

Université Mouloud MAMMERRI de Tizi-Ouzou  
Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion  
Département des sciences économiques



## **Mémoire de master**

En vue de l'obtention du diplôme de Master en sciences économiques

Option : **Economie de la santé**

## **SUJET**

**PREALABLE A LA MISE EN PLACE DE LA CONTRACTUALISATION AU  
SEIN D'UN ETABLISSEMENT PUBLIC : MISE EN PLACE D'UN PROJET  
D'ETABLISSEMENT HOSPITALIER CAS CHU DE TIZI-OUZOU**

**Présenté Par :**

**AIT SAI Fouad  
AMROUN Yanis**

**Dirigé par :**

**M<sup>r</sup>. DAHAK. ABDENNOUR**

**Les membres du jury :**

**President: M<sup>f</sup>**

**Examineur: M<sup>f</sup> ARHAB SAMIR M.A.A- UMMTO**

**Rapporteur : M<sup>f</sup> DAHAK ABDENNOUR M.C. B- UMMTO**

**Année 2016/2017**

## **Remerciements**

Nous tenons tout d'abord et avant tout à rendre grâce à Dieu pour nous avoir donné le courage et la détermination ainsi que la patience pour pouvoir franchir toutes les épreuves afin d'arriver à ce stade.

La réalisation du présent travail a été rendue possible grâce au soutien et à la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.

Nous voudrions exprimer tout notre reconnaissance et notre gratitude ont notre directeur de mémoire, M. DAHAK, ABDNNOUR pour son encadrement, son savoir partagé, ses conseils, sa patience, sa disponibilité et sa générosité qui nous ont permis d'avancer sur ce travail et grâce auxquels ce mémoire a pu aboutir. Veuillez trouver ici le témoignage de notre profond respect.

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

Nous remercions chaleureusement les membres de jury qui ont eu l'amabilité d'accepté d'évaluer notre travail.

Nous présentons nos sincères remerciements à M. ZIRI Abbes, directeur général du CHU de T.O, Mme CHAMEK, chef du service informatique du CHU, qui nous ont accordé un peu de leur temps lors des entretiens, sans quoi la réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible.

Nous voudrions remercier également tous ceux qui ont apporté leur aide de près ou de loin et qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, qui fut pour nous une expérience très enrichissante.

# **DEDICACES**

**A nos chers parents**

**A nos familles**

**A nos amis**

## Résumé

Compte tenu du contexte et de la réalité du fonctionnement des établissements publics hospitaliers, des insuffisances et des dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui leur organisation et leur gestion, le gouvernement à inscrit la réforme hospitalière parmi ses prérogatives d'action. Se traduisant par la mise en place du processus de contractualisation afin d'établir de nouveaux rapports entre les établissements de santé et les bailleurs de fond. Mais aussi de la mise en œuvre par notre ministérielle du projet d'établissement hospitalier dans le but est de moderniser la gestion et le fonctionnement des établissement de santé.

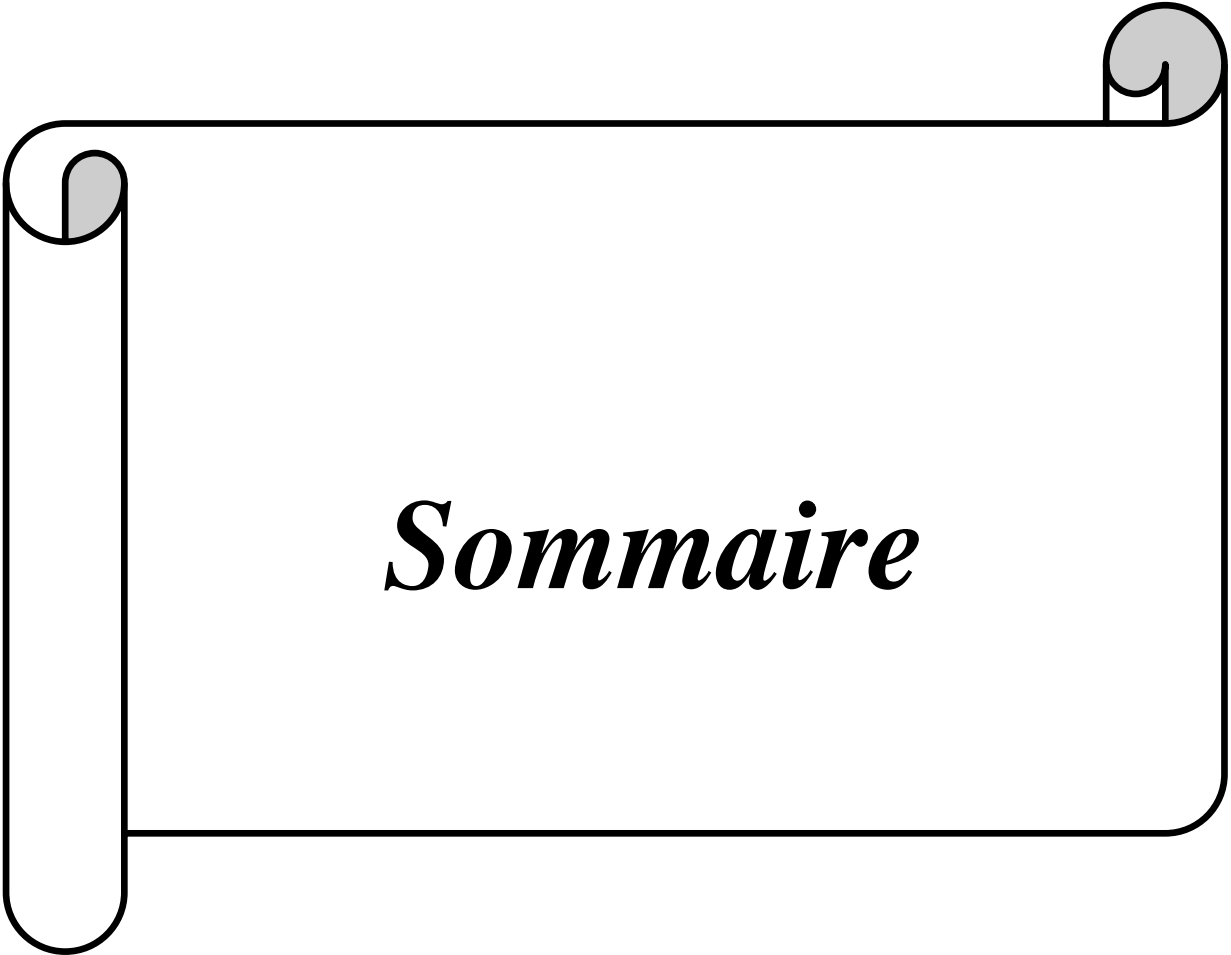
L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle au secteur de la santé afin que cet instrument de pilotage des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé. Et de faciliter l'implantation du processus de contractualisation qui ne peut être mis en place sans conditions préalables.

L'hôpital est l'élément clé de ce remaniement, il est au centre des préoccupations du système de santé, car il est considéré comme l'une des organisations les plus complexes, elle est en première ligne des mutations et des changements profonds dans les environnements socio-économiques et sanitaire.

L'objectif de cette étude, est de déterminer l'apport du projet de l'établissement hospitalier (PEH) à l'amélioration de la prise de décision pour les établissements de santé et plus précisément au **CHU de Tizi-Ouzou**.

