1-4 Les fournisseurs

Celui qui alimente l'établissement hospitalier en équipements est appelé fournisseur. Deux rapports peuvent naître entre les deux acteurs, premièrement un rapport de force dans le cas des fournisseurs des biens et services non spécifiques (ameublement, literie, produit alimentaire ...), deuxièmement un rapport de dépendance dans le cas des biens et services spécifiques. Un suivi continu de cet acteur est important, cela permet de mesurer les changements des rapports de forces ou de dépendance, mais aussi intercepter les apparitions de nouveaux fournisseurs. Le fournisseur peut devenir un partenaire si des projets en commun sont construits sur le long terme.

1-1-5 Ministère de la santé et Direction des Soins Publics

Le ministère de la santé algérien élabore et met en place un plan général d'organisation sanitaire intégrant l'ensemble des structures de santé y compris le secteur privé, veille au contrôle de l'exercice des professions de santé des structures publiques et privées de santé, ainsi que le suivi des programmes d'implantation de ces structures. Représenté par la direction de la santé publique (DSP) au niveau de chaque wilaya, qui est l'exécutif du ministère de la santé.

1-2 La macro et méso-environnement

« Le macro-environnement peut être défini comme l'environnement général commun à toutes les organisations et à toutes les activités, qu'elles soient ou non liées au domaine de la santé. Ce macro-environnement est le lieu où s'opèrent des transformations d'ordre technique, économique, politique, culturel et social qui vont exercer des effets sur une longue période »⁹

Un environnement en perpétuel changement, en Algérie la politique d'austérité prononcée par l'Etat va être source de modification importante des comportements et des conditions d'exercice de l'activité des organisations, dans notre cas, du secteur de la santé.

⁹CREMADEZ M. op.cit., p67

Faudra donc anticiper le sens d'évolution des répercussions de cette politique et savoir y faire face.

1-2-1 La perméabilité de l'environnement

Nous appelons par perméabilité le fait que l'environnement de cette organisation puisse avoir certaines variables qui influencent dans différents environnements à la fois (interne et/ou externe). L'une de ces variables est le praticien à temps partiel, ou le médecin attaché à l'hôpital

L'hôpital peut faire appel à des attachés, qui constitue une compétence nouvelle ou différente dont il n'a pas l'exclusivité, cette relation sera basée sur un contrat liant les deux parties prenantes autour d'un consensus.

Cette pratique constitue une ressource importante pour l'organisation, d'une part comme nous l'avons cité au préalable cela représente un élargissement du panier de compétence de l'hôpital, lui permettant aussi de combler l'insuffisance d'effectifs et de remédier aux manques du marché de travail.

D'une autre part cette multi-appartenance permet d'avoir une maîtrise sur les acteurs prescripteurs, puisque ces derniers peuvent représenter des attachés et ainsi orienter leurs malades vers l'hôpital dans le domaine où celui-ci se trouve valorisé.

La perméabilité des frontières de cette organisation ne se limite pas à cette multi appartenance mais aussi , la détention d'un équipement perçu comme étant spécifique représente une valeur ajoutée pour l'hôpital , ce dernier sans le vouloir peut créer une barrière à l'entrée pour les concurrents (existants ou potentiels) , ce matériel va créer une relations de dépendance entre l'hôpital et son environnement par exemple : une situation où un spécialiste en neurologie externe à l'hôpital , demande une IRM à son malade , celui-ci se retrouve dans une situation de dépendance où ce spécialiste va lui prescrire de se diriger vers cet hôpital jouissant de cette technologie .

L'hôpital peut faire face à de nombreuses difficultés si, dans une optique de fermeture sur lui-même, il ne fait pas attention à ces phénomènes de perméabilité au contraire une compréhension de ces derniers et une meilleure conception des relations avec l'environnement vont lui permettre de s'insérer avec souplesse dans ce tissu mouvant.

L'hôpital doit passer d'une vision de l'environnement, entité externe génératrice de contraintes sur lesquelles on ne peut pratiquement rien, à une perception de l'environnement milieu naturel dans lequel on s'insère et au sein duquel on pratique des échanges vers d'autres, mais, plus encore, il doit concevoir son environnement comme un terrain de manœuvre dans lequel la stratégie et les relations des différents acteurs déterminent leur frontière réciproques¹⁰

Section IV- Les instruments de régulation des dépenses de santé en Algérie

Depuis plus de trois décennies, des outils de maîtrise des dépenses de santé en Algérie ont été introduits, ces derniers se focalisent essentiellement sur la maîtrise des dépenses via le

¹⁰M.CREMADEZ.op.cit., p58.

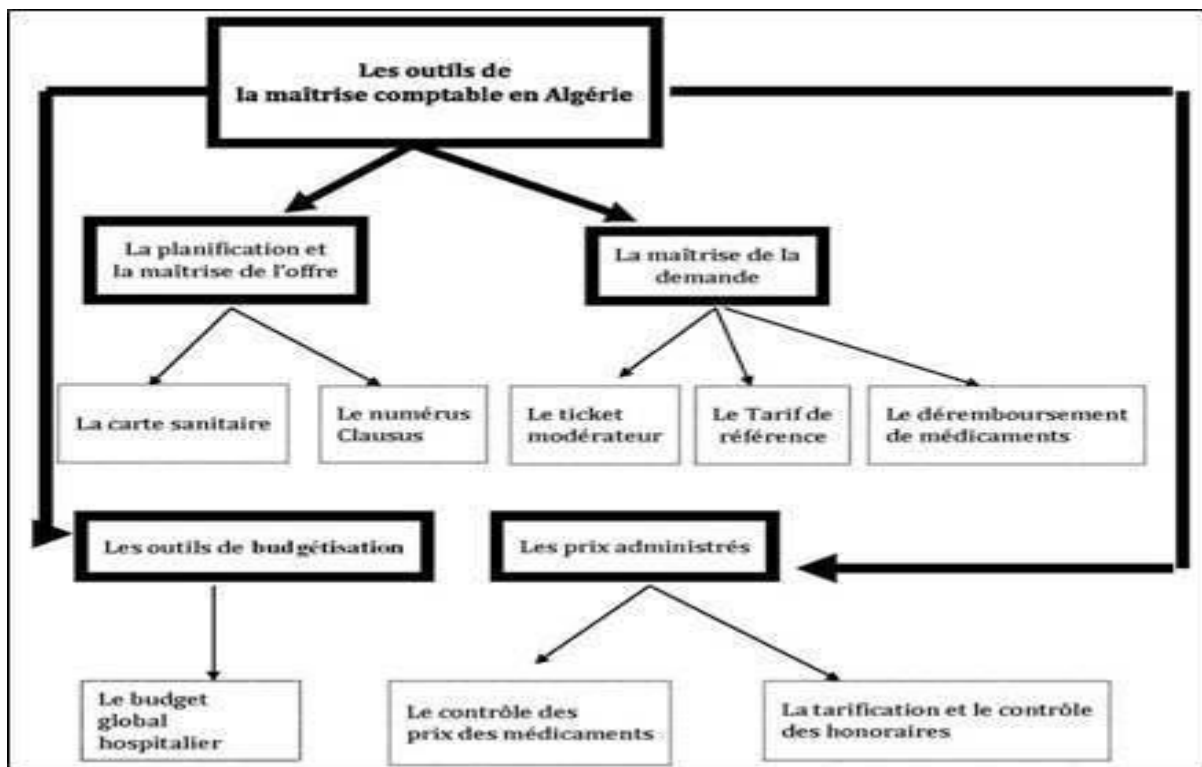
plafonnement du budget dédié à la santé et par le biais des modes de responsabilisation financière des assurés.

1- La maîtrise comptable des dépenses de santé

En 1962, l’Algérie indépendante s’était retrouvée face à une situation économique très précaire ayant obligé ses dirigeants à se prononcer sur la voie à emprunter dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques. L’option retenue était celle qui prônait un modèle de développement basé sur une économie à planification centrale. Ce choix a eu une influence prépondérante sur le fonctionnement du système de santé.

Dans le prolongement du postulat politique du socialisme selon lequel tous les moyens de production sont exclusivement la propriété de l’Etat ; partant, tous les établissements de soins de santé relevaient, jusqu’au début des années 1990, du secteur public. Le rôle de l’Etat ne se limitait pas uniquement à la production de biens et services médicaux mais s’étendait également à la fourniture de services non marchands dont ceux de la santé.

A l’instar des autres pays socialistes, l’Algérie a mis en place des instruments de régulation tendant à contenir administrativement et d’une manière centralisée la progression des dépenses de santé *tant au niveau des hôpitaux qu’au niveau de l’offre des soins et de la prise en charge des médicaments* (voir le schéma n° 1).



Source : Réalisé par Youcef ABBOU et Brahim BRAHAMIA

2- La maîtrise de la demande de soins

Les réformes engagées depuis les années 1990 avaient pour conséquences l’introduction, suivant les orientations de la Banque Mondiale, de mesures dites de «

recouvrement des coûts » qui se sont traduites par l'instauration d'outils de maîtrise des dépenses de santé qui portaient sur la demande. La responsabilisation financière des usagers était, à cet effet, le premier dispositif institué par l'Etat, en tant qu'éléments majeurs de la politique de maîtrise des dépenses.

L'arsenal juridique devant permettre la régulation de la demande s'est constitué principalement au milieu des années 90. L'Algérie a, dès lors, réformé son système de prise en charge en opérant des changements visant à introduire une part moralisatrice du risque et ce, afin de tempérer les dépenses de santé et de responsabiliser davantage les usagers.

La Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) a introduit, à cet effet, des mécanismes de régulation qui se déclinent en trois catégories :

- ✓ L'une s'appuie sur la nécessité de responsabiliser le consommateur (*le ticket modérateur*)¹,
- ✓ L'autre fait référence à l'alignement des prix des médicaments princeps sur ceux du générique le moins cher, disponible sur le marché (*le tarif de référence*).
- ✓ La dernière a, quant à elle, trait aux critères relatifs aux vertus thérapeutiques des médicament (*le déremboursement*).

2-1 Le ticket modérateur

Il a été appliqué en Algérie en 1995, suite aux dispositions de l'arrêté ministériel du 07 janvier 1995 qui a prévu une contribution des usagers aux frais des soins de santé. A ce titre, les consultations auprès d'un spécialiste ou d'un généraliste, exerçant près un établissement public de santé, sont devenues depuis cette date payantes. L'utilisateur est tenu, ainsi, de s'acquitter de 100 DA pour le premier et de 50 DA pour le second. A cela s'ajoute une part financière de 20 % assumée par les assurés. Ces derniers sont appelés, à cet égard, à prendre en charge une partie des dépenses non remboursables par la sécurité sociale, composée essentiellement des frais de médicaments. Le patient se fait, ainsi, rembourser 80 % des dépenses engagées découlant d'une visite médicale (loi n° 83-11). Ce mécanisme de responsabilisation financière des usagers a été complété par un autre système dit de *tarif de référence*

2-2 Le tarif de référence

Il a pour objectif principal d'inciter les praticiens à prescrire des médicaments génériques plutôt que des princeps. L'introduction de ce mécanisme a été, également, instauré en Algérie en 1995. Son entrée en vigueur n'a débuté qu'en avril 2006. Avant ces dates, tous les médicaments prescrits sur ordonnance étaient remboursés par la sécurité sociale sur la base de leur prix réel. De surcroît, l'Etat a mis en place un autre instrument de régulation à savoir, le « *Déremboursement* ».

2-3 Le déremboursement

Un instrument qui distingue les médicaments remboursables de ceux qui ne le sont pas. Les efforts de maîtrise de la demande portent dans cette perspective sur l'exclusion de la prise en charge de spécialités à service médical rendu (SMR), non avéré, et aux traitements non classés comme « soins de santé ». Au demeurant, si l'on essayait d'examiner la composition de la part restant à la charge des patients, on trouverait que le ticket modérateur est constitué, d'une part, de la partie non remboursable de la dépense, et d'autre part, de la partie des honoraires des médecins de la médecine libérale qui appliquent des tarifs qui s'écartent considérablement de ceux arrêtés par la sécurité sociale. Pour cause, la non actualisation des tarifs de la nomenclature des actes professionnels de santé depuis 1987. A cela s'ajoutent les médicaments prescrits et non remboursables dont le patient supporte intégralement les coûts.

Montant perçu par l'assuré suite au remboursement effectué par la CNAS

$$= \text{PPA} - (\text{TR} * \text{T}) - \text{MNR}$$

PPA : Prix de vente Public

TR : Tarif de Référence

T : Taux de prise en charge

MNR : Médicaments Non remboursables.

Tableau n° 1: Exemple de remboursement d'une ordonnance après application des trois outils de maîtrise de la demande (consultation chez un généraliste)

Médicaments	Prix PPA	Quantité	TFR
Phénoxyméthypénicilline (Orapen 1500 000)	275,88 DA	3 boîtes	273,38 DA
Biclotymol (Hexalyse Comprimés)	154,88 DA	1	Non remboursable
Paracetamol (Vitamine C Comprimés)	237,60 DA	1	Non remboursable
Consultation	1 000,00 DA		50,00 DA
Somme déboursée	2 220,12 DA	Montant remboursé	870,14 DA
Somme déboursée en médicaments	1 220,12 DA	Montant remboursé sans consultation	820,14 DA

Les remboursements de médicaments représentent, dans le premier cas (tableau n° 01), 67 % des frais engagés et 26 % dans le deuxième cas (tableau n° 02) ; et ce, sans tenir compte des honoraires du médecin. Si l'on tente d'inclure ces derniers, le taux de prise en charge passe à 39 % pour une consultation chez un généraliste et à 17 % chez un spécialiste. Dans le meilleur des cas sans compter ni le TR et ni le MNR ; ce qui reste à charge de l'assuré représente le ticket modérateur et le dépassement d'honoraires.

Tableau n° 2: Exemple de remboursement d'une ordonnance après application des trois outils de maîtrise de la demande (consultation chez un spécialiste).

Médicaments	Prix PPA	Quantité	Tarif de référence
Esomeprazole (Inexium 40 mg Comprimés)	1 728,28 DA	1	196,00 DA
Simeticone (Meteoxane Gélules)	317,69 DA	1	339,6 DA
Consultation	1 500,00 DA		80,00 DA
Somme déboursée	3 545,97 DA	Montant remboursé	615,6 DA
Somme déboursée en médicaments	2 045,97 DA	Montant remboursé sans consultation	535,6 DA

A la lumière de ces exemples, il apparaît que l'Etat porte à travers ces démarches, ses efforts de limitation des dépenses directement sur les usagers, en leur faisant supporter une part des dépenses dite « *moralisatrice* », tendant à modifier leurs comportements.

3- La planification et la maîtrise de l'offre

En ce qui concerne la régulation de l'offre de soins, l'Algérie s'est appuyée, avant le passage à l'économie de marché, sur une « *approche complètement dirigiste* ». En se basant sur le fondement des hypothèses théoriques de la demande induite (Rochaix ; Jacobzone, 1997), selon laquelle l'offre de soins crée sa propre demande, les pouvoirs publics, dans le but de contrôler l'extension du nombre de lits et des professionnels de santé, ont mis en place des mécanismes de planification et d'encadrement de l'évolution de l'offre.

L'Algérie a développé à cet effet deux dispositifs : l'un axé sur les vertus de la planification et de la rationalisation du développement du tissu hospitalier, via la *carte sanitaire*, et l'autre vise à restreindre l'accès aux études de médecine via une approche similaire au *numerus clausus*.

3-1 La carte sanitaire

Elle est l'un des outils de planification destiné à la maîtrise de l'offre des soins hospitaliers, visant à rationaliser l'offre des soins, et prendre en considération autant que possible les besoins de santé des habitants, remonte à 1982. Cette carte a prévu au début de sa mise en œuvre un découpage du territoire national en treize (13) régions sanitaires, englobant chacune un certain nombre de wilayas, avant d'être réorganisée ensuite en une division de l'espace territorial comportant seulement cinq (5) régions sanitaires.

Outre la rationalisation de l'offre de soins, ce mécanisme consiste en un moyen de la hiérarchisation du système de soins en quatre (4) niveaux, dont le dernier recours est du ressort des établissements classés au niveau (A) relatif aux soins hautement spécialisés.

Dans les établissements relevant du niveau (B), on y dispense des soins spécialisés pour des pathologies qui ne nécessitent pas forcément le recours aux hôpitaux relevant de la

classe (A), le niveau (C) concerne, quant à lui, les soins généraux, et le niveau (D), les actions de prévention et les soins de premier recours.¹¹

La loi 07/140, en vigueur en Algérie depuis 2007, a permis de restructurer le réseau public des soins hospitaliers, en abandonnant l'ancienne configuration composée de 185 Secteurs Sanitaires, et en instaurant une nouvelle, comportant 189 Etablissements Publics Hospitaliers (EPH) et 273 Etablissements Publics de Soins de Proximité (EPSP). De nombreux centres de santé ont été transformés en polycliniques et dotés de moyens et de ressources les rehaussant à ce niveau ; cette démarche met en évidence la volonté de décentralisation des soins en vue de prendre en charge la nouvelle demande issue de la transition sanitaire en cours, caractérisée par le poids grandissant des maladies non transmissibles, chroniques, dégénératives, etc.

Par ailleurs, si l'on dresse un bilan des réalisations de la carte sanitaire en Algérie, on relève que le processus de privatisation intervenu pendant les années 1990 et la levée progressive des obstacles liés à l'autorisation d'ouverture de cliniques privées, ont induit, en partie, la démultiplication dans le nord du pays des établissements privés de santé. Le secteur privé exerce en Algérie en toute liberté. Guidé par une logique lucrative, (Kernane, 2007), la médecine privée s'installe dans les wilayas susceptibles de lui procurer les meilleurs rendements et opte pour les créneaux les plus rentables.

Quant à l'organisation que la carte sanitaire est censée instaurer, force est d'admettre que « *la hiérarchisation des soins en quatre niveaux est restée théorique* » (Aguercif, M ; Aguercif F.,1993) ; pis encore, le système de santé s'est orienté vers l'hospitalocentrisme.

Dans les faits, l'obligation de passage par une structure publique de soins de la catégorie « D », avant tout recours aux soins relevant des structures de soins plus spécialisées (B ou A) n'est pas toujours respectée (Brahamia, 2010), à cet outil de planification s'ajoute le *numerus clausus*

3-2 Le Numerus clausus

Il s'agit d'un mécanisme de maîtrise de l'offre de la démographie médicale par lequel les pouvoirs publics imposent des restrictions quant au nombre de candidats admis aux études de médecine et de pharmacie afin de maîtriser l'offre des professions de santé. En Algérie, les textes de lois, régissant cet aspect de régulation, ne définissent pas clairement le rythme d'évolution de l'offre en professionnels de santé, mais l'accès à une formation en médecine ou en pharmacie est encadré en amont par l'exigence d'une moyenne élevée à l'obtention du baccalauréat option « sciences » ; les mentions retenues sont « bien » et « très bien ».

Les graphiques n° 01 et n° 02 nous permettent, à cet égard, de conclure qu'outre l'admission sélective à l'entrée des études, le nombre de diplômés est toutefois limité.

¹¹ Insaniyat / 2017 | 76- 75 , إنسانيات

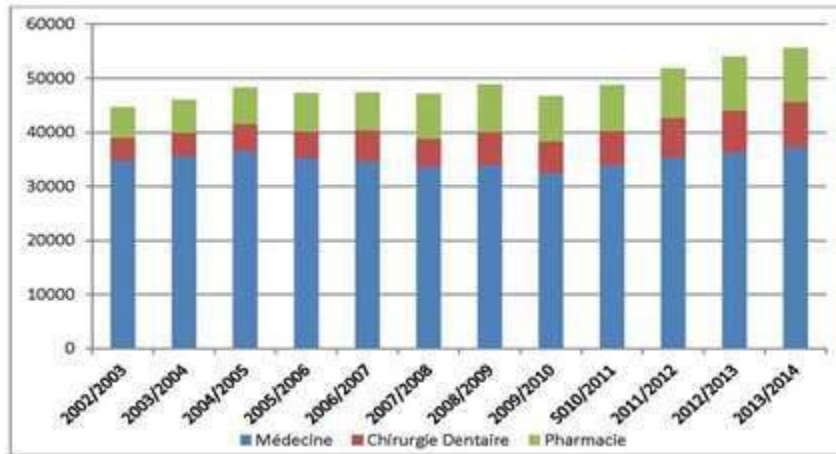


Fig. n° 2: Evolution des effectifs des inscrits en graduation en sciences médicales.

Source : Réalisé par Youcef ABBOU et Brahim BRAHAMIA à partir des données MESRS/DDP/SDPP/ Annuaire n° 43.

Il convient toutefois de signaler qu'en dépit des conditions très sélectives d'accès aux études de médecine, le tableau n° 03 nous renseigne sur la tendance ascendante des effectifs des étudiants en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire, mais elle reste relativement importante au regard des ratios de couverture en médecins et pharmaciens déjà satisfaisants.

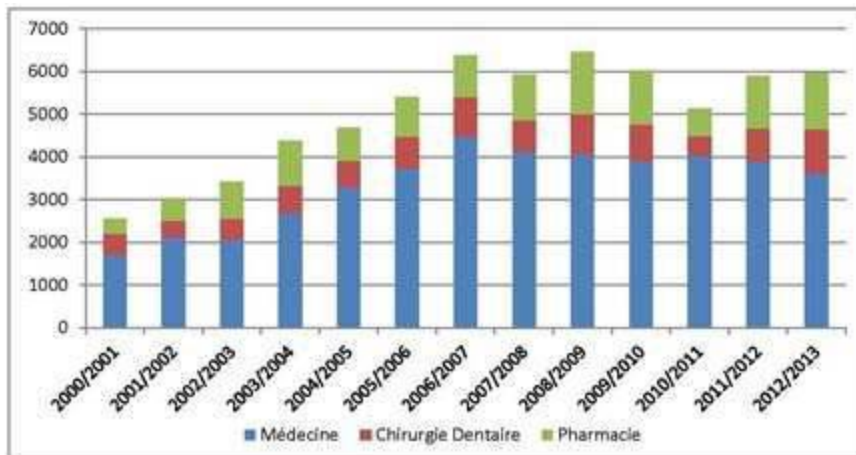


Fig. n° 3 : Evolution des effectifs de diplômés de graduation en sciences médicales

Source : Réalisé par Youcef ABBOU et Brahim BRAHAMIA à partir des données MESRS/DDP/SDPP/ Annuaire n° 43.

En Algérie, on comptait en 1962 moins de 350 médecins pour une population estimée alors à plus de 10 millions d'habitants ; soit les ratios d'1 médecin pour 25 463 habitants et 1 chirurgien-dentiste pour 72 848 habitants. En 2010, on compte 1 médecin généraliste pour 640 habitants, 1 médecin spécialiste pour 1700 habitants et 1 dentiste pour 3093 habitants. Il existe toutefois de grandes disparités entre les régions ; on compte, à titre illustratif, 1 médecin généraliste pour 2103 habitants à Adrar et 1 médecin pour 494 habitants à Oran.

Tableau n° 3 : Evolution de l'indice de couverture médicale(Nombre d'habitants pour 1 praticien). *Source :* ONS, Rétrospectives statistiques 1962-2011.

Années	Effectif des médecins	Nombre d'habitants /1 médecin	Effectif des pharmaciens	Nombre habitants / 1 pharmacien	Effectif des chirurgiens-dentistes	Nombre d'habitants/ 1 dentiste.
1963	1 319	7 922	204	51 225	151	69 205
1972	1 985	7 139	354	40 031	308	46 010
1982	9 916	2 005	1 175	16 922	2 144	9 274
1992	25 304	1 038	2 984	8 804	7 833	3 354
2002	35 368	887	5 198	6 033	8 618	3 639
2010	56 209	640	9 081	3 962	11 633	3 093

S'agissant des conditions d'implantation des officines pharmaceutiques, en Algérie, le *numerus clausus* obéit, selon les dispositions de la loi 85-05, à une logique démographique, en termes de nombre d'habitants et à un objectif d'équilibrage de la répartition des pharmaciens sur tout le territoire national.

Toutefois, depuis l'abrogation de l'arrêté de 1990 et malgré le rétablissement en 2003 du *numerus clausus*, les normes d'un pharmacien pour 5 000 habitants d'une grande ville et celles d'une officine pour 4 500 habitants d'une ville moyenne ont été largement dépassées. On compte à Sidi Bel Abbes, par exemple, 1 pharmacie pour 1700 habitants, contre la moyenne d'une pharmacie pour 7000 habitants pour les wilayas de l'intérieur du pays (SNAPO). En cause, en ce qui concerne la période 1999 à 2003, les modalités d'installation de la pharmacie qui ont subi d'importantes mutations.

4- Evolution des dépenses de santé

Nous nous intéressons, dans cette section, à la dynamique d'évolution des dépenses de santé . Notre analyse se basera, à cet effet, sur les dépenses au niveau des établissements publics de santé et le poids des dépenses en médicaments dans les dépenses de la sécurité sociale.

4-1 Evolution des dépenses de santé des hôpitaux

Au niveau des hôpitaux, l'Etat était le seul acteur du financement, jusqu'à 1974 de tous les établissements publics de santé. Le mode de financement, qui a prévalu pendant cette période, se référait à « *la tarification à la journée* ». Jugé inflationniste, ce mode a été vite abandonné pour être remplacé par le « *forfait hôpital* », et ce, afin d'accentuer le plafonnement des dépenses hospitalières et de freiner la progression des dépenses publiques de santé.

Ce système de financement des hôpitaux a été ainsi administré depuis l'instauration de la gratuité des soins, en 1974, par une logique purement dirigiste : l'état fixe à l'avance le montant du budget à allouer aux différents établissements publics de santé. Il cherche à

travers le forfait hospitalier à limiter les ressources mises à la disposition de ces établissements. L'examen de l'évolution du « *forfait hospitalier* » nous renseigne à contrario sur l'importance des ressources consenties aux hôpitaux publics, malgré le contrôle a priori, et le plafonnement des enveloppes budgétaires allouées aux hôpitaux publics.

En effet, en 1974, ces établissements fonctionnaient avec seulement 883 millions de DA. Les budgets alloués à ces établissements iront crescendo pour se situer à plus de 6 milliards DA, en 1985. Vingt ans après l'instauration du forfait hospitalier, le budget consacré aux établissements publics de santé passe à plus de 30 milliards DA (en 1994). Actuellement, ces établissements reçoivent plus de 400 milliards DA (voir le graphique n° 03).

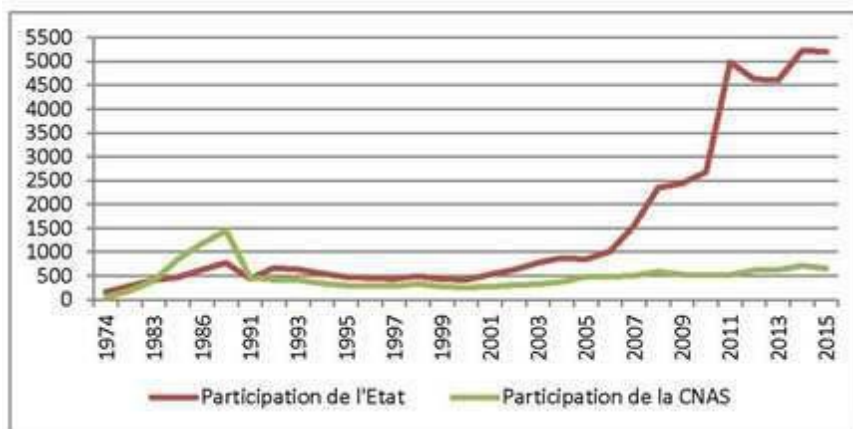


Fig. n° 4: Evolution du montant du forfait hospitalier de 1974 à 2015 en milliers de dollars USD Source : Réalisé par Youcef ABBOU et Brahim BRAHAMIA sur la base des statistiques du MSPRH.

Dans plusieurs pays ayant adopté le financement forfaitaire, il s'est avéré que cette mesure est à l'origine des dérives des dépenses hospitalières, pour cause, « *les estimations des besoins se réduisent à l'élaboration d'une liste de souhaits dont le coût total est égal au montant pouvant être considéré comme réalisable sur le plan budgétaire* ». ¹²

En Algérie, ce type d'allocation de fonds a incité l'Etat et la CNAS à financer les hôpitaux publics « *sans référence à l'activité réelle* ». La contribution de chacun étant fixée d'une manière approximative (Oufriha, 2008) sans relation avec le volume de l'activité des hôpitaux.

L'efficacité de la dépense s'avère ainsi reléguée au second plan ; *les gestionnaires sont devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré-affecté selon des lignes budgétaires précises (Larbi Lamri).*

La maîtrise des dépenses hospitalière, basée sur une formule forfaitaire, a induit, contrairement aux objectifs attendus, la déresponsabilisation des gestionnaires des hôpitaux qui ne se considèrent aucunement incités à administrer au mieux les ressources.

¹² Insaniyat / 2017 | 76- 75 , إنسانيات

4-2 Evolution des dépenses en médicaments de la CNAS

L'examen de l'évolution des dépenses de la sécurité sociale nous amène à conclure que malgré la mise en place de tous les mécanismes de rationalisation des dépenses axées sur la demande, les remboursements effectués par la CNAS dépassent en 2015 les 190 milliards de DA, alors qu'ils n'étaient que de l'ordre de 10 en 1995 et 47 milliards DA en 2004, (cf. graphique n° 04). Les importations de médicaments passent, quant à elles, d'un (01) milliard de \$ en 2005 à plus de 2 milliards en 2014.