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser la mise en place de la contractualisation et du projet d'établissement aux niveaux des hôpitaux publics algériens et ses apports en matière d'amélioration de la gestion, et de modernisation du secteur.

**Mots clés** : projet d'établissement hospitalier, établissement public hospitalier, management hospitalier, contractualisation. Système de santé, réforme sanitaires.



# *Sommaire*

# Sommaire

<b>Introduction générale.....</b>	<b>B</b>
<b>Chapitre 1 : Concept théorique du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système.....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
Section 1 : Présentations du système de santé algérien.....	3
Section 2 : L'organisation hospitalière en Algérie.....	17
Section 3 : Analyse du degré d'adoption et d'application des reformes sanitaire.....	28
<b>Conclusion .....</b>	<b>40</b>
<b>Chapitre 2 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.....</b>	<b>41</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>42</b>
Section 1 : Cadre théorique sur la notion de contractualisation.....	43
Section 2 : mise en œuvre de la contractualisation dans le système national de santé.....	52
Section 3 : Le projet d'établissement : condition préalable à la contractualisation.....	63
<b>Conclusion .....</b>	<b>74</b>
<b>Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens : cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU.....</b>	<b>76</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>77</b>
Section 1 : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de TIZI- OUZOU .....	78
Section 2 : Analyse des contraintes et des dysfonctionnements préalables la mise en place du projet d'établissement .....	92
Section 3 : Mise en place du projet d'établissement NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU, effet bénéfiques et contraintes .....	104
<b>Conclusion.....</b>	<b>112</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>113</b>

## Liste des signes et abréviations

**CHU** : Centre Hospitalo-universitaire

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

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

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

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**PASS** : Programme d'Appui au Secteur de la Santé

**PEH** : Projet d'Etablissement Hospitalier

**TOL** : Taux d'Occupation des Lits

**UAP** : Unité d'Appui au Programme

**A.S** : Aide-soignant

**A.T.S** : Agent Technique de Service

**OB.E** : Bureau des Entrées

**B.P** : Bureaucratie Professionnelle

**C.N.A.S** : Caisse Nationale d'Assurances Sociales

**D.E.M** : Dossier Électronique du Malade

**D.G** : Directeur Général / Direction Générale

**D.S.P** : Direction de la Santé Publique

**M.G** : Médecin Généraliste

**M.S.P.R.H** : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière

**P.A.S.S** : Programme d'Appui au Secteur de la Santé

**P.M** : Paramédicaux

**P.M.S.P** : Paramédicaux de Santé Publique

**R.H** : Ressources Humaines

**S.A.M.U** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

**S.I** : Système d'Information

**S.I.A.D** : Système Interactif d'Aide à la Décision

**S.I.H** : Système d'Information Hospitalier

**S.M** : Surveillant Médical

**S.P** : Santé Publique

**S.S.U** : Secteur Sanitaire Universitaire

**T.O** : Tizi-Ouzou

**U.A.P** : Unité d'Appui au Programme

**U.E** : Union Européenne

**U.M.C** : Urgences Médico-chirurgicales

**V.I.H** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

## INTRODUCTION GENERALE

---

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires, elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale »<sup>1</sup>

En Algérie l'accès aux soins est un droit pour chaque individu. C'est à l'État qu'il revient de garantir aux personnes, quels que soient leurs moyens financiers, leurs lieux de résidence et leurs origines, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale.

La Constitution algérienne consacre un champ de responsabilité dévolu à l'État. Elle dispose à cet effet de son article 54, qui stipule : *"Tous les citoyens ont droit à la protection de leurs santés. L'État assure la prévention et la lutte contre les maladies épidémiques et endémiques."*<sup>2</sup>

Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, 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, ce qui induit au mécontentement à la fois, des usagers qui se plaignent d'un manque d'efficacité et de la qualité qu'offre les établissements de santé, des professionnelles du secteur qui portent un œil critique sur le système ainsi qu'à la difficulté de son adaptabilité aux mutations démographiques, épidémiologiques, et socio-économiques du pays, et enfin, l'État qui enregistre des couts de santé très élevés, alors qu'elle relève encore des disparités de la couverture sanitaire au niveau du territoire national .

La prise en charge de la santé des habitants figurait dans les principaux textes doctrinaux de la Charte Nationale de 1976 qui stipulait que : *« L'État a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population »*.

Ce principe est réitéré par la constitution actuelle en son art 67 qui garantit que :

*« Tous les citoyens ont droit à la protection de leur santé. Ce droit est assuré par un service de santé général et gratuit... »*.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Charte universelle sur les droits de l'homme, article 25, consulté le 27/09/2017.

<sup>2</sup> Constitution Algérienne, article 54, consulté le 27/09/2017.

<sup>3</sup>BRAHAMIA Brahim : Évolution et tendances des systèmes de santé. OCDE- Europe de l'Est- Maghreb, mahaeddine Éditions 2010, p354.

## INTRODUCTION GENERALE

---

Sachant que dès les premières années de l'indépendance l'Algérie adopte une politique de santé axé en priorité sur la prévention dont l'état assure le financement.

Aujourd'hui encore le financement du système de santé est assuré principalement par : L'Etat (trésor public), la caisse nationale des assurance sociales (CNAS) et les usagers.

Dans le secteur public (étatique) les soins y sont quasiment gratuits, une contribution financière symbolique a été mise en place depuis 1995, elle est exigée des citoyens pour les consultations et les frais d'hospitalisation, les recettes sont destinées principalement à l'amélioration des conditions d'accueil, et de restauration (hygiène et entretien).

Le budget de fonctionnement de ces établissements de santé provient essentiellement de deux sources ; L'État dans la part représente 81% en 2013 et de la CNAS à 16% pour la même année

À noter que les rubriques des dépenses du personnel et de médicament représente environ 80% de la dotation budgétaire de ces établissements.

Quant au budget d'équipement qui représente des investissements très lourds, qui sont entièrement à la charge de l'état.<sup>4</sup>

Au fil des années la gratuité des soins qui a été instauré en janvier 1974, a connu une déviation de son objectif initial, notamment par son application indiscriminée, sa gestion et les gaspillages observés.

Ces facteurs conjugués à la crise économique que traverse le pays ont conduit les pouvoir publique à remettre en question les modalités de financement du système de santé, c'est ainsi que le concept de contractualisation, qui as pris naissance à partir de 1992, est remis à l'ordre du jour.

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 est devenue une priorité, la tarification s'impose comme dernière solution pour apaiser les charges du système de santé algérien, charges qui sont de plus en plus lourdes pour un trésor public dont les équilibres financiers sont vacillant en ces périodes de crise.

Les établissements publics hospitalier algériens en leurs qualités de premiers prestataires de soins ont beaucoup de mal à répondre aux besoins exprimer par la population, notamment à cause du manque de rigueur dans la gestion et l'organisation des hôpitaux. Ceux-ci sont parmi les organisations les plus complexe au monde, actuellement un éventail

---

<sup>4</sup>Ali CHAOUICHE, Colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18 & 19 janvier 2014, le financement du système de santé.

## INTRODUCTION GENERALE

---

très large d'employés contribue à leurs bons fonctionnements, leurs tâches sont très complexes.

Par sa fonction principale, l'hôpital est une organisation de type « bureaucratie professionnelle » se basant sur le travail des spécialistes hautement qualifiés que sont les médecins et les paramédicaux<sup>5</sup>

Dans ce type d'organisation, il est difficile de trouver des repères, des outils à travers lesquels l'efficacité de celle-ci devient mesurable. Sans ces repères, la performance de l'organisation reste occulte et cette situation ne permet pas l'évaluation de l'ensemble, ni de chacun des représentants de l'organisation. Or sans évaluation il n'y a pas d'évolution. Cette situation est rendue encore plus complexe du fait que l'éventail des parties concernées autour de l'hôpital est très large, et les indicateurs de réussite différents pour chaque acteur.

De nos jours, on parle de gouvernance des hôpitaux, au lieu de direction de l'établissement. Ce changement de terminologie est justement du à cette complexité croissante à mener à bien les missions de l'hôpital. C'est à l'aide de repères communs que l'on arrive à établir les priorités des parties concernées et à définir par la suite si les objectifs espérés ont été atteints. Un de ces repères peut être, un projet commun à savoir le projet d'établissement hospitalier, il est peut-être justement l'outil qui permet de définir des objectifs communs partagé de tous.

### **Problématique**

Étant donné le contexte et la réalité du fonctionnement des hôpitaux publics algériens, les insuffisances et les dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui leur organisation et leur gestion, ainsi que la délicate question du financement du secteur public de santé, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. De ce fait, des efforts tendent à moderniser la gestion et le management de ces hôpitaux, et du secteur de la santé dans sa globalité à travers la mise en place d'outils et d'instruments de pilotage, notamment le projet d'établissement hospitalier, comme pilier du processus de contractualisation.

Tous cela ayant pour principal objectif d'induire un relâchement du goulot financier dans lequel se trouve l'état, quant à la prise en charge du secteur de la santé, ainsi que dans l'amélioration de la qualité des soins dispensé aux usagers.

---

<sup>5</sup>MINTZBERG. H, « *structure et dynamiques des organisations* », Edition d'organisation, Paris, 1982, pp. 328-330.

## ***INTRODUCTION GENERALE***

---

Notre problématique s'efforce ainsi de construire un sujet de recherche d'actualité, mais aussi de répondre à une série d'interrogations relatives aux préoccupations à la fois des hôpitaux dans leur gestion et dans la qualité des soins qu'ils prodiguent, et des responsables du secteur de la santé.

Nous avons de ce fait, axé la problématique de notre recherche sur la question centrale suivante :

### **Comment le projet d'établissement constitue-t-il un préalable à la mise en œuvre du processus de contractualisation ?**

De cette question principale dérivent les quatre sous-questions suivantes :

- Quelle est la relation entre le projet d'établissement hospitaliers et la contractualisation ?
- Quelles sont les raisons de leurs mises en place ?
- Quels sont les effets bénéfiques et les contraintes à l'adoption du projet d'établissement hospitalier au sein des hôpitaux en Algérie ?
- Quelle est la place de projet d'établissement en Algérie ?

### **Objectifs de recherche**

Il s'agit dans ce travail de recherche, d'étudier et d'analyser à la fois la mise en place du projet d'établissement hospitalier au niveau des hôpitaux publics en Algérie et ses apports en matière d'amélioration de la gestion, mais aussi à la mise en œuvre du processus de contractualisation dans le secteur de la santé, afin de pallier aux inconvénients du financement actuel de ce dernier.

Concernant les hôpitaux, on s'intéressera principalement aux établissements publics hospitaliers, du fait, que le cœur du système de santé est occupé principalement par les hôpitaux publics. Il s'agit d'étudier et d'analyser les principaux dysfonctionnements et contraintes que connaissent ces établissements, de déterminer les raisons de mise en place du projet d'établissement, la méthodologie d'élaboration et apports du PEH.

Afin d'approfondir et de mieux illustrer notre travail de recherche, on s'est appuyé sur un cas d'étude d'un établissement public hospitalier, qui est le **CHU Nedir Mohamed de Tizi Ouzou**. Ce choix est motivé par trois principales raisons : Premièrement, ce CHU est l'un des plus anciens établissements hospitaliers du pays, qui lui confère une certaine expérience et ancienneté. Deuxièmement, cet établissement est considéré comme l'une des plus importantes

## ***INTRODUCTION GENERALE***

---

structures hospitalières en matière de capacités litières, de couverture sanitaire et d'effectif. Enfin, sa proximité géographique facilitera grandement notre travail de recherche. En effet celui-ci se trouve dans le chef-lieu de la wilaya de Tizi Ouzou ce qui le rend facilement accessible.

Aujourd'hui, face au contexte de réformes des hôpitaux, et du secteur public de santé dans son ensemble notamment en ce qui est du financement des établissements de santé et de leurs gestions, Des efforts du ministère et du PASS pour la modernisation et l'amélioration de la gestion de ces établissements, ont été importants. Sans pour autant que cela puisse se traduire sur le terrain.

Nous avons porté un grand intérêt à étudier la mise en place du PEH a sein du **CHU NEDIR Mohamed de Tizi Ouzou**, telle qu'il est avancé par le PASS, et analysé les raisons du blocage de son élaboration et de sa mise en œuvre dans cet établissement.

Mais aussi de comprendre les facteurs liés au retardement de la mise en place de la contractualisation au niveau de cet établissement qui a figuré parmi les établissements pilotes du processus de contractualisation depuis le projet de loi de 1991, visant à sa mise en œuvre.

### **Méthodologie de la recherche**

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

L'exploitation des travaux qui traitent les questions liées à l'économie de la santé, aux textes de réforme sanitaire, au processus de contractualisation dans notre pays, au management hospitalier, au projet d'établissement hospitalier, à la bureaucratie professionnelle et ses évolutions ; et l'exploitation des travaux universitaires et des rapports d'étude concernant a la fois le financement du secteur de la santé en Algérie, la contractualisation et le management hospitalier. Des articles, des chiffres et des statistiques de l'OMS, ainsi que des textes juridiques et la réglementation régissant les hôpitaux publics.

Pour la partie d'étude de cas, de la présente recherche, nous avons puisé dans diverses sources en exploitant notamment les rapports du programme d'appui au secteur de la santé concernant les enquêtes menées auprès des établissements publics hospitaliers en Algérie.

Concernant le projet d'établissement hospitalier, on s'est appuyé aussi sur le manuel d'élaboration du PEH établi par l'unité d'appui au programme (PASS). Pour le **CHU NEDIR**

## ***INTRODUCTION GENERALE***

---

**Mohamed de Tizi Ouzou**, on a exploité la documentation interne, les données et les statistiques de ses services et sous directions. De plus, nous avons mené deux principales enquêtes :

Pour la première s'agit d'une enquête par questionnaire, qui vise à présenter l'état des lieux du CHU dans son fonctionnement, sa gestion, et surtout de constater les principaux dysfonctionnements liés au fonctionnement et à l'organisation que connaît cet hôpital.

À partir de ces défaillances détectées, il s'agit de déterminer les raisons de l'adoption d'un nouvel instrument de pilotage, en l'occurrence le projet d'établissement hospitalier :

Pour la deuxième il s'agit d'une enquête par entretiens, avec le directeur, les responsables des services administratifs, les services médicaux et services médicotechniques, et aussi des entretiens avec les membres des ateliers de travail et des groupes de projets du CHU.

Afin de déterminer si le contexte actuel permet ou non l'implantation d'un rapport contractuel au sein de l'établissement ou bien faudra t'il mettre en place des préalables en l'occurrence le projet d'établissement hospitalier.

### **Structure du mémoire**

Le plan de notre travail de recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections.