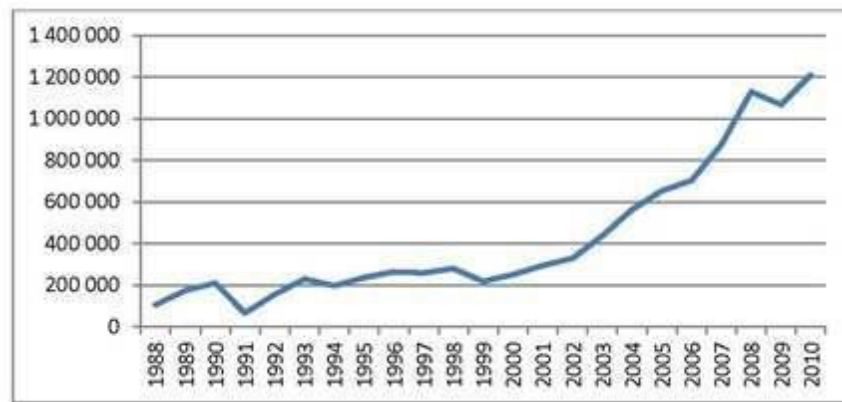


Fig. n° 5 : Les remboursements de médicaments effectués par la CNAS en Milliers de Dollars USD. *Source :* Réalisé par Youcef ABBOU et Brahim BRAHAMIA à partir des données de la CNAS et de la Banque d'Algérie, selon le taux de change.

5- Les principales causes de l'accroissement des dépenses de santé

5-1 Une large couverture sociale

Dans le cadre des efforts de l'Etat visant à étendre le bénéfice de la couverture sociale à toute la population sans distinction de revenu et dans le prolongement des mesures tendant à éviter l'exclusion des couches défavorisées, un système de santé basé sur la gratuité des soins a été mis en place, et un régime de sécurité sociale a été adopté, dont la couverture s'étend à la grande majorité de la population. A cela s'ajoutent les maladies faisant partie des affections chroniques qui donnent droit à une couverture à 100 %. En somme, l'Algérien bénéficie d'une large couverture sociale : outre l'usage du tiers payant qui est élargi aux médecins conventionnés et à certains traitements qui n'étaient pas pris en charge, une couverture sociale gratuite est également garantie aux personnes ne disposant d'aucun revenu. Aujourd'hui, les dépenses du tiers payant dépassent 100 milliards DA soit près de 90 % des dépenses de la CNAS en médicaments. Les avantages de la couverture sociale ont offert aux Algériens la possibilité de se soigner indépendamment de leur capacité de financement .

5-2 Une offre de soins étendue et diversifiée

Au chapitre de l'offre des soins et de la couverture médicale, on constate que malgré l'absence d'une couverture harmonieuse des besoins de santé sur l'ensemble du territoire national, l'indice de couverture en médecins ainsi que le nombre de structures de santé ont connu une amélioration constante au cours des vingt dernières années. Cette extension de l'offre est l'un des facteurs ayant conduit à l'augmentation rapide des dépenses de santé. En effet, face à l'explosion de la demande générée par la gratuité des soins, les pouvoirs publics ont été contraints de stimuler l'extension de l'offre en infrastructures de santé tant publiques que privées afin qu'elle soit adaptée à la demande.

Une première carte sanitaire a été mise en œuvre en 1981 comportant la planification normative de l'offre publique de soins, articulée sur l'entité de « secteur sanitaire » et en 2007, une nouvelle carte a été adoptée aux fins de décentralisation des soins compte tenu de la transition sanitaire en cours. Le nombre de structures sanitaires extra –hospitalières ne dépassait pas 1500 unités en 1970, aujourd'hui, on en compte près de 6500.

Conclusion

Une analyse critique de la politique de la maîtrise des dépenses de santé adoptée en Algérie nous permet de conclure que malgré toutes les réformes menées notamment depuis 1990, le système de santé algérien se caractérise par la coexistence de deux logiques de régulation des dépenses de santé: l'une « *dirigiste* » et l'autre « *de type libéral* ».

En vue de réguler la demande et l'offre de services de santé et de rationaliser les dépenses, l'Algérie s'est appuyée de 1974 à 1995 sur des approches fondées essentiellement sur une gestion étatique centralisée, pour s'orienter progressivement vers des mécanismes de marché et la combinaison des deux logiques se perpétue à ce jour. Pour cause, des exécutions tardives ou partielles de réformes successives.

En ce qui concerne l'activité hospitalière, l'Etat restera dans l'expectative (Mokhtar, 1992) pendant plus d'une décennie avant de s'engager dans la voie de « *la gratuité des soins* » et pendant plus de trois décennies depuis l'indépendance pour opter pour la « contractualisation ». Les principaux changements introduits dans le mode de régulation se limitent au remplacement d'un financement basé sur un système de « tarification à l'activité » par un autre fondé sur le « forfait hospitalier ».

L'Algérie a également entrepris, à titre expérimental, une nouvelle forme de gouvernance des EHU ; adoption d'un mode de gestion qui devrait inciter les gestionnaires à tenir compte des impératifs de rentabilité. Aujourd'hui, en dépit des dispositions prises en vue d'une meilleure gestion des ressources au niveau des hôpitaux, les leviers dont dispose l'Algérie pour contenir les dépenses hospitalières se limitent à l'imposition d'un plafonnement des dépenses dans le cadre du budget alloué aux établissements publics de santé.

En somme, la régulation des dépenses de santé demeure encore inachevée, laissant ainsi le système de santé algérien à mi-chemin entre le libéralisme et l'interventionnisme de l'Etat. Entre « le tout Etat » et le « tout marché », l'Algérie est appelée à choisir une position qui serait capable de réunir d'une part les vertus prêtées au libéralisme et au dirigisme et d'autre part de combler les imperfections des deux approches. Des solutions mixtes s'imposent d'elles-mêmes. Aucune expérience n'a pu démontrer que l'Etat seul, régulateur, financeur et offreur des soins, est en mesure de mettre en œuvre une politique pertinente de régulation des dépenses de santé. De la même façon, rien ne prouve que le secteur privé de la médecine en se substituant à l'Etat, ne remette en cause les principes fondamentaux d'équité et d'égalité dans l'accès aux soins.



Chapitre III
La réforme hospitalière

Introduction

L'Algérie, durement éprouvée par l'histoire, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « Médecine Gratuite » instituée par l'ordonnance du 1er janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendrés certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs, et par l'abondance des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins¹.

L'Algérie a donc procédé à des réformes du système de santé pour lui donner les possibilités d'offrir des prestations de santé de qualité car l'évaluation qui en a été faite a fait ressortir plusieurs types de défaillances.

La loi n° 18-11 du 18 Chaoual 1439 correspondant au 2 juillet 2018 relative à la santé garantit et prend en charge les soins de base, soins élémentaires curatifs et préventifs comprenant notamment ceux dispensés sous forme de service ambulatoire ainsi que les soins d'urgence.

La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002 – ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière – indique la volonté des pouvoirs politiques d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires.

Ce présent chapitre consacré à la réforme hospitalière traitera le pourquoi de la réforme en éclairant son contexte et son objectif, les nouvelles mesures qui pourront contribuer de façon générale à améliorer les conditions de travail dans le domaine de la santé ainsi permettront d'avoir en contrepartie des retombées positives sur la satisfaction des patients à travers une meilleure qualité de soins.

Section I- Cadre conceptuel de la réforme hospitalière en Algérie

Les contraintes et les dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui, l'organisation et la gestion des structures publiques de santé, ont poussé le gouvernement à inscrire parmi ses priorités d'action la réforme hospitalière.

L'objectif prioritaire des réformes hospitalières, est de rechercher avec les parties prenantes et l'ensemble des acteurs concernés, les solutions les plus adéquates qui permettent une organisation optimale de ces établissements, et l'amélioration de leur gestion afin de satisfaire les besoins en soins de la population.

Ces réformes hospitalières sont instaurées à l'issue des rencontres et séminaires du conseil national de la réforme, qui permettent d'assainir un travail de réflexion sur les éléments autour desquels devait se construire une problématique débouchant sur des objectifs réalistes et réalisables à court et moyen terme.

¹Benkaci Youcef. (2011) : rapport de stage sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale-MSPRH cabinet, P1

Les membres du conseil s'appuient sur les propositions individuelles et collectives, des professionnels de santé, des institutions, des syndicats et des associations. Ils prennent aussi en compte les données recueillies auprès des directions centrales du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Des mesures qui émanent de la traduction de la volonté politique au plus haut niveau de l'État d'adapter, sans attendre, notre système de santé aux nouveaux enjeux, défis et menaces sanitaires auxquels sont actuellement confrontés tous les systèmes de santé dans le monde.

Cette réforme hospitalière, au sens de la réforme du système national de santé, vient également répondre aux aspirations régulièrement exprimées par les professionnels de la santé, les usagers de la santé, la société civile et les citoyens.

A cet effet, la décision de Monsieur le Président de la République de créer, pour la première fois dans notre pays, un ministère délégué chargé de la réforme hospitalière vient situer le rang de priorité accordé à la réforme hospitalière et rappeler avec force sa volonté, conformément à la Constitution, de consacrer davantage le droit à la santé de chaque citoyen algérien et de renforcer ainsi la protection de la santé de notre population.

Une décision aussi qui a été immédiatement concrétisée par l'installation du ministre délégué chargé de la réforme hospitalière par Monsieur le Premier Ministre qui traduit cette volonté d'inscrire la réforme hospitalière dans l'action gouvernementale et de lui donner non pas une dimension sectorielle mais une réelle dimension multisectorielle ce qui est également un gage de réussite.

Une réforme basée sur l'approche participative et la transparence telles que préconisées dans le plan d'action du Gouvernement à travers une large concertation avec toutes les parties prenantes sur la base de données factuelles, du débat contradictoire et du consensus.

1. Contexte de la réforme hospitalière

Le secteur de la santé connaît une dynamique d'évolution, compte tenu de la transition démographique, et épidémiologique déjà citée dans le premier chapitre de notre travail et qui pèsent de façon incommensurable sur les coûts de la santé, et aussi des lourdes contraintes qui engendrent et aggravent les dysfonctionnements propres à la gestion des organisations hospitalières du fait de l'aggravation des déficits budgétaires, les hôpitaux sont de plus en plus sources et objet de critiques par les experts, les professionnels de santé mais aussi par les usagers.

Le ministère de la santé met l'accent sur la dégradation de la qualité des soins, que connaissent ces organisations, au regard des exigences croissantes des patients et dans le même temps, cette autorité leur demande de réduire le coût de fonctionnement, ce qui contribue à l'augmentation des déficits budgétaires.

La réorganisation, l'amélioration de la gestion et du fonctionnement des organisations hospitalières nécessitent et impliquent des actions coordonnées entre les acteurs de ces structures, afin de répondre et de relever les défis². De ce fait, le traitement des différentes

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, « *Rapport préliminaire du conseil national*

contraintes et dysfonctionnements constitue un préalable à la réussite de la réforme hospitalière.

Le système hospitalier algérien, tel qu'il est aujourd'hui, commence à montrer des signes évidents d'essoufflement. La mise en œuvre de réformes visant à améliorer la performance du système hospitalier est désormais incontournable.

Réformer le système hospitalier en place devient donc un passage obligé pour consolider les gains sanitaires obtenus et pour lever les contraintes que subissent continuellement les établissements de santé et qui ont cristallisé le mécontentement à la fois des usagers et des professionnels de la santé. (Bizard, F., 2015, P. 33).

En effet, le dossier des réformes hospitalières s'inscrit dans une démarche globale aboutissant aux réformes de l'Etat dues aux transformations politiques, économiques et sociales que connaît le monde entier : les réformes hospitalières deviennent donc une nécessité et un choix pour s'adapter aux nouvelles exigences. (Farouk, B., Le journal quotidien d'Oran, 23/12/2013).

La notion de réforme se réfère à un processus de changement. Selon le Petit Larousse, l'action de réformer se base sur le terme « reformer » qui signifie « former de nouveau » (reconstituer), et du latin qui signifie « ramener à une forme meilleure ». (Saltman, R., et Figuéras, J., 1997, p. 7). Ainsi, la réforme du système de santé implique plus qu'une simple amélioration des soins ou des services. Peter Berman (Berman, P., 1995, p. 15) définissait la réforme du secteur de la santé comme étant celle produite par un effort soutenu, délibéré et fondamental.

Ce n'est pas le résultat d'une mesure aussi révolutionnaire soit-elle. Une réforme est un processus planifié, visant les dimensions stratégiques du système de santé et comportant un ensemble de mesures et d'interventions ciblées. (Kaddar, M., WWW, santé.gov.ma/Sm SM/ Cm m Wels/ les réformes des systèmes.htm).

2. But et objectif de la réforme hospitalière

Le but général est en soi un défi majeur qui appelle à une réforme structurelle du système existant de nature à :³

2-1 Refonder le système national de santé autour de principes directeurs visant à :

- ✓ Remettre l'utilisateur des services de santé au centre des préoccupations du système national de santé dans le but d'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,
- ✓ Rétablir l'équité et la solidarité dans l'accès à des soins de qualité pour tous les algériens à travers la couverture sanitaire universelle qui vise à permettre à tous les algériens, dès le départ dans la vie, d'avoir un accès aux services de santé dont ils ont besoin sans rencontrer de contraintes financières,

de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes », www.santé.dz consulté septembre 2022.

³MSPRH - Secrétariat d'État chargé de la Réforme Hospitalière - Cadre conceptuel et démarche opérationnelle

- ✓ Asseoir la pertinence des actions de santé en fonction des besoins de la population et adapter le dispositif organisationnel de l'offre de soins et d'hospitalisation en s'appuyant sur un système d'information performant, une réelle décentralisation, une autonomie effective dans la gestion et l'introduction d'outils modernes de gestion, d'audit et d'évaluation.
- ✓ Mettre en œuvre les obligations contractuelles entre tous les intervenants dans le système national de santé et assurer une plus grande transparence et une plus grande équité dans la gestion de la dépense nationale de santé ;
- ✓ Développer les capacités de résilience du système national de santé dans le sens d'une plus grande flexibilité et adaptabilité dans un monde qui connaît de profondes mutations et qui fait face à des menaces sanitaires récurrentes.
- ✓ Renforcer les actions de protection de la santé et de prévention à travers une démarche participative multisectorielle et communautaire soutenue.

2-2 Inscrire le développement du Système National de Santé dans le cadre de la planification stratégique à travers l'élaboration du plan national de développementsanitaire fixant les objectifs et les priorités selon les besoins de la population et les moyens disponibles à court, moyen et long terme.

2-3 Unifier le Système National de Santé au nom du principe de l'unicité de la santé publique, afin que toutes les institutions et structures de santé, quel que soit leur régime d'exercice, inscrivent leurs activités dans le respect des impératifs du plan national de développement sanitaire.