Le premier chapitre est consacré à donner une brève présentation du secteur sanitaire en Algérie ainsi que l'étude de la situation actuelle des composants de ce secteur. Il abordera le modèle organisationnel utilisé dans les organisations hospitalières, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions. Il évoquera aussi les caractéristiques et spécificités de ces organisations. Enfin il retracera les principales reformes sanitaires qu'a connu le pays depuis son indépendance.

Le deuxième chapitre nous conduira à faire une approche globale du processus de contractualisation, développer dans un cadre théoriques les notions de cette dernière. On s'étalera ensuite sur le processus de sa mise en œuvre au sein de notre système de santé, et les difficultés qu'a trouver son adoption. Enfin nous déduirons les préalables requis à sa mise en place en l'occurrence le projet d'établissement hospitalier.

## ***INTRODUCTION GENERALE***

---

Dans le troisième chapitre, portera principalement sur notre cas d'étude, ou nous tenterons de faire une analyse empirique approfondie, d'un cas d'établissement public hospitalier. Il s'agira d'abord de présenter et d'analyser le cadre institutionnel et organisationnel de l'établissement hospitalier universitaire **NEDIR Mohamed de Tizi Ouzou**. Puis de présenter par le biais d'une enquête par questionnaire, l'état des lieux du CHU, en matière de dysfonctionnement et de contraintes qui entrave la mise en place du projet d'établissement hospitalier. Puis, on évoquera l'adoption et les étapes de la mise en place de ce nouvel instrument de pilotage, qui est le projet d'établissement hospitalier, où on présentera les raisons de la mise en place de cet instrument, sa formalisation et sa méthodologie d'élaboration. Enfin nous analyserons ses apports en matière d'amélioration de sa gestion.

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## Introduction

Le système de santé se définit comme un système où tous les acteurs, établissements et ressources entreprennent des « actions de santé » - c'est à dire des actions dont le but primaire est de favoriser, reconstituer ou maintenir la santé.

Pour l'OMS, il regroupe « *toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population<sup>1</sup>* ».

En Algérie, si le système de santé a observé des résultats incontournables, il n'en demeure pas moins que le système national de santé est confronté à de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, sa gestion et ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays, doivent être combattues sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, et d'accessibilité qui le fondent.

Pour ce qui est des réformes de ce système, avant d'opter pour quelconque politique sanitaire, ou autres plans de restructuration du système de soins, il est indispensable de connaître les composantes de ce dernier, ainsi toute approche des établissements de santé doit d'abord tenir en compte que cette organisation n'est pas une organisation comme les autres et qu'elle est marquée par certaines spécificités. Notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement qui l'entourent. C'est donc une organisation complexe, marquée par des particularités de fonctionnement.

---

<sup>1</sup> OMS, les systèmes de santé, disponible sur le site <http://www.who.int>. Consulté le 21/09/2017.

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## 1- Présentation du système de santé algérien

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement individuel, social et économique. Chaque nation dispose de son propre système de santé organisé en une superstructure qui coordonne l'action des multiples agents qui le composent.

### **1-1-1-Le système de santé algérien : définitions et spécificités**

Le système de santé est l'ensemble des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Un système de santé performant offre des services de qualité à tous, quel que soit le moment et le lieu où ils en ont besoin. Celui-ci doit répondre en toutes circonstances à ses critères fondamentaux<sup>1</sup> :

- Un mécanisme de financement solide,
- Un personnel qualifié,
- Des informations fiables sur lesquelles se fondent des décisions et des politiques,
- Des infrastructures bien entretenues,
- Des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité.

La loi sanitaire définit le système national de santé algérien comme « *un ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population. Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé de manière globale, cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire* ». <sup>2</sup>

Ce système se base sur des principes fondamentaux dont ; L'amélioration de la santé de la population, l'équité, la solidarité et la capacité à répondre aux attentes légitimes des individus. Il se définit également sur la base des fonctions qu'il doit assumer notamment : la distribution

---

<sup>1</sup>OMS, les systèmes de santé. Op.cit.

<sup>2</sup> La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé, article 04.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

des soins qui comporte des activités de prestation de soins préventifs et curatifs dirigés vers toutes les structures sociales (famille, milieu éducatif, milieu du travail et milieu social).<sup>1</sup>

Le système national de santé dispose d'atouts importants en termes d'infrastructures légères, d'une couverture sanitaire relativement homogène permettant un accès de proximité satisfaisant. Le pays dispose également d'un potentiel global en personnel médical et paramédical important quoi que mal réparti, des programmes de préventions des maladies transmissibles et de maîtrise de la croissance démographique, dont l'impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population a permis d'améliorer la plupart des indicateurs sanitaires<sup>2</sup>.

Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer la multitude de contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité et d'accessibilité qui fondent le système national de santé<sup>3</sup>.

### **1-1-2-Modes de financement du système de santé algérien :**

L'Algérie a connu différents modèles de financement depuis l'indépendance à nos jours, mais aujourd'hui, le modèle actuel n'arrive pas à combler les exigences financières en constante augmentation du secteur public, ainsi que le manque de moyens lié au vieillissement des équipements et des infrastructures.

La présente réflexion vise à faire une rétrospective sur le financement de la santé en Algérie, en rappelant les différentes modalités fortement liées aux évolutions de l'économie nationale<sup>4</sup>.

#### **1-1-2-1- Période de financement mixte (1962-1974)**

En héritant du système de santé colonial, la jeune Algérie a reconduit les modalités de financement du système Français caractérisé par un financement mixte :

- L'accès aux soins des assurés sociaux des multiples régimes se faisait sur la base d'une nomenclature générale des actes professionnels et le prix de journée en cas d'hospitalisation.

---

<sup>1</sup>CHACHOUA. L. colloque international sur les politiques de santé. *Le système national de santé 1962 à nos jours*, Alger, MSPRH, 2014. P02.

<sup>2</sup> Dr EBRAHIM Malick Samba, Directeur régional de L'OMS pour l'Afrique, *stratégie de corporation de l'OMS avec les pays ; l'Algérie, système de santé algérien*, p 20-22.

<sup>3</sup>ABID.L. *Organisation actuelle du système et perspectives*. DGSSRH-MSPRH. Consulté le :21/09/2017

<sup>4</sup> CHACHOUA.L. Op.cit. P. 14

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

- Le trésor public prenait en charge les indigents.
- Les particuliers (couches aisées et les professions libérales) payaient directement leurs soins.

Depuis l'indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée "prix de journée" déterminé conjointement entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale.

Les recettes des hôpitaux étaient constituées par les paiements effectués par :

- Les organismes de sécurité sociale pour les assurés sociaux et leurs ayant droits (environ 30% DNS).
- L'État et les Collectivités Locales (Trésor et Caisse de Solidarité des Départements et Communes) pour les patients indigents détenteurs d'une carte d'indigence (60% DNS)
- Les particuliers payaient directement leurs soins (10% DNS)<sup>1</sup>.

Ce mode de financement a été vigoureusement critiqué en raison de ses effets inflationnistes. En effet, si les établissements désiraient un prix de journée élevé pour l'année suivante, ils devaient faire « tourner la machine à plein ». Ainsi, plus les médecins hospitalisaient et prescrivaient des actes, plus longtemps le malade restait à l'hôpital, mieux s'en portait financièrement l'établissement, puisque c'est la Sécurité sociale qui payait.