2-4 Développer un système National de Santé qui prenne en compte la triple nécessité ;

- D'assurer la promotion de la santé dans le but de préserver et/ou de maintenir la population dans le meilleur état de santé possible ; -
- La prévention des maladies et des accidents par des mesures visant à éviter et/ou réduire les facteurs de risques ; -
- La prise en charge des patients en s'appuyant sur les réseaux de soins et des prestations de santé de qualité par une offre de soins équitable et adaptée aux territoires.

Section II : Les défis à relever par la réforme hospitalière

La transition sanitaire et démographique et les changements politiques et socioéconomiques que notre pays a connu d'une part et les progrès scientifiques et technologiques avec la mondialisation et les nouvelles menaces sur la sécurité sanitaire d'autre part constituent autant de défis et rendent incontournable la nécessaire adaptation de notre système national de santé.

1- Défis globaux résultant de la transition sanitaire et démographique qui constitue une tendance lourde et durable :⁴

⁴MSPRH - Secrétariat d'État chargé de la Réforme Hospitalière - Cadre conceptuel et démarche opérationnelle

Les principales causes affectant l'état de santé de la population résultent, principalement, de la transition sanitaire que connaît notre pays à travers :

- La transition démographique avec d'une part un quadruplement de la population en l'espace de 50 ans et d'autre part un allongement de l'espérance de vie à la naissance qui est passée de 49 ans en 1962 à 77,8 ans en 2019, engendrant une augmentation de la population âgée avec ses besoins spécifiques de santé.
- Le changement du mode de vie du fait des efforts de développement, de l'urbanisation, des bouleversements des habitudes et des comportements de la population (fastfood, sédentarité : véhicule, télévision...) qui constituent autant de facteurs de risque pour les maladies non transmissibles dont l'augmentation régulière est préoccupante ;
- La montée des accidents et des traumatismes liés aux conditions de vie et de travail.
- L'émergence des risques sanitaires induits par les changements environnementaux et climatiques.

Cette transition sanitaire rend compte de l'intérêt primordial qu'il conviendra d'accorder aux problématiques :

- De la demande accrue de soins générée par la transition du fait des nouveaux problèmes de santé et des nouveaux groupes à risque.
- Du coût des soins de plus en plus importants du fait des nouveaux besoins et du recours aux nouvelles technologies médicales et aux molécules innovantes.
- De la maîtrise des processus de gestion et de l'amélioration de la performance des établissements de soins en termes d'efficacité, d'efficience et de qualité.
- De l'intersectorialité compte tenu de l'ampleur croissante des problèmes de santé relevant d'une approche intersectorielle dont il est essentiel de garantir la cohérence des politiques publiques et la coordination des activités liées à la santé, à l'environnement et au climat.
- De l'équité dans la distribution des ressources et l'accès aux soins de qualité qui exige un rôle actif de l'État dans la régulation d'un système de santé davantage solidaire.

2- Des défis résultant de la mise en œuvre d'action de réforme antérieures

Nonobstant, les résultats de l'analyse de la situation du système de santé, il convient d'avoir à l'esprit que des contraintes et des difficultés souvent structurelles ont déjà été identifiées dans la mise en œuvre des actions de réformes antérieures. Il s'agit principalement;

- Du déficit en termes de capacités techniques et administratives pour formuler et piloter les stratégies de réforme ainsi que pour coordonner les programmes en faveur de l'efficacité des investissements consentis.
- De l'absence d'un système d'information global et intégré permettant
 - ✓ L'identification précise des besoins en santé.
 - ✓ L'évaluation de la performance sur la base de tableaux de bord et d'indicateurs précis permettant d'assurer un suivi en continu des programmes de santé.

- ✓ La planification stratégique des infrastructures, des moyens et des ressources humaines et iv) un suivi épidémiologique efficace.
- Des difficultés d'application sur le plan budgétaire de nombreuses mesures telle que la contractualisation.

3- Des défis qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire :

Il s'agit là de défis majeurs qui appellent à une réforme structurelle du dispositif existant dès lors qu'ils portent, notamment, sur la gouvernance, l'offre de soins et la répartition des ressources, ainsi que sur l'intersectorialité.

4- Défis de la gouvernance ;

Le mode de gouvernance, mis en place, constitue, malgré les investissements consentis, l'un des principaux facteurs limitant la performance du système national de la santé.

Ce mode de gouvernance est notamment marqué par une centralisation excessive de la décision, une faible participation des acteurs de la santé, une faible autonomie dans la gestion et l'absence de cadre de régulation et d'évaluation. Il s'agira, dans le cadre de ce processus de réforme, de s'attacher, notamment à :

- Améliorer l'organisation et la gestion vers une réelle décentralisation dans la gestion et l'administration du système de santé.
- Mettre en place le cadre et les instances de coordination et de régulation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire.
- Introduire la culture de la pertinence et du résultat dans les pratiques managériales et de fonctionnement et renforcer la responsabilisation des acteurs de la santé.
- Développer les outils de contrôle, d'audit et de suivi-évaluation.
- Introduire les mécanismes d'accréditation et de certification dans la perspective de l'alignement sur les standards internationaux de qualité et de sécurité.

5- Défis de l'organisation de l'offre de soins et de la répartition des ressources :

Malgré les moyens investis, force est de constater que les inégalités dans la répartition des ressources persistent et constituent de fait une source d'inégalité dans l'accès aux soins. Il s'agit d'un défi qui doit prendre en considération les nouveaux enjeux territoriaux dans l'approche sanitaire.

En effet, les enjeux territoriaux dans l'approche sanitaire nécessitent une approche nouvelle qui devra consister à appréhender les territoires comme non seulement l'expression d'une réalité sanitaire avec des besoins diversifiés selon les zones géographiques mais aussi comme un espace de décision et de pilotage d'une part et comme un espace d'organisation des services sanitaires d'autre part.

Ce défi passe par une vision rénovée de la carte sanitaire qui doit être conçue comme l'élément de référence et de support du développement sanitaire du pays et comme l'instrument normatif du schéma d'organisation sanitaire qui devra, notamment, veiller à :

- Assurer de façon équitable la prise en charge sanitaire des bassins de population à travers tout le territoire national avec un intérêt particulier pour l'offre de soins dans les régions et les zones spécifiques d'une part et pour les urgences et la santé de proximité d'autre part.
- Faire émerger des pôles de pilotage au niveau régional voire local qui deviendront des espaces de dialogue, de participation, de choix et de décision en matière d'offre de soins.
- Normaliser les effectifs, les infrastructures et les équipements.
- Développer les structures de référence notamment pour les soins de haut niveau, les réseaux de soins et les partenariats.

6- Défi de l'intersectorialité

La coopération intersectorielle à la réalisation des objectifs fixés en matière de santé figure au nombre des principes directeurs de la stratégie de la santé adoptée à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, 1978).

Cependant, la cohérence et l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé menées par les différents secteurs se heurte à de multiples contraintes qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire notamment dans les domaines de l'action sur les déterminants sociaux de la santé et celui de la prévention et de la promotion de la santé.

Dans ce cadre, il s'agira, pour tous les secteurs, de :

- Considérer la santé comme une partie intégrante du processus de développement socioéconomique du pays et par conséquent comme un investissement.
- Surmonter les cloisonnements traditionnels existants à l'intérieur même des pouvoirs publics, entre les organisations gouvernementales et non gouvernementales et entre le secteur public et le secteur privé.
- Développer l'indispensable coopération entre les acteurs de santé par la création de nouveaux partenariats à tous les niveaux de la gestion des politiques publiques en faveur de la santé en intégrant les problématiques sanitaires liées à l'environnement et au climat.

7- Des défis liés aux menaces sanitaires

7-1 Défis des maladies transmissibles

La lutte contre les maladies transmissibles constitue un défi permanent dominé par le risque d'émergence et/ou de réémergence de ces maladies d'une part et les menaces pandémiques d'autre part. Il s'agit, dans ce cadre de :

- consolider et renforcer les programmes nationaux de santé qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes en accordant un intérêt particulier au développement des actions de proximité avec notamment une meilleure identification des populations cibles, une approche intersectorielle (y compris le privé) plus soutenue et une plus grande participation communautaire tout en tenant compte des spécificités locales (longues distances, enclavement, climat, populations mobiles).
- Développer de nouveaux programmes de prévention en vue :
 - D'étendre la protection de la santé aux autres catégories de la population (petite enfance, adolescents et personnes âgées) et dans les milieux spécifiques.
 - De promouvoir la santé mentale, la santé buccodentaire...
- Développer le dispositif de veille, d'alerte épidémiologique et de riposte dans le triple objectif d'une préparation anticipée, d'une détection précoce et d'une riposte rapide à tout phénomène à potentiel épidémique émergent ou réémergent et à toute menace pandémique.

7-2 Défis des maladies non transmissibles :

Les maladies non transmissibles constituent actuellement un problème de santé publique mondial majeur et la problématique générale, en Algérie, résulte de la transition qu'a connue notre pays.

Ce défi majeur repose sur la mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte intégrée et multisectorielle prenant en compte les déterminants sociaux, comportementaux, environnementaux, climatiques, économiques et axée avant tout sur la prévention.

Dans ce cadre, il s'agit, pour notre pays, de :

- Développer avec les secteurs institutionnels et la société civile la stratégie nationale visant à créer un environnement favorable à la santé pour réduire les principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles à travers une approche de proximité qui aide et implique la population à adopter des modes de vie sains.
- Développer un système de surveillance et de suivi permettant de disposer de données fiables et standardisées sur les maladies non transmissibles prévalentes et sur les principaux facteurs de risques.
- Promouvoir le dépistage des maladies non transmissibles prévalentes comme action prioritaire dans l'élargissement de l'offre de soins de proximité.
- Consolider et/ou développer des plans et/ou programmes de lutte et de prise en charge des pathologies prévalentes et spécifiques (cancer, maladies chroniques, santé mentale, maladies dégénératives, autisme.....

7-3 Défi des maladies transversaux connexes

Le défi de la sécurité sanitaire, au demeurant complexe, passe également par la prise en compte d'un certain nombre de défis transversaux connexes. Il s'agit principalement des défis, ci-dessous, présentés.

8- Défi de la ressource humaine

Il est marqué par une démotivation de plus en plus importante des professionnels de la santé en raison de leurs conditions de travail, de la progression dans leur carrière et leurs statuts dont le système de rémunération et les perspectives d'évolution demeurent peu attractifs.

Ce défi qui conditionne la réussite du processus de réforme dès lors que la ressource humaine est le facteur essentiel du changement, passe, notamment, par la nécessité.

- D'améliorer les conditions d'exercice et la progression des carrières de toutes les catégories des professionnels de la santé avec l'introduction d'un dispositif d'intéressement motivant et de mesures incitatives qu'il conviendra de définir durant ce processus de réforme.
- De repenser le contenu et les profils de formation des professionnels de santé avec les compétences exigées pour répondre aux besoins de santé actuels et futurs de la population.
- D'assurer une formation de qualité dans les différentes filières de formation des professionnels de santé selon les lieux de formation tout en développant les moyens pédagogiques modernes (télémédecine, simulation.).
- D'institutionnaliser la formation continue.
- D'adapter la planification et l'organisation de l'affectation des professionnels de santé formés quel que soit leur mode d'exercice selon les besoins des différents bassins de population.

9- Défi de l'introduction des nouvelles technologies en matière de santé

Dans la mesure où elles offrent d'immenses perspectives en termes d'amélioration des prestations de santé au profit des patients. Cependant, l'enjeu majeur demeure l'adoption de technologies médicales efficaces et efficaces les plus adaptées non seulement à nos besoins mais à nos moyens.

10- Défi de la sécurité pharmaceutique et de la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité :

La sécurité pharmaceutique et la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité constituent un défi hautement problématique aussi bien d'un point de vue thérapeutique et éthique qu'économique. Elles devront être érigées en priorité du fait qu'il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique pour l'accessibilité à des soins de qualité et pour la performance des programmes de santé.

Ce défi stratégique, dans lequel l'État doit rester souverain dans les choix stratégiques, passe par l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique rénovée tenant compte des besoins et des moyens du pays qui portera, notamment, sur :

- Les prescripteurs qui constituent de fait les ordonnateurs de la dépense en produits de santé à travers l'adaptation de leur formation initiale aux nouveaux besoins et aux exigences d'une prescription rationnelle, et l'institutionnalisation de leur formation continue, de manière totalement indépendante.
- Les acteurs de la pharmacie en tant qu'intervenants incontournables dans la chaîne de soins (prévention, diagnostic, thérapeutique, gestion du produit pharmaceutique de l'approvisionnement à la dispensation) à travers, notamment, l'adaptation de leur formation et la redéfinition de leur rôle et de leurs responsabilités compte tenu des évolutions dans le métier.
- Les médicaments essentiels dont la liste devra être actualisée pour constituer le référentiel national pour la prescription et pour l'orientation de l'industrie pharmaceutique nationale dans le but d'assurer une disponibilité constante sur tout le territoire et une accessibilité pour tous les patients.
- Les référentiels thérapeutiques à travers l'élaboration de guides thérapeutiques nationaux, conformes aux progrès de la médecine et à l'usage rationnel des médicaments, basés sur les consensus et destinés en priorité aux médecins généralistes.
- L'industrie pharmaceutique à travers le renforcement du potentiel existant, la mobilisation de toutes nos capacités nationales de production et de recherche, la promotion du générique et du biosimilaire ainsi que l'investissement dans la formation spécialisée des personnels.
- L'information sanitaire en direction de la population pour lutter contre l'automédication avec ses risques et le gaspillage.

11- Défi de la sécurité des patients et la protection des professionnels de la santé vis-à-vis du risque infectieux en milieu de soins ;

Dans la mesure où les infections en milieu de soins par leur gravité, leur charge de morbidité et l'importance de leur impact économique constituent un fardeau, au demeurant évitable, pour les systèmes de santé. L'enjeu consistera à :

- Adopter et mettre en œuvre les stratégies pour prévenir les infections liées aux soins : notamment dans les domaines de l'hygiène des mains, de la sécurité transfusionnelle, de la sécurité des injections et de la vaccination, de la sécurité des procédures cliniques ainsi que de la sécurité de l'eau et de l'air, de l'assainissement et de la gestion des déchets en milieu de soins.
- Implémenter la sécurité et la sûreté biologique dans les laboratoires : dès lors que l'émergence et la réémergence des maladies infectieuses à potentiel épidémique voire pandémique constituent autant des menaces sanitaires majeures auxquelles sont notamment exposés les personnels de laboratoire en contact avec les agents et les toxines microbiologiques.

12- Défi du développement de la recherche en santé

Dans la mesure où la recherche avec la formation s'impose comme facteur incontournable de tout développement et de tout progrès et ce d'autant qu'ils constituent un des meilleurs investissements en santé dans l'amélioration de la qualité des prestations de soins et des activités de prévention garant d'une meilleure prise en charge des problèmes de santé de la population.