Ce système s'est révélé particulièrement opaque, d'autant plus que les abus et les gaspillages n'étaient pas sanctionnés, parce qu'ils ne se considéraient ni comme ordonnateurs des dépenses de l'hôpital ni comme comptables de la sécurité sociale. La croissance économique ayant permis de dépenser sans réellement compter.

Malgré ses inconvénients, ce système a fonctionné pendant près de 10 ans, parce qu'il a permis, notamment, de financer la rénovation de l'hôpital.

Ainsi, si l'expansion économique des trente glorieuses a permis des avancées considérables en matière sanitaire et sociale, elle a toutefois entériné un contexte dans lequel les préoccupations des gestionnaires s'effaçaient devant la prépondérance de la logique professionnelle à l'exception de la Sécurité sociale, ils étaient tous gagnants : les malades ; les directeurs d'hôpitaux, qui géraient sans véritable souci de l'économie nationale<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> BOULAHRIK Mohand, *Financement du système de santé Algérien*, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33, p 03.

<sup>2</sup> ZEHNATI Ahcène, *Reflets de l'économie sociale, Les Évolutions récentes du système de santé Algérien*, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017, P. 65.

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## 1-1-2-2-Période de gratuité des soins « dotation global » (1974-1988) :

En vertu du système socialiste adopté par le pays, qu'est née une volonté politique visant la construction d'un système national de santé analogue à celui fonctionnant dans les pays socialistes qui constituaient une référence pour l'Algérie

À partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité des soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs « acte » et « prix de journée » par la formule « budget global »). Cette décision politique facilite l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour les plus démunis. L'État est à la fois le principal prestataire de services et la principale source de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6 % (PIB).

Pour leur fonctionnement, les hôpitaux recevaient un budget global, préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire. Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux.

La mise en place de la procédure de budget global en Algérie était censée résoudre l'étranglement financier des hôpitaux induit par les retards de paiement des factures et par les difficultés de recouvrement des créances auprès des administrations et des organismes de sécurité sociale d'avant 1974.

Le principal avantage du budget global pour les bailleurs de fonds tient au fait qu'il offre un moyen simple d'assurer la prévisibilité budgétaire et de limiter l'augmentation des dépenses des hôpitaux par cette effet de levier qu'offre le budget plafonné. Le principal inconvénient de ce mode de financement est le manque d'incitation à l'efficacité, notamment sur les points suivants : la qualité des soins, la performance en termes d'efficacité des établissements et l'accès aux services<sup>1</sup>.

## 1-1-2-3- Période de réaménagement (1988-1998) :

Il est caractérisé par contribution des ménages dans les dépenses de leurs soins et de mise en œuvre de nombreuses réformes sanitaires.

A partir de 1988, le pays a connu une grave crise économique traitée par l'application d'un sévère plan d'ajustement structurel où l'ancien mode de financement basé sur la gratuité des soins est devenu non opérationnel, rendant le financement du système problématique. Une série de premières réformes a été engagée et a porté sur les éléments suivants :

- Révision de la gratuité des soins et de la prédominance du secteur public.

---

<sup>1</sup>ZEHNATI Ahcéne. Op.cit., p. 66, 67.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

- Levée du blocage institutionnel du privé qui depuis va connaître une croissance rapide et un tant soit peu anarchique sans carte sanitaire et sans encadrement de fonctionnement et de prix pratiqués.
- Démonopolisation du marché des médicaments et des équipements médico-techniques avec une apparition rapide d'opérateurs privés essentiellement dans l'importation et dans la production locale assez timide, n'ayant pas encore atteint un niveau respectable.
- La participation financière des usagers était en progression avant d'atteindre le pic de la crise économique de 1988, par l'arrêt définitif de la distribution gratuite des médicaments en médecine ambulatoire depuis 1985, ainsi que la participation des usagers à hauteur de 20% du cout des examens, explorations et analyses depuis 1986.

La participation grandissante des ménages aux dépenses de soins a été favorisée essentiellement par l'élargissement de l'offre privée des soins au début des années 80.

L'inflation, la dévalorisation des unités monétaires, l'endettement sont de nouveaux défis pour l'État qui devient incapable de prendre en charge l'ensemble des problèmes sociaux qui sont déjà très coûteux. Les chiffres rapportent qu'en 1988 ;

- Les dépenses des ménages étaient estimées à un taux de 18,9 % de l'ensemble des dépenses nationales de santé.
- A la même date il a été enregistré que la participation de l'État était de 20 % (DNS)
- Celui de la sécurité sociale de 60,3 %. (DNS)

Durant la période où la crise économique a atteint son paroxysme à partir du début des années 90, l'État a introduit en janvier 1995, une participation financière des usagers, dans les établissements publics de santé. Les tarifs qui étaient fixés par arrêté interministériel du 07 janvier 1995 à 50DA pour une consultation de soins généraux sont passés à 100DA. Le prix des consultations spécialisées qui était de 100DA est passé à 200DA et le tarif pour une journée d'hospitalisation est passé de 200 à 700 DA la journée. Les revenus de ces nouvelles participations étaient ventilés à la hauteur de 60% au profit des travailleurs, 20% destinés au budget des établissements et 20% pour l'amélioration des conditions d'accueil et de restauration. Le tableau suivant renseigne sur l'évolution du financement de santé selon les agents de financement<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>ZEHNATI Ahcène. Op.cit., p. 66- 67

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

**Tableau 1 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999)**

Unité : Milliards de DA

Agents de financement	1970	1980	1990	1996	1999
ETAT	0,3	1,9	10,9	30,5	38,5
S. SOCIALE	0,1	3,1	14,2	57,8	70,2
MENAGES	-	1,8	6,6	21,0	25,0
<b>TOTAL</b>	<b>0,4</b>	<b>6,8</b>	<b>31,7</b>	<b>109,3</b>	<b>132,7</b>
<b>DNS/PIB</b>	<b>1,7</b>	<b>4,2</b>	<b>5,7</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>

Source ; Ahcène ZEHNATI, sur la base des budgets du Ministère de la Santé, de la sécurité sociale et des estimations basées sur des moyennes de Consultation auprès du secteur privé. \*Les données sont celles des CNS élaborées par le ministère de la santé.

On remarque une évolution notable de la dépense nationale de santé par rapport au PIB, avec une très forte contribution de la sécurité sociale.

### 1-1-2-4- Période de croissance (1999-2014) :

Grace au renchérissement des prix des hydrocarbures durant la décennie 2000 et jusqu'à 2014, l'Algérie a continué d'enregistrer une croissance économique positive : Le PIB a progressé en moyenne annuelle de près de 5% durant cette période. Bien qu'il y ait encore de grandes disparités entre les revenus et les régions, il faut reconnaître que le pouvoir d'achat de nombreuses couches d'algériens s'est amélioré jusqu'à les inciter à avoir souvent recours aux services de santé du secteur privé.

Ce dernier a connu une rapide expansion notamment dans sa composante hospitalière (cliniques) et médico techniques (appareillage médical avec des technologies de pointe, IRM, scanners de dernière génération, centre de radiothérapie, laboratoire d'analyse...).

En 2013 on a dénombré près de

- 20 000 cabinets médicaux privés.
- 170 cliniques spécialisées avec hospitalisation disposant de 2.200 lits.
- 160 centres d'hémodialyse.
- 56 cliniques chirurgicales ophtalmologiques et ORL.
- 4 centres d'appareillages médicaux.
- 2 centres de diabétologie.
- 3 centres de rééducation fonctionnelle.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

- 800 centres de soins généraux.
- 300 entreprises de transport médicalisé.
- 16 centres de procréation médicalement assistée.
- 36 laboratoires d'analyses médicales<sup>1</sup>.

Le secteur privé s'est considérablement développé en dehors d'une carte sanitaire et de normes réglementaires d'encadrement de la nature des soins et des activités à prendre en charge, son développement s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière. Quant au secteur public, il n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande de santé en forte croissance notamment pour les maladies émergentes (cancer, diabète, maladie cardio-vasculaire, accouchements compliqués,)

Ce sont les populations rurales, celles des régions du sud et des quartiers défavorisés des villes qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux publics en insuffisance criarde d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments.

Conséquemment aux facteurs précédemment expliqués, la dépense nationale de santé des ménages à continuer à croître. Les résultats de la dernière étude sur les comptes nationaux de la santé de l'Algérie montrent une forte croissance de cette dépense notamment à partir de 2011<sup>2</sup>, ainsi que le démontre le tableau qui suit.

**Tableau 2 : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012)**

Unité : Milliards de DA

Agents de financement	2011	%	2012	%	Évolution (%) 2011/2012
État	376,2	44,3	404,8	44,3	7,6
Sécurité-social	186,0	21,9	195,0	21,3	4,8
Ménages	214,2	25,2	226,2	24,7	5,6
Assurances	1,0	1,0	1,5	0,3	50,0
Mutuelles	6,0	0,7	7,0	0,7	16,7
Secteur médicale privé	60,01	7,0	70,0	7,7	16,7
Entreprises économiques privée	0,5	0,1	0,7	0,1	40,0

<sup>1</sup> Statistique MSPRH 2012/2013, disponible sur le site [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz), consulté le 29/09/2017

<sup>2</sup>ZEHNATI Ahcène. Op.cit., p. 68, 69

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

Entreprise économiques publiques	5,0	0,6	8,0	0,8	60,0
Coopération international	0,8	0,1	0,9	0,1	12,5
<b>TOTAL DNS</b>	<b>849,7</b>	<b>100</b>	<b>914,1</b>	<b>100</b>	<b>7,6</b>

Source : construit par Ahcène ZEHNATI sur la base de données ONS, MSPRH, Sécurité Sociale et estimations.

Entre 2011 et 2012, la part des dépenses de santé des ménages a progressé de 5,6%, dépassant la progression de la sécurité sociale qui est de 4,8%. Ce qui est jugé anormal.

### 1-1-3- Situation sanitaire actuelle et condition de santé de la population :

Le système de santé algérien doit s'adapter à deux transitions concomitantes : transitions démographiques et épidémiologiques.

La transition démographique est complexe et se traduit par une croissance rapide de la population, couplée d'un vieillissement sensible, avec une forte progression de la tranche des 60 ans et plus. Dans le même temps, la tranche des moins de 15 ans, dont la croissance reste continue, représente encore une part très significative de la population.

D'un point de vue épidémiologique, le pays est confronté à la fois aux priorités sanitaires des pays en développement et celles des pays développés ;

- Des mortalités maternelles et infantiles encore anormalement élevées.
- Une persistance de certaines maladies transmissibles et une résurgence épisodique de certaines maladies infectieuses oubliées (hydrique, tuberculose,)
- Une augmentation régulière et soutenue des pathologies digestives, cardio-vasculaires, diabète, asthme,)
- Une augmentation alarmante des pathologies graves et très lourdes à prendre en charge (cancer, maladies métaboliques...)
- Une forte prévalence des accidents domestiques et de la route qui nécessitent la prise en charge des traumatismes lourds avec d'importants moyens chirurgicaux<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013, disponible sur le site, [www.nabni.org](http://www.nabni.org), consulté le 01/10/2017.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

À titre indicatif, les premières causes de décès actuels sont : les cancers, les traumatismes (morts violentes, liées essentiellement aux accidents de la route), les maladies cardiovasculaires, et les infections périnatales\*.

Les transitions épidémiologiques et démographiques imposent au système de santé algérien de se transformer à nouveau pour assumer les nouvelles pathologies et les nouveaux patients, rendant indispensable une évolution structurelle de ce système, en particulier sur son volet financier et organisationnel<sup>1</sup>.

Un plan national santé a été présenté en 2006, puis actualisé en 2008, afin de moderniser la santé et la rendre plus efficace. Cependant, ce plan n'a pas fait l'objet d'une évaluation factuelle et transparente des réalisations et des résultats obtenus à mi-parcours.

- En 2006, 38 programmes de santé publique ont été lancés, dans le coût a été évalué après de 200 milliards de DA financés à horizon 2009, avec une volonté « d'évaluation à mi-parcours » non datée de ces programmes.
- En 2012, cette évaluation n'a pas encore été réalisé, ou du moins ses résultats n'ont pas été rendus publics. Cette évaluation est un pré requis essentiel tant pour la poursuite des réformes que pour valider ses axes de refonte du système de santé.

On enregistre aussi un accès inégal aux soins pour les citoyens, tributaires de leurs positionnements géographiques et de leurs moyens.

- Une implantation inégale des infrastructures hospitalières sur le territoire avec une surconcentration en zone littorale et urbaine, à laquelle s'ajoute un retard relatif par rapport aux pays du benchmark en matière d'infrastructures de base et de ratio lits hospitaliers/ habitants :
  - Une couverture médicale disparate (ex : 1,52 médecins pour 1000 hab. dans le Centre 0,81 pour 1000 hab. dans le Sud Est ; 1 spécialiste pour 733 hab. à Alger, contre 1 spécialiste pour 12 827 pour Djelfa).
  - Des populations rurales qui sont encore à une distance géographique élevée des infrastructures hospitalières et se sentent dès lors délaissées.
- Une part du reste à charge des ménages qui, au dire d'experts, dépasserait les 40% de la dépense en santé et creuse de fait les inégalités d'accès. On constate également une structure de la Dépense Nationale de Santé (DNS) déséquilibrée avec une part des

---

<sup>1</sup>Rapport NABNI 2020. Op.cit.

\*La transmission des infections de la mère a l'enfant.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

ménages de près de 30%, celle de l'État à 40% et les 30% restants à la charge de l'Assurance Maladie.

- Selon les experts, une prépondérance des spécialistes au détriment des généralistes, avec un recours quasi systématique au spécialiste en première intention de consultation.
- Des ruptures récurrentes et de longue durée dans l'approvisionnement en médicaments et en produits de santé<sup>1</sup>.

L'efficacité du système de santé algérien demeure faible à la vue de l'état sanitaire des Algériens par rapport à des pays à revenu comparable, malgré les moyens relativement importants qui ont été mobilisés. La part du PIB actuellement consacrée à la santé reste relativement faible en Algérie (près de 6% en 2010), comparée aux pays du benchmark et aux standards internationaux (entre 7 et 10%).

### 1-1-4-Analyse de l'offre de soins :

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie. La notion d'offre de soins peut s'appréhender par :

- L'accès aux soins de premier et second recours,
- Les acteurs (professionnels de santé et établissements de santé),
- L'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et coordination du parcours de soins du patient<sup>2</sup>.

L'offre de soins (ou capacité de soins) est déterminée en général par la totalité des moyens structurels et humains mis à disposition en intégrant ainsi la majorité des coûts des prestations. L'offre constitue ainsi un élément fondamental et incite aussi la demande. En effet, si l'offre est plus étendue, cela incitera la population à plus d'utilisation de cette offre. Si par contre, l'offre est insuffisante, cela mènera à sous-traiter les prestations pour la population donnée du bassin en question. C'est la raison pour laquelle une bonne

---

<sup>1</sup> Rapport NABNI 2020.Op.cit., p, 36.