Il s'agira, dans ce cadre, notamment, de s'appuyer sur ;

- Le développement de la formation en méthodologie de la recherche,
- La facilitation de l'accès aux projets de recherche et leur orientation vers des objectifs opérationnels en rapport avec les défis du système national de santé,
- Un financement conséquent et accessible.

13- Défi de développement de la communication et de la participation communautaire :

Dans la mesure où il constitue un axe stratégique nouveau dont l'un des enjeux consiste à identifier les canaux à travers lesquels la communication pourra s'établir entre tous les intervenants afin de permettre une plus grande implication multisectorielle, une réelle participation communautaire et la promotion des initiatives locales.

Section III : Mesures opérationnelles à court terme**1- Mettre en place les outils de la réforme hospitalière et à préparer l'environnement****1-1 Le processus de dialogue et de concertation**

Il s'agit d'une démarche stratégique, engagée depuis aout 2020, afin de faire du processus de réforme une affirmation de l'approche participative et de la transparence telle que préconisé dans le plan d'action du gouvernement. Dans ce cadre, il est prévu de :

- Intensifier les visites sur les terrains avec des débat locaux et participatifs afin de favoriser la participation locale
- Consultation citoyenne auprès des usagers et des professionnelles de la santé afin de se leur permettre de contribuer
- Préparation de l'assise nationale de la réforme hospitalière : cette rencontre nationale viendrait acter les avancées réalisées à l'issue du deuxième round de dialogue et de concertation, jeter les bases de la refondation du système national de santé et mettre en place un mécanisme de haut niveau de suivi et de coordination du processus de la réforme hospitalière. Sa préparation pourra, dès à présent, être lancée dans le cadre de ce deuxième round de concertation et de dialogue avec l'ensemble des parties prenantes.

1-2 La numérisation du secteur de la santé

Il s'agit d'une option stratégique fondamentale qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de numérisation du gouvernement et celui de l'amélioration de la performance du service public de santé et ce en référence à l'engagement présidentiel n° 25 relatif à

« La réalisation d'une transformation numérique pour améliorer la connectivité, généraliser l'usage des TIC notamment dans les administrations publiques et améliorer la gouvernance économique ».

En considérant déjà les investissements consentis aussi bien en termes d'infrastructures technologiques et qu'en termes d'applications informatiques d'une part et, d'autre part, prendre en compte les différentes contraintes identifiées qui ont freiné sa mise en place (techniques, financières, organisationnelles, ressources humaines).

Il s'agira, dans le cadre de la conduite du changement et de l'accompagnement des différents acteurs pour une nouvelle culture de la gestion et du partage des données en santé de :

- Finaliser le processus de création de l'agence chargée de la numérisation
- Poursuivre le processus d'élaboration de la stratégie sectorielle de numérisation lancée le 20 décembre 2020⁵

1-3 La contractualisation

La contractualisation comme rôle déterminant est considérée comme prioritaire dans l'amélioration des performances du système de santé et qu'il s'agit de responsabiliser les acteurs en passant d'une culture des moyens à une culture de résultats mesurables sur la base d'un arrangement contractuel consacré par un engagement formel avec des devoirs et des obligations réciproques pour chacune des parties et l'approche retenue devra s'appuyer sur une concertation fiable entre eux, dans cette optique le point retenu s'agit de ;

- Poursuivre la mise en œuvre de la feuille de route de la commission sectorielle de la contractualisation du MSPRH mise en place le 27 décembre 2020,
- Réactiver ensuite, le comité intersectoriel santé- sécurité sociale pour formaliser le système de contractualisation entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociales.
- Actualiser la nomenclature et la tarification des actes de soins en tant que préalable
- Lancer au fur et à mesure des opérations pilotes pour les pathologies dont les couts ont été déjà convenus

⁵MSPRH - Secrétariat d'État chargé de la Réforme Hospitalière - Cadre conceptuel et démarche opérationnelle

- Veuillez à mettre en place un mécanisme de négociation et d'arbitrage de nature à éviter tout dérapage des dépenses de santé par la création des conditions d'une inflation des actes médicaux.

1-4 Les comptes nationaux de la santé

Ils constituent un outil nécessaire pour l'analyse efficace du financement de la dépense nationale de santé. Leur mise en place, prévue dans l'article 338 de la loi 11⁰ 18-1 1 du 2 juillet 2018 relative à la santé, parmi ses principaux objectifs on citera ;

- L'appréciation de l'ampleur du financement utilisé (public et privé),
- D'identifier et d'évaluer les capacités des différentes sources de financement et leur contribution (État, caisses de sécurité sociale, ménages, collectivités locales, entreprises économiques.).
- D'analyser la répartition de ces ressources entre les différents prestataires (public, parapublic, privé),
- Permettra notamment de répondre au besoin d'information pour la prise de décision en matière de politique sanitaire et d'appuyer le processus de réforme en tant qu'outil d'évaluation des stratégies mises en œuvre et de leurs impacts.

1-5 La simplification et la dématérialisation des procédures

Elle entre dans le cadre de la politique gouvernementale de lutte contre la bureaucratie compte-tenu de son impact néfaste sur la vie quotidienne et l'activité professionnelle des usagers notamment dans un secteur aussi sensible que celui de la santé.

Elle s'appuiera sur la numérisation du secteur et devra être un véritable outil de transparence et d'amélioration de la proximité du service public de santé.

Il s'agira, dans une première phase, de procéder au recensement de l'ensemble des procédures administratives mises en place et de formuler, dans un cadre concerté, toutes les propositions d'assouplissement et d'allègement qu'il conviendra d'engager dans les meilleurs délais.

Ce processus a été, déjà, engagé et il est intégré dans le cadre du plan d'action du MSPRH. Il porte sur la poursuite du processus de lutte contre la bureaucratie à travers la simplification et dématérialisation des procédures concernant, notamment. _

- La formation : pré-inscription et inscription, demandes d'agrément, demandes d'équivalence des diplômes, délivrance de diplômes,
- Les ressources humaines : allègement des procédures de nomination et de désignation pour les postes prononcés par arrêté ministériel.

1-6 La décentralisation

La gestion du système national de santé demeure caractérisée par son caractère centralisé qui a montré ses limites et engendré des multiples frustrations aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Ainsi, la décentralisation est devenue un point nodal de la politique nationale de santé et une nécessité pour évoluer vers un système de santé performant, résilient et de qualité.

- A court terme, il s'agira de lancer le processus de décentralisation de l'acte de gestion, en tant que mesure traduisant la volonté des pouvoirs publics de faciliter les procédures aux professionnels et aux usagers de la santé. Ce processus a été, déjà, initié par le MSPRH et il porte, dans une première étape, sur les actes suivants :
 - ✓ Etude des projets de réalisation et mise en fonction des établissements de santé privés ainsi que la création des centres médico-sociaux ;
 - ✓ Installation en cabinet privé des praticiens spécialistes, installation en officine ainsi que la nomination des directeurs techniques des établissements de santé privés,
 - ✓ Authentification des documents de santé ;
 - ✓ Projets d'investissement et d'équipement inscrits à l'indicatif des établissements publics de santé.
- A moyen terme et à l'issue du processus de réflexion, il s'agira de :
 - ✓ Recentrer le rôle du ministère de la santé dans ses missions régaliennes au niveau de la gouvernance centrale en tant qu'organe névralgique en charge des orientations stratégiques, de la réglementation, de la normalisation, de la planification, du contrôle et de l'évaluation. Ce rôle devra, dans la perspective de la réforme, s'attacher, également, à
 - ✓ Elaborer le plan national de développement sanitaire, fixer ses priorités et ses objectifs, arrêter sa stratégie de mise en œuvre et suivre son application,
 - ✓ Procéder aux évaluations, aux arbitrages et aux contrôles nécessaires pour assurer la cohésion d'ensemble ;
 - ✓ Décentraliser la gouvernance du système nationale de santé, à travers la régionalisation dans son organisation, dans son fonctionnement et dans ses procédures.

1-7 Le développement du système national d'information sanitaire

L'évaluation du Système National d'Information Sanitaire (SNIS) réalisée, en 2011, par l'INSP (Institut National de Santé Publique) à l'aide de l'outil HealthMetrics⁶ de l'Organisation Mondiale de la Santé, a permis de mettre en évidence les atouts indéniables mais aussi les insuffisances et les incohérences du SNIS qui constituent autant de défis.

⁶ Outils de diagnostic rapide pour les systèmes de santé

Il s'agira, vis-à-vis de ces défis, de s'appuyer, tout d'abord, sur les atouts qui reposent notamment sur la présence à chaque niveau de la pyramide sanitaire de personnels chargés de la collecte, de l'analyse, de la gestion et de la diffusion des données du SNIS, l'existence d'une structure nationale historique, en l'occurrence l'INSP et ses éléments d'appui tels que les observatoires régionaux de la santé, les laboratoires de référence...

Ainsi et sous le leadership de l'INSP, il conviendra avec toutes les parties prenantes du SNIS dans le souci du développement d'un SNIS performant, adapté aux nouveaux enjeux sanitaires et intégrant les nouvelles technologies de l'information, de s'attacher à renforcer les six composantes du SNIS qui portent sur les ressources humaines et financières, les sources de données, les indicateurs, la gestion des données, le produit de l'information et la retro-information et l'utilisation des données.

2- Asseoir la mise en place de la couverture sanitaire universelle ; Une réforme structurelle fondamentale

Le principe de la « médecine gratuite » point cardinal de toutes les politiques de santé, mises en œuvre, depuis 1974, dans l'objectif d'assurer un accès aux soins à toute la population sur la base des principes fondamentaux d'équité, de solidarité et de justice sociale a toujours été affirmé par les pouvoirs publics.

Ce souci de garantir à tous les citoyens algériens, quel que soit leurs revenus ou leurs conditions sociales, un accès équitable aux soins de santé vient d'être récemment réaffirmé dans la Constitution promulguée par Monsieur le Président de République après avoir été votée par le peuple algérien en novembre 2020.

Cependant, l'évolution du système de santé, en particulier depuis la fin des années 1980 et la loi autorisant l'investissement du capital privé dans toutes les catégories des institutions de santé a produit une situation qui a montré ses limites.

En effet, si la promotion du secteur privé de la santé a permis sans aucun doute une diversification de l'offre de soins et souvent son amélioration en termes de qualité, le développement de ce secteur, mal encadré du point de vue juridique et financier, a fini par produire des effets pervers conduisant à la création d'une flagrante inégalité dans l'accès aux soins.

Inégalité dans l'accès aux soins d'origine multifactorielle, Ainsi, cette inégalité dans l'accès aux soins peut s'expliquer par des raisons liées :

- ✓ Au champ d'application de la politique de la médecine gratuite au niveau du seul secteur public du fait du rôle pivot qui lui a été accordé, à juste titre, par l'État pour garantir son action,
- ✓ Aux sources de financement basées sur l'Etat et la Sécurité Sociale avec une participation de plus en plus importante des ménages créant ainsi une situation qui bat en brèche le principe de la « gratuité de la médecine » dès lors que les soins payants non remboursés ou faiblement remboursés pèsent de plus en plus

lourd sur la bourse de ces ménages créant ainsi de facto des inégalités dans l'accès aux soins.

- ✓ Au mode de financement basé sur « le forfait hôpitaux » et assuré par la principale caisse d'assurance maladie (CNAS) sans aucune évaluation ni a priori ni à postériori ;
- ✓ L'expansion rapide des services produits par le secteur privé qui ont augmenté de façon importante en volume, jusqu'à couvrir, dans certains segments, comme les explorations fonctionnelles, plus de 60% de la demande sans que cette offre ne soit régulée en termes d'indications, de pertinence et surtout de prix ;
- ✓ Au caractère figé, depuis 1987, de la nomenclature et de la tarification des actes favorisant le développement du secteur privé dans sa seule logique commerciale. Ainsi, le financement de ce secteur s'est quasi-totalement effectué par la bourse des ménages dont la participation à la dépense nationale de santé est passée de moins de 10%, dans les années 70, à plus de 25% actuellement ; l'exemple récent des dépenses inhérentes à la pandémie Covid (scanner et tests PCR) est une parfaite illustration.

Ainsi, il s'est créé de fait une inégalité flagrante à l'accès aux soins qui produit de plus en plus de mécontentement et de frustration.

Ce constat rend compte de la nécessité de s'inscrire dans le cadre de la couverture sanitaire universelle issue de la Réunion de haut niveau des chefs d'État et de Gouvernement, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies le 23 septembre 2019 qui se sont engagés à mettre en place la couverture sanitaire universelle, d'ici à 2030, pour bâtir un monde plus sain pour tous.

3- Une assurance nationale « SANTE » Principale source de financement du système national de santé, à travers « la caisse nationale santé »

Elle deviendrait la source principale du financement de système sanitaire pour assurer la couverture sanitaire universelle. Il s'agira de définir les options de ce financement (système d'assurance publique, système d'assurance mixte public – privé, système d'assurance complémentaire). Les différentes sources actuelles (État, CNAS, CASNOS. Participeraient au capital de cette assurance en versant les sommes correspondantes aux dépenses engendrées par la prise en charge de leurs adhérents. Les équilibres pouvant s'effectuer à postériori.

La « caisse nationale santé » bénéficierait d'une autonomie de gestion suffisamment large pour gérer au mieux ses fonds, elle serait gérée par un conseil d'administration associant des représentants de l'État, des différentes caisses d'assurance et des représentants des usagers.

La « caisse nationale santé » se doterait de tous les organes consultatifs nécessaires à son information technique, scientifique et médicale. En particulier, pour hiérarchiser les priorités sanitaires à prendre en charge et décider du mode de financement à établir pour couvrir de manière pertinente et équitable la demande de soins.

4- Améliorer la connaissance de la situation pour l'aide à la décision**4-1 L'audit de la gestion dans les établissements publics de santé**

Pour faire face à la demande croissante de soins, les établissements publics de santé ont connu, au cours de ces dernières décennies, des investissements publics importants et des actions de réforme qui n'ont pas permis d'atteindre les objectifs assignés en termes d'amélioration de la prise en charge des patients d'une part et des conditions de travail des professionnels de la santé d'autre part.

En effet, les méthodes administratives et bureaucratiques appliquées dans ces établissements de santé ont abouti à des dysfonctionnements et à une augmentation des charges.

La démarche modernisatrice du processus de réforme hospitalière dans l'objectif d'une plus grande flexibilité et d'un mode de management participatif requiert au préalable une analyse de situation aussi objective que précise de tous les segments de la gestion des établissements de santé tels que la gestion administrative et technique, la gestion des personnels, la gestion financière, la gestion des moyens, du médicament et des équipements ainsi que la gestion du dialogue social.

4-2 L'enquête sur la perception et les attitudes des usages de la santé » par rapport à l'offre de soins publique et privée

En effet le vécu, le ressenti et le degré de satisfaction des usagers vis-à-vis de l'offre de soins sont autant d'éléments qu'il importe de prendre en compte dans l'élaboration de tout processus de réforme dès lors que la satisfaction de l'utilisateur est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins de l'OMS.