<sup>2</sup> BENOIT Christine, *Manager un établissement de santé*, 2<sup>e</sup> éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015, p, 15, 16.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

détermination de l'offre de soins dans un territoire géo sanitaire donné est indispensable. En principe, l'offre de soins est déterminée par pôle de spécialités et par niveau de hiérarchie de soins. L'adéquation entre l'offre et les besoins de la population peut être comparée à l'aide des indicateurs qui sont les suivants :

- Relation entre le bassin de population couvert et l'offre de soins : nombre de lits, heures de consultations externes, professionnels/ 10.000 habitants par spécialité
- Les soins délivrés par rapport au bassin d'admission, par groupe de spécialités (nombre d'hospitalisations, de consultations, d'actes chirurgicaux/ 10.000 habitants par spécialité.)

On pourrait croire que l'analyse peut s'effectuer par la seule planification sanitaire centrale, selon le nombre, la démographie et les facteurs socio-économiques de la région. Or cette planification ne tient pas compte des facteurs locaux, à savoir, la performance des équipes et l'usage local des capacités de traitement qui peuvent influencer profondément l'offre de soins est à mettre en œuvre au bénéfice de la population.

Il est important de se demander si les hôpitaux classiques (locaux) assurent leurs missions et remplissent leurs fonctions. Dans le cas contraire, on aura une forte affluence des patients qui ne relèvent pas forcément de la fonction d'un CHU par exemple, et ce dernier ne pourra pas se concentrer sur sa mission fondamentale, à savoir : le soin de haut niveau, la formation et la recherche<sup>1</sup>.

Pour répondre au mieux aux besoins de la population algérienne une réorganisation du système national de santé a été effectués en 2007, individualisant ainsi les structures hospitalières :

- Un établissement hospitalo-universitaire (EHU),
- Des centres hospitalo-universitaires (CHU),
- Des établissements hospitaliers spécialisés (EHS),
- Des établissements publics hospitaliers (EPH),
- Des établissements publics de santé et de proximité (EPSP)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Unité d'Appui au Programme Polyclinique GaridiII, disponible sur le site <http://www.pass-ue.dz>. Consulté le 15/09/2017.

<sup>2</sup> MSPRH, *organisation sanitaire*, disponible sur le site [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz), consulté le 29/09/2017.

# **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

## **1-1-4-1-Organisation des Structures hospitalières dans le système de santé algérien :**

Les établissements publics de santé sont dotés d'une personnalité morale de droit public et disposent de la capacité juridique (ils peuvent acquérir, vendre, posséder, et ester en justice). Le secteur public de soins dispose d'un réseau relativement dense de structures, la couverture sanitaire est assurée par ses différents établissements répondant à des besoins spécifiques à leur échelle<sup>1</sup>

### **1-1-4-1-1-Les établissements hospitalo-universitaires**

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

### **1-1-4-1-2-. Les établissements hospitaliers spécialisés**

Ils sont pour vocation d'accueillir des patients relevant d'une spécialité. En fait, ces hôpitaux abritent différentes spécialités (cardiologie, maladies infectieuses, neurologie, orthopédie, psychiatrie, rééducation...) et peuvent aussi héberger des services universitaires.

### **1-1-4-1-3-Les établissements publics hospitaliers**

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

### **1-1-4-1-4-Les maternités**

Elles peuvent être autonomes, ou intégrées dans une polyclinique ou un centre de santé. Elles ont pour mission d'assurer le suivi de la grossesse, de l'accouchement et les suites de l'accouchement de la femme.

Malgré une évolution notable, des insuffisances restent toutefois à combler. Trois objectifs principaux restent à atteindre :

---

<sup>1</sup>MSPRH, *Projection du développement du secteur de la santé*, ibid., p.16-17. Consulté le 30/10/2017.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

- Élaborer une organisation permettant aux intervenants d'agir et interagir pour réaliser des actions clairement définies pour l'amélioration des prestations aux usagers ;
- Mettre en place un système d'information qui soit une véritable aide à la décision.
- Réglementer différentes activités de santé par des textes et des guides techniques et consensus.

### **1-1-4-2- Les activités de soins**

Le système de santé délivre des prestations de prévention et des prestations curatives.

#### **1-1-4-2-1- Les activités de prévention**

Elles sont pour l'essentiel délivrées par les personnels médicaux et paramédicaux en poste dans les secteurs sanitaires et de manière accessoire dans les CHU et les EHS.

Les données sur les activités de prévention sont organisées par programme. Un programme regroupant des activités ayant une finalité précise pour l'amélioration d'un problème de santé<sup>1</sup>.

##### **1-1-4-2-1-1-Programme élargi de vaccination PEV**

La vaccination est l'activité de prévention la plus connue et probablement la plus importante en termes de moyens mobilisés. Elle se déroule en totalité dans les structures publiques de soins. Quel que soit le type de vaccin<sup>2</sup>.

##### **1-1-4-2-1-2-Santé scolaire**

Les programmes de santé scolaire sont réalisés par des personnels relevant dans leur grande majorité du ministère de la santé. Il est important de souligner le déficit en psychologues, orthophonistes et travailleurs sociaux. Un programme de santé bucco-dentaire a également été mis en place en 1999<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>MSPRH, Op., cit, Projection du développement du secteur de la santé, P. 18-20.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

# **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

## **1-1-4-2-1-2-Lutte antituberculeuse**

Le traitement des malades tuberculeux entre dans le cadre des programmes de prévention dans la mesure où leur prise en charge évite qu'ils transmettent l'affection à d'autres personnes. Le dépistage et traitement antituberculeux sont obligatoires et gratuits<sup>1</sup>.

Ce programme, qui fonctionne depuis le début des années 1970 a permis de réduire notablement l'incidence de la tuberculose, mais depuis le début de la décennie 90, cette incidence ne s'est plus modifiée<sup>2</sup>.

## **1-1-4-2-2- Activités curatives**

Malgré l'importance grandissante du secteur privé en matière de soins, les données existantes sur les activités de soins disponibles portent exclusivement sur le secteur public<sup>3</sup>.

### **1-1-4-2-2-1- Activités hospitalières**

Les activités hospitalières sont largement concentrées dans le secteur public de soins puisque ce dernier renferme la presque totalité des lits d'hospitalisation.

Au niveau des établissements publics de soins, on constate une stagnation de l'hospitalisation au cours des dix dernières années, ce qui signifie, compte tenu de l'augmentation de la population, une réduction des admissions par habitant. (5,5% de la population hospitalisée en 2000, contre 6,1% en 1991)<sup>4</sup>.

### **1-1-4-2-2-2- Les consultations**

Le secteur public de soins fournit 35 millions de consultations, dont 86% de généralistes.

28% de consultations sont délivrées dans le cadre des urgences hospitalières<sup>5</sup>.

### **1-1-4-2-2-3- Les soins dentaires**

Dans le secteur public de soins l'activité de stomatologie reste dominée par les extractions<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>MSPRH, Op., cit, Projection du développement du secteur de la santé, P. 18-20.

<sup>2</sup> Ibid. P. 21.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Ibid.

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## 2- L'organisation hospitalière en Algérie

La capacité organisationnelle est devenue un enjeu déterminant pour les établissements de santé. L'enjeu est de combiner la maîtrise des coûts, la différenciation, l'efficacité organisationnelle et la création de valeurs pour le patient.