Il s'agira d'intégrer dans le processus de réforme la diversité des besoins et des attentes des usagers de la santé qui reposent essentiellement sur une réponse technico-médicale vis-à-vis de leurs troubles, mais aussi sur une réponse psychologique et sociale vis-à-vis de la situation de rupture par rapport à leur environnement et à leurs contacts sociaux induite par la maladie qu'il importe de ne pas négliger.

Conclusion

L'absence de contraintes financières avait favorisé un accès élargi des populations aux soins entraînant une forte augmentation des dépenses de santé et l'analyse des principaux indicateurs de santé montrent des résultats et des avancées appréciables en ressources humaines, en infrastructures, en équipements et en qualités de soins, mais des inégalités et des insuffisances persistent avec l'insatisfaction des professionnels, des gestionnaires de santé ainsi que des usagers.

Les pouvoirs publics doivent abandonner l'idée que préserver la santé du citoyen n'est pas rentable et se décider à aligner le coût de la prestation médicale sur le coût de la vie. La

refondation du système de santé se présente aujourd'hui comme un besoin insistant. Elle est devenue une priorité, une urgence, parce que la gratuité des soins apparaît en décalage avec les transformations incessantes de la réalité sociale algérienne, et est de plus en plus incapable de satisfaire un besoin médical qui s'est grandement accru en parallèle avec l'amélioration de la qualité de la vie et de l'accès à l'information.

Entre l'étatisation complète et la libéralisation intégrale, la contractualisation s'est imposée comme la solution la plus appropriée pour résoudre les problèmes induits par la conjoncture socioéconomique (problèmes de qualité des services publics de santé, émergence de nouveaux acteurs privés, ...).

Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelle ne peuvent assurer la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis. Ce qui nous amène à dire que Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devrait être essentiellement lié au mode de financement de la santé et à la maîtrise des dépenses afin d'une part garantir la solidité du système et d'autre part satisfaire les besoins de santé de la population.

Toute fois la mise en application des réformes reste un sujet d'audit et d'enquête vérifiable sur le terrain afin de se prononcer si réellement il y a application ou non, chose que nous allons traiter, bien sûr dans la mesure où l'information ne nous sera pas objet de refus, dans notre partie pratique consacré à l'établissement de Santé de Proximité de
OUAGUENOUN



Chapitre IV :
La qualité de service hospitalier
au niveau de l'EPSP de
Ouaguenoun

Introduction

En effet le vécu, le ressenti et le degré de satisfaction des usagers vis-à-vis de l'offre de soins sont autant d'éléments qu'il importe de prendre en compte dans l'élaboration de tout processus de réforme des lors que la satisfaction de l'utilisateur est une composante de la définition de l'évaluation de la qualité des soins selon l'OMS.

La qualité des soins, quelles que soient les formes d'exercice de l'activité professionnelle, est le socle de la relation de confiance entre le praticien, le médecin, l'infirmier et leurs patients.

Le personnel de la santé est confronté quotidiennement aux maux des patients, soit parce qu'ils constituent le motif de consultation dans la majorité et alors un diagnostic précis doit être établi et dans l'objectif est thérapeutique et fait dans les règles de l'art, en respectant plusieurs paramètres que nous traiterons dans ce présent chapitre qui constitue notre étude de cas pratique.

Nous entamerons ce chapitre par la présentation de l'organisme d'accueil qui est l'établissement public de santé de proximité (EPSP) de Ouaguenoun, nous citerons les différents services ainsi que son organigramme, et nous finirons par une enquête de terrain auprès d'un échantillon de patients qui nous servira de support d'évaluation de la qualité de service hospitalier.

Section I : Présentation de l'organisme d'accueil « Etablissement Public de Santé de Proximité de Ouaguenoun**1- L'organisme d'accueil, l'EPSP Ouaguenoun****1-1 Historique de l'organisme d'accueil :**

L'Etablissement public de santé de proximité (E.P.S.P) de Ouaguenoun est créé dans le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle carte sanitaire qui est régie par le décret exécutif n° 07-140 du 19 mai 2007, il est sous la tutelle de la Direction de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou (DSP), sa mission est la prise en charge des soins de santé de base, de proximité et les actions de prévention.

Il est constitué de neuf (09) polycliniques et quarante (40) Salles de soins qui sont déployées à travers les trois (03) Daïrates ; à savoir OUAGUENOUN, MAKOURA et TIGZIRT, en totale **Huit (08)** communes qui sont destinées à couvrir les différents bassins de populations en besoins de santé de base. Cet établissement couvre une population moyenne de 150 000 habitants.

1-2 Situation géographique : L'EPSP DE OUAGUENOUN est limité

- Au nord par la mer méditerranée
- Au Sud par DAIRA DE TIZI-OUZOU

- A l'est par AZEFOUN – CNE DE FREHA
- A l'ouest PAR LA WILAYA DE BOUMERDES

Le siège de l'EPSP de Ouaguenoun est situé au centre de la commune de Ouaguenoun.

1-3 Ressources Humaines :

En Matière de Ressources Humaines, L'EPSP de Ouaguenoun dispose de :

- Praticien spécialiste de santé publique : 15
- Praticien de santé publique : 124
- Paramédicaux de santé publique : 265
- Sage-femmes de santé publique : 46
- Psychologue et Orthophoniste de santé publique : 16
- Biologiste de santé publique : 26
- Corps commun : 52
- Contractuel : 92

1-4 Les activités de l'EPSP de Ouaguenoun :

- Les activités de médecine générale
- Les activités de soins dentaires
- Les consultations de spécialité de base
- Les activités de soins paramédicaux (pansements, injections et autres)
- Les activités de prévention
- Les activités d'aides aux diagnostics

2- Description de l'organisme d'accueil :

La polyclinique de Tikobain, fait partie de l'EPSP de Ouaguenoun, elle abrite le siège de direction, cette polyclinique couvre la population de la commune de Ouaguenoun en besoins de santé de base.

Cette polyclinique dispose des services suivants :

- ✓ Service de urgences qui travaille 24h/24h
- ✓ Service de laboratoire qui travaille 24h/24h
- ✓ Service de maternité qui travaille 24h/24h
- ✓ Service de radiologie qui travaille 24h/24h
- ✓ Salle de soins qui travaille de 08h à 18h
- ✓ Deux cabinets dentaires
- ✓ Deux bureaux de consultation générale (Adultes, enfants)

- ✓ Les bureaux de consultations spécialisées (Pneumologue, médecin de travail, dermatologue, hématologue, Rhumatologue, Neurologie médical, endocrinologie et psychiatre).
- ✓ Service PMI (Protection maternelle et infantine)
- ✓ Vaccination
- ✓ Pharmacie
- ✓ Bureau de médecin chef
- ✓ Bureau du surveillant médical
- ✓ Bureau des entrées
- ✓ Service sanitaire
- ✓ Service d'accueil et orientation

Ajoutant à cela un bloc administratif qui est constitué comme suit :

- Bureau du Directeur
- Bureau secrétariat
- Service Personnel (DRH)
- Service Solde (paie)
- Service économat.
- Sous-Direction des Services Sanitaires SDSS
- Bureau informatique :
 - ✓ (CIES : Correspondant Informatique des établissements de Santé)

Après sont entrée officiellement en activité, l'établissement s'engage dans le monde de travail avec trois objectifs :

- ✓ Rentabilité
- ✓ Efficacité
- ✓ Qualité des services offerts aux patients

Son ambition est d'avoir un niveau élevé de performance technique, économique, et sociale pour se maintenir durablement dans le domaine de la santé, dans un environnement devenu très sensible. Son souci consiste, aussi à préserver et développer sa dimension nationale et à participer à la promotion du secteur sanitaire en Algérie.

3- Missions et objectifs :

3-1 En matière de santé ;

L'activité majeure d'EPSP Ouaguenoun est de :

- Fournir des services de consultation et soins permettant la satisfaction de la population de la région,

- Assurer la première prise en charge des malades nécessitant un transfert vers des CHU ou/et EPH et l'orientation des patients vers les consultations spécialisées et pour des examens approfondis.
- Assurer un meilleur accueil et une information fiable pour les patients et leurs familles.

Dans ce cadre, l'EPSP a arrêté un programme permettant la concrétisation des objectifs fixés. Il peut être cité notamment :

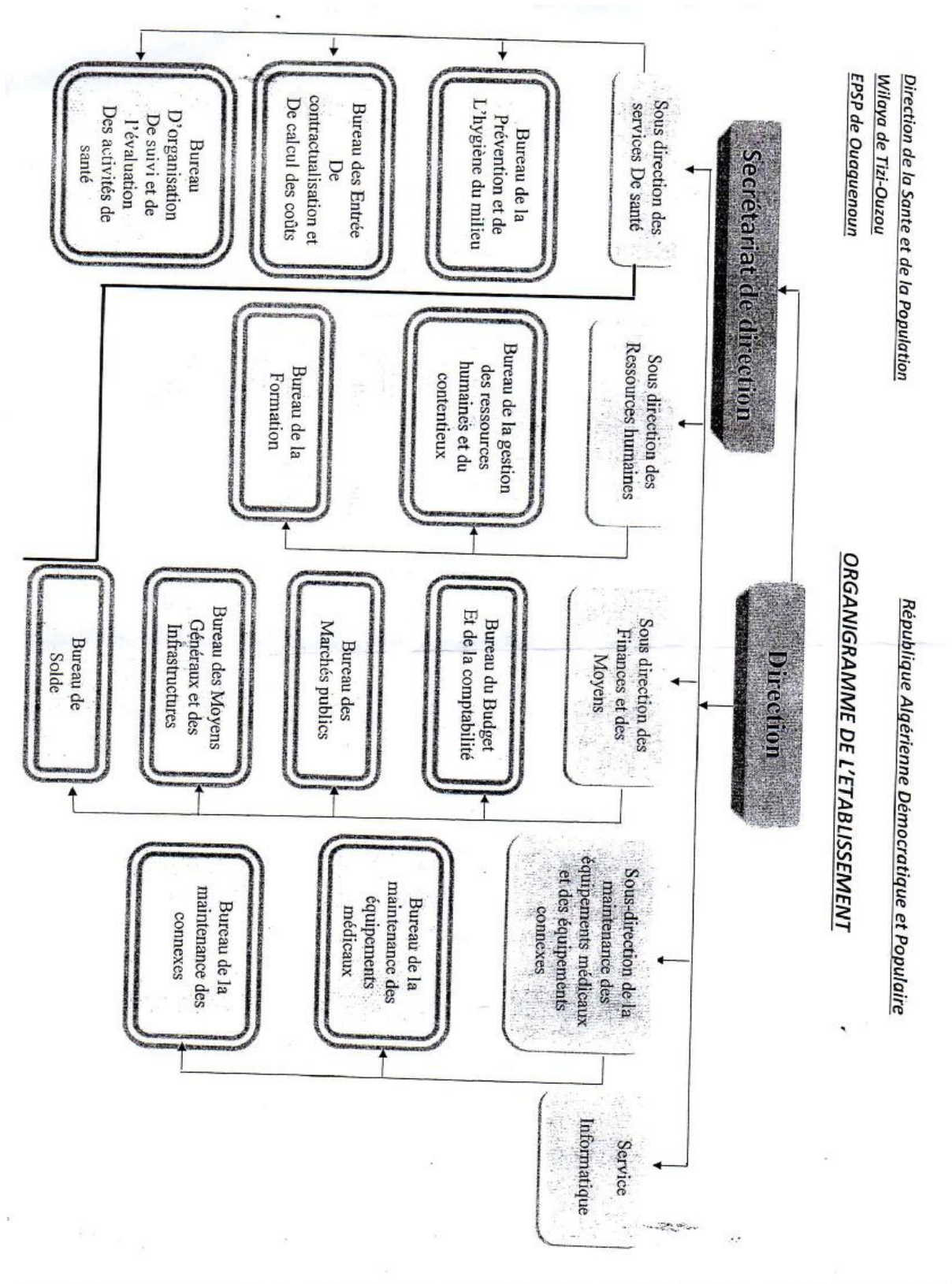
- ✓ Accroître la fiabilité des soins offerts et faciliter l'accès aux services de l'établissement au plus grand nombre d'utilisateurs, en particulier en zones rurales ;
- ✓ Accroître la qualité de services offerts et la gamme de prestations rendues et rendre plus compétitifs les services de soins et consultations
- ✓ Contribuer au développement d'un réseau national de prestations sanitaires fiable et qualifié ;

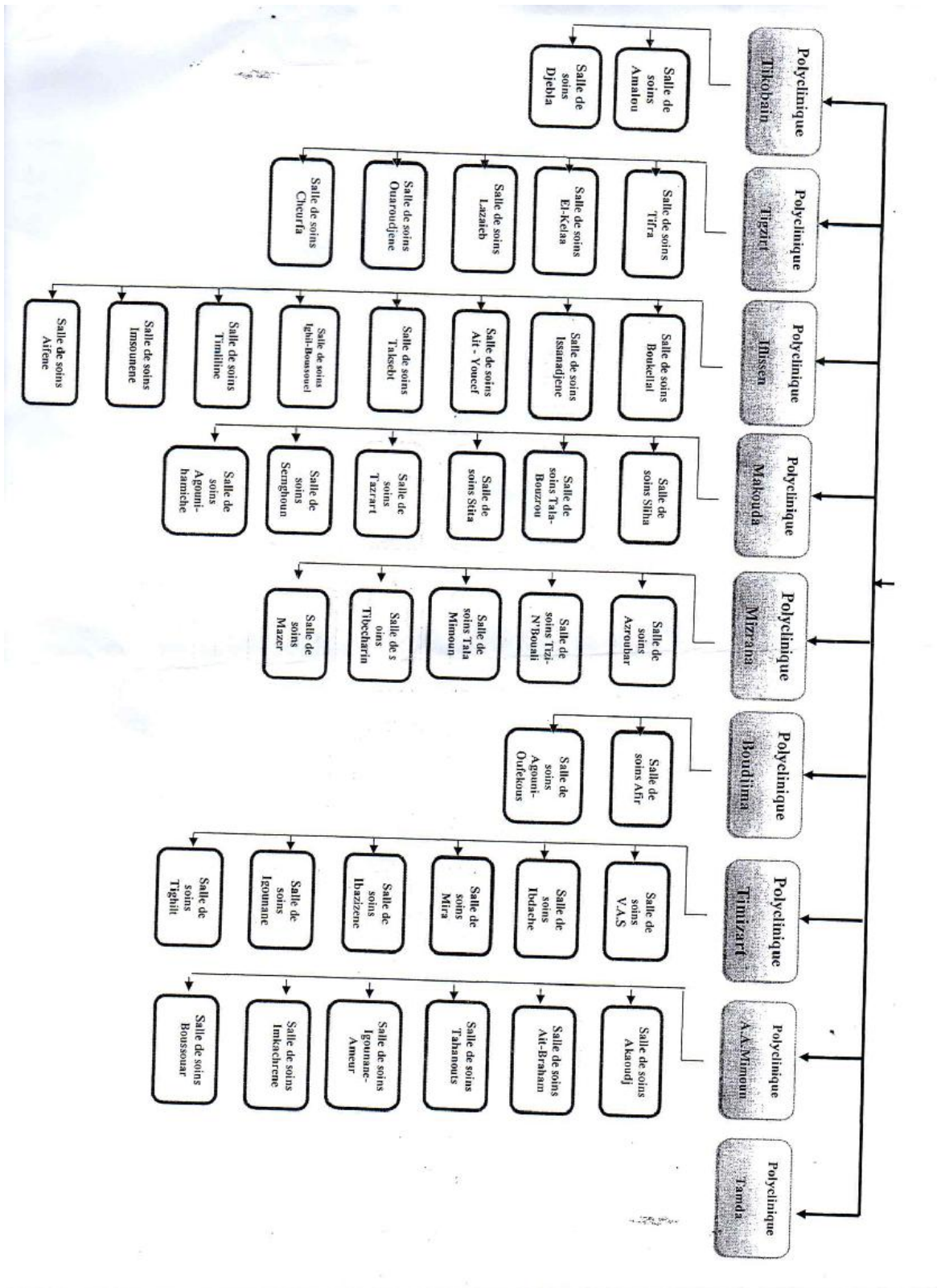
- ✓ L'amélioration de système de santé ;

3-2 En matière de Formation :

L'EPSP de Ouaguenoun assure en collaboration avec les établissements d'enseignement supérieur et formation en sciences médicales, des stages dans le domaine de la santé, administration, ressources humaines, gestion, informatique ...etc. et participe à encadrer les étudiants dans leurs projets de recherches.

1- L'organigramme de l'établissement EPSP Ouaguenoun





Section II : Méthodologie de déroulement de l'enquête au sein de la Direction l' EPSP de Ouaguenoun

Dans le cadre de notre présente étude, nous présentons la démarche utilisée afin d'approcher et d'appréhender ce sujet, de définir le terrain de la recherche et les instruments de collecte d'informations privilégiées.

1- Définition de l'objet de l'enquête :

L'objet majeur de notre recherche est de montrer l'importance d'une part de la qualité des soins donnés au patient et en contre partie de la satisfaction de ce dernier au niveau de l'EPSP de Ouaguenoun.

Pour cela, on a fait recours à la méthode la plus répandue dans le domaine de la gestion, la méthode qualitative.

L'étude qualitative est une méthode qui permet d'analyser et comprendre des phénomènes, des comportements de groupe, des faits ou des sujets.

L'objectif n'est pas d'obtenir une quantité importante de données, mais d'obtenir des données de fond (de qualité !).

Cette méthode de recherche descriptive se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification. Son approche compréhensive peut être utilisée dans beaucoup de domaines, dans notre cas ici présent, il s'agit de la satisfaction des patients des soins prodigués par le personnel de la santé de l'EPSP de Ouaguenoun.

2- Méthodologie de recueil des données :

Afin de répondre aux questions posées nous avons opté pour plusieurs techniques de collectes d'informations, à savoir

- ✓ L'analyse documentaire,
- ✓ Le questionnaire
- ✓ L'entretien semi directif.

2-1 L'analyse documentaire :

L'analyse documentaire est l'opération essentielle déterminant la qualité ou la non-qualité d'une recherche d'information qui en est l'aboutissement : elle consiste à extraire d'un texte tout son sens, pour le transmettre à qui en a le besoin. Dans notre cas, il s'agit d'une étape qui sera réalisé à travers :

- L'organigramme général de l'EPSP Ouaguenoun

- Et des documents et rapports de stage élaborés sur l'EPSP de Ouaguenoun.

2-2 Le questionnaire

Le questionnaire est un instrument central dans notre recherche dont nous avons diversifié les types de questions :

- ✓ Des questions fermées à réponse unique qui facilite le dépouillement ;
- ✓ Des questions ouvertes qui permettent la liberté à l'interrogé de s'exprimer ;
- ✓ Des questions à choix multiples.

Notre questionnaire (voir annexe 1) a été formulé globalement sous forme de questions aux choix multiples et des questions ouvertes pour faciliter le dépouillement et l'interprétation des réponses fournies.

2-3 L'entretien semi directif :

L'entretien est un élément indissociable d'une recherche qualitative. Il permet une meilleure interprétation des résultats grâce à la liberté donnée à l'interrogé de s'exprimer dans le cadre du sujet.

L'entretien a principalement visé les patients de l'administration de l'EPSP Ouaguenoun.

2.4 L'échantillonnage :

Dans notre présente recherche on s'est intéressé sur un échantillon de 250 personnes qui ont fréquenté l'EPSP de Ouaguenoun durant la semaine allant du 24 au 30 octobre 2022

3- L'analyse des résultats des questionnaires destinés aux patient de l'EPSP :

Notre analyse est structurée de la manière suivante :

- ✓ La lecture des principales informations obtenues par les questionnaires
- ✓ Analyse et interprétation des résultats.

Question 1 : quel est votre âge ?

Tableau N° 1 : l'âge des interrogés

Reponses	Nombre	%
21 à 30 ans	7	2,8
31 à 40 ans	28	11,2
41 à 50 ans	46	18,4
51 à 65 ans	71	28,4
+ de 65 ans	98	39,2
Total	250	100

Source : Questionnaire établi par nos soins et distribué

Interprétation des données recueillies :

Il y a une diversification de tranches d'âge des patients interrogés, mais l'âge dominant et celui situé dans la tranche de plus de 65 ans avec un pourcentage de 39,2 %, tandis que la tranche d'âge située entre 51 et 65 ans et représentée par un pourcentage de presque 28,4 % et celle située entre 41 et 50 ans représente par 18,4 %, celle située entre 31 et 40 ans représente que 11,2 % et la dernière tranche entre 21 et 30 ans représente que 2,8%. Donc on peut dire que les patients qui ont fréquenté l'établissement de l'EPSP de Ouaguenoun et une population considérée de troisièmes âges.

Question N°2 : Pourquoi vous avez choisis l'EPSP de Ouaguenoun ?

Tableau N° 2 : Le choix de l'établissement

Responses	Nombre	%
Proche du lieu de résidence	10	4,00
Discipline et rigueur	35	14,00
Calme et respect du malade	89	35,60
Personnel accueillant	95	38,00
Rapidité de prise en charge	21	8,40
Total	250	100

Source : Questionnaire établi par nos soins et distribué

Interprétation des données recueillies :

Nous constatons que le pourcentage des patients interrogés dont la réponse était centrée sur trois critères de choix à savoir

- Discipline et rigueur représenté par un pourcentage de 14%.
- Calme et respect du malade représenté par 35,60 %.
- Personnel accueillant représenté par 38,00 %.

Contrairement aux autres critères de choix dont ;

- Rapidité de prise en charge représenté par 8,40 %.
- Proche du lieu de résidence représenté que 4,00 %.

Ce qui convient de dire que malgré la proximité de l'établissement, les patients optent pour des critères autres que le fait qu'il est proche du lieu de résidence et qu'il convient de dire aussi que la qualité de la prise en charge, le calme, le respect du malade et la qualité de soins prime sur tout autre critère de choix.

Question N°3 : Pensez-vous que l'EPSP de Ouaguenoun a amélioré la qualité de ses prestations?

Tableau N° 3 : Evolution et progrès de l'EPSP

Responses	Nombre	%
1- Oui	220	88
2- Non	30	12
Total	250	100

Source : Questionnaire établi par nos soins et distribué

Interprétation des données recueillies :

Nous constatons que le pourcentage des patients interrogés dont la réponse était positive plutôt que négatif est nettement importante, ce qui traduit que réellement l'EPSP de Ouaguenoun a évolué dans le sens du progrès.

Ce qui explique que les réformes engagées par l'Etat à travers le temps et ce depuis l'indépendance ont permis des retombées positives dans le domaine de la santé. Cela se remarque par l'agrandissement de la structure de santé, par la fourniture de nouveau matériel médical et son renouvellement, par la pertinence des soins prodigués. Caractérisé par le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles (médecins et infirmiers formés même en étant de fonction)

Compte tenu des ambitions de l'EPSP qui est d'avoir un niveau élevé de performance technique, économique, et sociale pour se maintenir durablement dans le domaine de la santé,

dans un environnement devenu très sensible. Désormais le souci consiste, aussi à préserver et un bon niveau de développement à travers ses multiples services.

L'EPSP de Ouaguenoun est un établissement d'une grande envergure couvrant un grand bassin de population, doté presque de tous les services nécessaires pour des soins de base et de proximité, doté d'une ambulance travaillant 24h/24h et permet un accès libre aux soins pour toute la population.

Equipé d'un service des urgences, d'un laboratoire, d'une maternité, d'un service de radiologie, de deux cabines dentaires, bureau pour consultations générales pour enfants et adultes, aussi de consultations spécialisé (PNEUMO, MEDECINE DE TRAVAIL, DERMATOLOGIE, ENDOCRINOLOGIE , PSYCHIATRE...etc. d'un service de vaccination, et d'un service de protection maternelle et infantile pour le suivi de grossesse,

Question N°4 : Quelles sont les carences et les limites de l'EPSP ?

Tableau N° 4 : les carences constatées

Responses	Nombre	%
✓ Hygiène		
✓ Matériel	22	8,8
✓ Médicaments	136	54,40
✓ Soinsprimaires		
✓ Nombre de lits	12	8,8
✓ Disponibilité de vaccin au temps opportun	70	28
✓ Relation Médecins patient	10	4
✓ Manque de personnel soignants		
Total	250	100

Source : Questionnaire établi par nos soins et distribué

Interprétation des données recueillies :

Nous constatons que le pourcentage des patients interrogés dont la réponse concernant les limites et carences au niveau de l'EPSP de Ouaguenoun était centrée sur la disponibilité de médicaments avec un pourcentage de 54,40 % contre 28% de réponse sur la non disponibilité de vaccin au temps opportun et dans les délais requis suivant le calendrier de chaque enfant. Puis nous avons uniquement 8 % de patients interrogés qui se plaignent de manque de matériel, ce qui retarde parfois la consultation et le prise en charge afférente. Enfin, nous avons aussi 8 % de patients interrogés qui se plaignent de nombre de lit parfois insuffisant pour les malades chronique qui ont besoin de se reposer avant d'être consulté. Notons que de 4 % par rapport

au manque de personnel soignants, ce qui expose les patients de l'EPSP à des attentes interminables pour pouvoir recevoir des soins appropriés.

Contrairement à l'hygiène ainsi que la relation médecin-patient, aucune réponse de carence nous a été fournie, ce qui dénote une bonne prise en charge en matière de salubrité et d'hygiène au sein de l'établissement de santé de proximité de Ouaguenoun.

En effet concernant les médicaments dans notre pays, depuis la crise sanitaire de 2020, la demande a fortement augmenté, voire de façon vertigineuse. A cela s'ajoute le manque de moyens financiers causant des carences qui handicape la continuité du service et accable les conditions de travail du personnel de la santé.

Conclusion

Pendant la période du stage à l'EPSP de Ouaguenoun durant laquelle il nous a été permis d'établir notre cas pratique qui est l'évaluation de la prestation hospitalière, nous avons constaté de visu la grande importance que représente l'établissement pour la région de Ouaguenoun et d'autres part, nous avons relevé beaucoup de points positifs à savoir l'accueil réservé aux patients qui le fréquente, la discipline et la rigueur du personnel qui travaille au sein de la structure sanitaire. L'hygiène irréprochable et l'organisation des locaux dédié aux soins

A travers les questionnaires distribués pour un échantillons de patients en guise d'une enquête de satisfaction pour pouvoir évaluer la satisfaction des patients, l'accent s'est porté sur un ensemble de facteurs endogènes et exogènes. Sur les facteurs endogènes, les patients se sont exprimés sur des carences liées manque de moyens matériel, nombre de lit, et humains qui entravent le quotidien et le climat du travail au sein de l'établissement. Sur les facteurs exogènes, les patients ont mis l'accent sur la fourniture et le manque de certains médicaments nécessaire pour des prise en charge immédiate, ce qui pousse le personnel soignant à diriger le malade vers un achat externe par ses propres moyens. A cela s'ajoute, les vaccins qui sont parfois inexistantes et qui sont primordiales pour les enfants notamment pour les nouveaux nés.



Conclusion générale

Conclusion générale

La santé est non seulement un droit fondamental et universel, mais également une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Malgré les résultats incontournables qui sont enregistrés à nos jours, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances.

Nous nous pouvons nier que le secteur de la santé a connu une amélioration, aussi beaucoup des progrès ont été réalisés, surtout depuis le début des années **2000**, grâce à la garantie de l'accès à la santé et l'allocation d'une part importante du budget de l'état consacrée à la santé.

L'Etat devrait investir plus dans la formation de managers spécialisés dans le management hospitalier à l'instar des hôpitaux privées dont la principale logique de fonctionnement est centrée sur les résultats, plutôt que la logique procédurale.

La qualité des soins est dépendante des ressources humaines et financières, des normes professionnelles, des normes des établissements ainsi que des structures disponibles en matière d'équipements, de technologies, etc.

Elle dépend également de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle. Alors que les pays s'engagent à parvenir à la santé pour tous, il est impératif d'examiner attentivement la qualité des soins et des services de santé.

Il est de plus en plus admis dans le monde que les soins de santé de qualité devraient être :

- **Efficaces**, c'est-à-dire reposer sur des bases factuelles et être dispensés à ceux qui en ont besoin ;
- **Sûrs**, c'est-à-dire éviter de porter préjudice à ceux qui en bénéficient,
- **Centrés sur la personne**, c'est-à-dire correspondre aux préférences, aux besoins et aux valeurs de chaque individu.

Afin de tirer profit des bénéfices de soins de qualité, ceux-ci doivent être :

- **Dispensés en temps utile**, c'est-à-dire que les délais d'attente et parfois les retards préjudiciables tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires doivent être réduits ;
- **Équitables**, c'est-à-dire que la qualité des soins ne doit pas varier en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation géographique et du statut socioéconomique ;
- **Intégrés**, c'est-à-dire que l'ensemble de services de santé doivent être disponibles à toutes les étapes de la vie ;
- **Efficients**, c'est-à-dire que les ressources disponibles doivent être exploitées au maximum en évitant le gaspillage.

Conclusion générale

L'enquête de santé permet de donner un aperçu de la satisfaction des patients dans la population générale et de comparer les services fournis par différents prestataires de soins, ce qui nous a été fournis comme attentes à travers notre étude de terrain et l'enquête réalisé auprès des patients au niveau de l'établissement public de santé de proximité de Ouaguenoun.

Malgré les points positifs et indéniables relevés lors de notre enquête de terrain via des questionnaires concernant, l'hygiène, la bonne prise en charge des patients, la rigueur du personnel, le respect du malade et la bonne relation médecin patient, tout un tas de critères qui dénote une administration carrée, cependant beaucoup reste à faire quant à l'écoute du patient et la prise en charge des malades car la satisfaction des patients reste un indicateur crucial de la qualité des soins , chose qui exige de la pertinence absolue.

La satisfaction des patients constitue un aspect crucial dans le domaine de la qualité des soins, dont le critère ultime est de savoir dans quelle mesure les soins rencontrent les besoins (subjectifs et objectifs) du patient. En définitive, il appartient surtout au patient de déterminer si les soins dispensés ont contribué à améliorer sa santé ou sa qualité de vie. Non seulement le résultat en termes de gain de santé ou de besoins rencontrés est important, mais également la manière dont les soins sont dispensés : l'accessibilité des soins, l'organisation des services, l'attitude du personnel soignant, l'information du patient et la manière dont se déroule la communication entre le personnel soignant et le patient.

De ce fait, en plus des réformes engagées par le ministre de la tutelle, la politique de santé devrait être revue en mettant à la disposition du personnel de la santé les moyens adéquats et conséquent pour faire face au différentes tâches et fonctions attribués et auquel ils sont confrontés, à travers des enquêtes de terrains, des visites auprès des infrastructures de la santé pour constater de visu les carences et aussi l'élaboration d'un système d'information sanitaire, ainsi il aura pour objectif principale, d'analyser et de diffuser les données de santé. De façon continu et régulière, en lien étroit avec les décisions prises en matière de santé publique et la mise en œuvre des actions d'un programme.

Dans notre travail de recherche, nous avons analysé la qualité des soins au niveau d'un établissement public qui est l'EPSP de Ouaguenoun à travers une étude de terrain à l'aide d'instruments dédiés à ce propos.

L'intérêt du sujet est double, pour les sciences de gestion et pour les acteurs hospitaliers, puisque cela représente un enrichissement des travaux en rapport avec ce sujet vu la précarité des recherches et travaux sur ce sujet, il intéressera aussi les acteurs des institutions sanitaires, dans la mesure où l'avis des patients représente un intérêt majeur en vue d'améliorer le management hospitalier pour pouvoir répondre aux attentes des patients et faciliter leurs consultations ou leurs séjours.



Bibliographie

Bibliographie

I- Ouvrages et articles de revues

- 1- ABBAD J. « Organisation et management hospitalier » berger Levrault, paris ,2001,
- 2- ALECIAN S. et FOUCHER D., « Le management dans le service public »,Editions d'organisation, Paris, 2002
- 3- BEDDI. H « Les modes de coordination comme analyseurs des relations siège-filiales : une étude de dix firmes multinationales françaises. » *Management international*, volume 17, numéro 2, hiver 2013
- 4- BENOIT, CHRISTINE « Modes d'organisation - Pratiques de management Nouveaux outils de gestion ». Edition Gereso. 2017
- 5- BOUTINET J.-P., « La problématique du projet », L'Harmattan, Paris, 1992.
- 6- CHACHOU A, « *le système national de santé 1962 à nos jours* » Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 2014.

- 7- CHAOUI F.,« Les politiques de santé (1962-2016) entre rente pétrolière et volontarisme populiste », Edition Nous autre, 2016.
- 8- CHAOUI F., LEGROS Michel, « *Système de santé au Maghreb*, In : Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Etudes et analyses, Institut de prospective économique du monde méditerranéen ». Edition IPEMD, 2012.
- 9- CHEROUTE-BONNEAU « La production de soins, un enjeu managérial », gestion hospitalière, février,1998
- 10- CLAVERANNE J.-P., « Le projet d'établissement à l'hôpital », Economica,Paris,1996.
- 11- CLEMENT J-M. « Réflexion pour l'hôpital », les études hospitalières, bordeaux,1998
- 12- CONTANDRIOPOULOS André-pierre : « l'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins » ; EUROTEXT, Paris ,1996
- 13- CREMADEZ M. et GRATEAU F., « Le management stratégique hospitalier »,2èmeEdition MASSON, Paris, 1992.
- 14- CROS F, « Comment faire un projet d'établissement (écoles, collèges et lycées) »,Edition chronique sociale, Lyon, 1991.
- 15- GAUTHIER P. H., GRENON A., OMNES L., PERCHET J. Y., « L'analyse de gestion à l'hôpital », Heral Editions, Paris, 1975.
- 16- LAMAL L., « *le développement du système de santé au cours des cinq décennies de l'indépendance de l'Algérie* », 2012, Disponible sur : <http://www.elmassar-ar.com/ara/permalink/12038.html?print>.
- 17- LEONARD J.-L., « Gérer la complexité à l'hôpital », Gestion hospitalière,
 - 1- n°321, Décembre 1992,
 - 2- MEBTOUL M., « *Le système de soins en Algérie : 1962-2012 de l'étatisation à son éclatement.* » <https://www.djazairiss.com/fr>
 - 3- MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION, « *Développement du système national de santé stratégies et perspectives* » 2001,

Bibliographie

- 4- Ministre de la santé et de la population, « *Loi relative à la protection et à la promotion de la santé* », Agence nationale de documentation de la santé, ANDS, 1998.
- 5- NOBRE T, « l'innovation managériale à l'hôpital », revue française de gestion, 2013/6 n°235
- 6- REMAL Abdelkadir, Etudiant Assistant Sociale à INFSPM d'Alger, « *Système de santé en Algérie* » <https://abdelkadirremal.wordpress.com>.
- 7- SALMIM., « *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle, élément pour une évaluation de la qualité des soins* », Thèse de doctorat, sciences économiques, T-O, Université Mouloud MAMMRI, 2009.
- 8- ZEHNATI A., « *Les évolutions récentes du système de santé algérien* », CREAD, Alger, 2017

II Webographie :

- 1- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, « *Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes* », www.santé.dz.
- 2- <http://www.ons.dz/>
- 3- <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/BMEncyclopedie/BMEphemeride.jsp>
- 4- <http://www.who.int/fr/>

III Rapports et documents :

- 1- Démographie algérienne ONS, 2015 n° 740
- 2- Glossaire de la qualité et de l'évaluation en santé – quelques définitions utiles pour les organismes de développement professionnel continu (ODPC).
Élaboration du glossaire coordonnée par M. Lafont. Haute Autorité de santé.
Février 2014
- 3 OMS, Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde.
2006. Genève

Annexe

ANNEXES

Annexe 1

QUESTIONNAIRE DEDIE AU PATIENTS DE L'EPSP DE OUAGUENOUN ;

Le questionnaire ci-joint a été constitué en vue de réaliser un mémoire de fin de d'étude de Master dans la spécialité de management Public portant la problématique :« évaluation de la qualité de la prestation hospitalière : cas de l'Etablissement Public de Santé de Proximité de Ouaguenoun ».

Réalisé par :

- ✓ M. Hakim CHETOUANE
- ✓ Mme, Flora TAGUINE

Toutes les réponses seront traitées confidentiellement

Question N°1 : SVP quel est votre âge ?

- ✓ 21 à 30 ans
- ✓ 31 à 40 ans
- ✓ 41 à 50 ans
- ✓ 51 à 65 ans
- ✓ + de 65 ans

Question N°2 : Pourquoi vous avez choisis l'EPSP de Ouaguenoun ?

- ✓ Proche du lieu de résidence
- ✓ Discipline et rigueur
- ✓ Calme et respect du malade
- ✓ Personnel accueillant
- ✓ Rapidité de prise en charge

ANNEXES

Question N°3 : Pensez-vous que l'EPSP de Ouaguenoun a progressé ?

- ✓ Oui
- ✓ Non

Question N°4 : Quelles sont les carences et les limites de l'EPSP ?

- ✓ Hygiène
- ✓ Matériel
- ✓ Médicaments
- ✓ Soins primaires
- ✓ Nombre de lits
- ✓ Disponibilité de vaccin au temps opportun
- ✓ Relation médecin patient
- ✓ Manque de personnel soignants.



Table des matières

Table des matières

Remerciement

Dédicace

liste des abréviations

liste des tableaux

liste des figures

Résumé

Sommaire

Introduction générale.....1.

Chapitre I : Evolution du secteur de la santé en Algérie

Introduction : 4.

Section I : Période de reconstruction d'un système de santé dévasté (1962-1992) :4.

1- Phase de 1962 à 1974 :4.

2- Phase de 1974 à 1983 :6.

3- Phase de 1983– 1992.....9.

Section II : Période de 1993 à 1995, Programmes de développement de la santé dans les établissements publics11

. Section III : Période de 1995 à nos jours, réalités du système de santé Algérien et ses perspectives13.

Conclusion.....18

Chapitre II: Le management hospitalier

Introduction19.

Section I- Particularité et réflexion sur la gestion hospitalière.....20.

1- L'hôpital, une organisation à part:.....20.

2- La structure organisationnelle de l'hôpital :20.

2-1 Le sommet stratégique:21.

2-2 Le centre opérationnel :21.

2-3 La ligne hiérarchique:21.

2-4 La technostructure:.....22.

Table des matières

2-5 Les personnels de support logistique:	22.
3- Notion de différenciation:.....	22.
3-1 Un processus de différenciation fort.....	22.
3-2 Types de différenciation.....	22.
3-2-1 La différenciation monde administratif / monde médical :.....	22.
3-2-2 La différenciation services logistiques/opérationnels:.....	22.
3-2-3 La différenciation au sein du centre opérationnel :.....	23.
4- Notion d'intégration	23.
4-1 Les types d'intégrations possible	23.
4-1-1 Intégration par les procédures.....	23.
4-1-2 Intégration par l'ajustement mutual.....	24.
Section II- L'hôpital, structure et organisation complexe :.....	24 .
1- Complexité au sein d'un hôpital.....	24.
2- Caractéristique de fonctionnement d'un hôpital.....	24 .
2-1 Un pouvoir bicéphale	24.
2-2 Multiplicité de service et d'activité.....	25.
2-3 L'ambiguïté de la prise de décision	25.
2-4 Une dynamique d'évolution.....	25.
Section III- L'hôpital dans son environnement	25.
1- Spécificité de l'environnement hospitalier.....	26.
1-1 Le micro environnement	26.
1-1-1 Le client	26.
1-1-2 Les prescripteurs et les concurrents	26.
1-1-3 Les partenaires	27.
1-1-4 Les fournisseurs.....	27.
1-1-5 Ministère de la santé et Direction des Soins Publics	27.
1-2 La macro et méso-environnement.....	27.
1-2-1 La perméabilité de l'environnement	28.
Section IV- Les instruments de régulation des dépenses de santé en Algérie.....	28.
1- La maîtrise comptable des dépenses de santé.....	29.
2- La maîtrise de la demande de soins.....	29.
2-1 Le ticket modérateur	30.
2-2 Le tarif de référence	30.

Table des matières

2-3 Le déremboursement.....	31.
3- La planification et la maîtrise de l'offre	32.
3-1 La carte sanitaire	32.
3-2 Le Numerus clausus	33.
4- Evolution des dépenses de santé.....	35.
4-1 Evolution des dépenses de santé des hôpitaux.....	35.
4-2 Evolution des dépenses en médicaments de la CNAS	37.
5- Les principales causes de l'accroissement des dépenses de santé.....	37.
5-1 Une large couverture sociale.....	37.
5-2 Une offre de soins étendue et diversifiée	38.
Conclusion.....	38.

Chapitre III : La réforme hospitalière

Introduction	39.
Section I- Cadre conceptuel de la réforme hospitalière.....	40.
1. Contexte de la réforme hospitalière.....	40.
2. But et objectif de la réforme hospitalière	42.
2-1 Refonder le système national de santé autour de principes directeurs visant à :.....	42.
Section II : Les défis à relever par la réforme hospitalière.....	43.
1- Défis globaux résultant de la transition sanitaire et démographique qui constitue une tendance lourde et durable.....	43.
2- Des défis résultant de la mise en œuvre d'action de réforme antérieures.....	43.
3- Des défis qui limitent l'efficacité et la portée de l'action sanitaire :.....	44.
4- Défis de la gouvernance ;	44.
5- Défis de l'organisation de l'offre de soins et de la répartition des ressources :.....	44.
6- Défi de l'intersectorialité.....	45.
7- Des défis liés aux menaces sanitaires.....	45.
7-1 Défis des maladies transmissibles.....	46.
7-2 Défis des maladies non transmissibles :	46.
7-3 Défi des maladies transversales connexes	47.

Table des matières

8- Défi de la ressource humaine	47.
9- Défi de l'introduction des nouvelles technologies en matière de santé.....	48.
10- Défi de la sécurité pharmaceutique et de la sécurité des approvisionnements en produits de santé de qualité	48.
11- Défi de la sécurité des patients et la protection des professionnels de la santé vis-à-vis du risque infectieux en milieu de soins	48.
12- Défi du développement de la recherche en santé	49.
13- Défi de développement de la communication et de la participation communautaire:.....	49.
Section III : Mesures opérationnelles à court terme	49.
1- Mettre en place les outils de la réforme hospitalière et à préparer l'environnement.....	49.
1-1 Le processus de dialogue et de concertation	49.
1-2 La numérisation du secteur de la santé.....	50.
1-3 La contractualisation	50.
1-4 Les comptes nationaux de la santé	51.
1-5 La simplification et la dématérialisation des procédures	51.
1-6 La décentralisation	52.
1-7 Le développement du système national d'information sanitaire.....	53.
2- Asseoir la mise en place de la couverture sanitaire universelle ; Une réforme structurelle fondamentale	53.
3- Une assurance nationale « SANTE » Principale source de financement du système national de santé, à travers « la caisse nationale santé »	54.
4- Améliorer la connaissance de la situation pour l'aide à la décision.....	55.
4-1 L'audit de la gestion dans les établissements publics de santé	55.
Conclusion.....	56

Chapitre IV: Le service hospitalier de l'EPSP de Ouaguenoun

Introduction	56.
Section I : Présentation de l'organisme d'accueil « Etablissement Public de Santé de Proximité de Ouaguenoun.....	56.
1- L'organisme d'accueil, l'EPSP Ouaguenoun	56.
1-1 Historique de l'organisme d'accueil :	56.
1-2 Situation géographique.....	56.
1-3 Ressources Humaines :	57.

Table des matières

1-4 Les activités de l'E P S P de Ouaguenoun :	57.
2- Description de l'organisme d'accueil :	57.
3- Missions et objectifs :	58.
3-1 En matière de santé ;	58.
3-2 En matière de Formation :	59.
Section II : Méthodologie de déroulement de l'enquête au sein de la Direction l' EPSP de Ouaguenoun.....	62.
1- Définition de l'objet de l'enquête :	62.
2- Méthodologie de recueil des données :	62.
3- L'analyse des résultats des questionnaires destinés aux patient de l'EPSP :	63.
Conclusion.....	67.
Conclusion Générale	68.

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Table des Matières