Au sein d'une organisation hospitalière, il faut toujours prendre en considération les éléments constitutifs de cette dernière à savoir les hommes et les femmes qui y travaillent. Ce ne sont pas des simples agents mais des acteurs qui disposent d'une marge d'autonomie et une forme de pouvoir. La survie de l'organisation ne se limite pas à l'existence de ces derniers, mais elle doit être basée sur des hommes et des femmes qui décident comme le déclare Michel Crozier : « *les organisations ne doivent plus leur survie à des hommes et des femmes qui obéissent mais à des hommes et des femmes qui décident et s'engagent* »<sup>2</sup>. Ce dernier souligne aussi que même dans les organisations les plus bureaucratiques les contraintes en matière de décision sont fortes.

### **1-2-1- Le concept d'organisation**

La définition de l'organisation a toujours été une affaire pour les acteurs du fait qu'elle est un élément important et universel, elle s'applique à toute action. Cette sous-section est consacrée à expliquer les sens du mot organisation, ses caractéristiques et ses composantes.

#### **1-2-1-1- Sens du mot organisation :**

La signification du mot organisation a beaucoup évolué dans le langage courant. Son étymologie le lie à organe, du latin *organum*, qui signifie instrument. Organisation renvoie, dans un sens vieilli, à l'état d'un corps organisé et à la manière dont ce corps est organisé. De manière immédiate et appliquée à la gestion, trois sens peuvent être attribués au mot Organisation<sup>3</sup> :

- **Sens 1** : l'activité d'organiser, qui consiste notamment à élaborer une structure, des procédures, un ordre propre au système.
- **Sens 2** : l'organisation est le cadre que représente pour ses membres l'état d'un système après l'acte d'organiser, notamment en termes de structures et de culture.

---

<sup>1</sup> MSPRH, Op., cit, Projection du développement du secteur de la santé, P. 18-20.

<sup>2</sup> SIFAOUI fatma. *Le Système d'Information Hospitalier (SIH) comme outil d'aide à la prise de décision*. Promotion.2015-2016.En sciences économiques. Établissement Mouloud Mammeri. p. 18.

<sup>3</sup>MBIDA, Réal Romuald. *Cours Gestion des organisations*. Master en Administration des Entreprises. Université Senghor Alexandrie (Égypte), 2009/2010, p. 97.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

- **Sens 3** : l'organisation est une institution sociale en tant que système organisé.

### 1-2-2- Les composantes d'une organisation :

Selon Livian, Yves-Frédéric, les composantes d'une organisation sont les suivantes

- **Composante humaine :**

Les individus participant à l'activité de l'organisation (ensemble des compétences nécessaires au bon fonctionnement de l'organisation).

- **Composante « Structure » :**

Configuration de l'organisation (organigramme, fonctionnement, etc.), selon MINTZBERG. La structure est une « *somme totale des moyens utilisés pour diviser le travail entre tâches distinctes et assurer la coordination entre ces tâches* »<sup>1</sup>.

- **Composante « Système de gestion » :**

Ensemble des objectifs, des moyens de contrôle, des systèmes d'information et des systèmes d'évaluation des individus.

- **Composante physique :**

Lieu de l'organisation et ses installations, les machines et équipements (bureaux, ordinateurs, fournitures...etc.).

### 1-2-3- Caractéristiques et particularités de l'organisation hospitalière :

L'approche développée par Mintzberg dans son ouvrage « Structure et dynamique des organisations » permet d'appréhender les caractéristiques organisationnelles des hôpitaux décrits comme une « bureaucratie professionnelle ».

#### 1-2-3-1- Les caractéristiques de l'organisation hospitalière :

Selon BERNOUX Philippe, pour qu'il y ait organisation, il faut réunir cinq caractéristiques fondamentales<sup>2</sup>.

- **Une division des tâches :**

C'est ce qui différencie l'organisation du regroupement informel comme la foule. La division des tâches suppose précision et durée. Le travail est réparti de manière claire pour que chacun n'empiète pas sur l'autre. Il est donné pour une durée déterminée.

- **Une distribution des rôles :**

---

<sup>1</sup> SIFAOUI fatma, Op.cit. p 56.

<sup>2</sup>Ibid.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

Chaque membre de l'organisation se voit attribuer une tâche. Mais chacun peut accomplir cette tâche de manière particulière. Le rôle est bien cette fonction que chacun remplit à sa manière. D'où la notion d'acteur.

- **Un système d'autorité :**

C'est le moyen de veiller à l'adéquation du comportement de l'individu aux buts fixés dans l'organisation.

- **Un système de communications :**

La relation est établie de deux manières la seconde prenant le pas sur la première. Tout d'abord, il s'agit de mettre les individus en relation entre eux. Mais surtout il s'agit d'une communication du haut de la hiérarchie vers le bas.

- **Un système de contribution /rétribution :**

Qui ne se limite pas à « *toute peine mérite salaire* »<sup>1</sup>.

Toute fois pour appréhender les traits caractéristiques de l'organisation hospitalière, il est primordial de présenter les cinq parties constitutives de l'organisation qui sont : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure, les fonctions de support logistique.

- **La primauté du centre opérationnel :**

L'organisation hospitalière est avant tout caractérisée par l'importance du centre opérationnel découpé en services ou unités de soins qui demeurent relativement indépendants les uns des autres, dont l'activité est directement liée à la production de soins. L'hôpital demeure une organisation où le degré de spécialisation est très marqué.<sup>2</sup>

- **L'ambiguïté du sommet stratégique :**

Le rôle du sommet stratégique est de faire en sorte que l'organisation remplisse sa mission de façon efficace, il doit remplir trois ensembles de missions<sup>3</sup> :

Le premier ensemble est directement lié au pouvoir dont il dispose et aux responsabilités. Sa mission intègre la conception de la structure, le commandement ou l'autorité sur les autres membres de l'organisation et l'exécution des décisions les plus importantes se font au niveau le plus élevé de l'organisation qui est le sommet stratégique.

Le second ensemble de missions consiste à gérer les relations avec l'environnement.

---

<sup>1</sup>RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. CNED - Université Lyon 2 -- Université de Rouen, p. 1-67

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

Le troisième ensemble de tâches consiste à développer la stratégie de l'organisation, à interpréter l'environnement et à élaborer les décisions organisationnelles cohérentes en tenant compte de l'évolution de l'environnement les missions et les décisions du sommet stratégique se fondent sur une vision globale de l'organisation. Le travail est très peu standardisé et les tâches sont très peu répétitives. La coordination du travail entre les cadres dirigeants se fait par l'ajustement mutuel.

Le sommet stratégique concernant l'organisation hospitalière, connaît de nombreuses ambiguïtés et il est voué à assurer les relations de l'organisation avec son environnement réglementaire et financier. Le poste de directeur cristallise toutes les ambiguïtés de l'organisation. La position statutaire est nommée par le ministre de la santé. Il est responsable de sa gestion devant le conseil d'administration.

Le directeur joue donc le rôle délicat d'interface, contournée parfois, entre le centre opérationnel et la tutelle. Sa légitimité est traditionnellement issue de sa capacité à préserver le centre opérationnel des perturbations issues de la tutelle.<sup>1</sup>

- **La ligne hiérarchique :**

Elle relie le sommet stratégique et le centre opérationnel.

Selon Mintzberg, la ligne hiérarchique composée des cadres et qui va de ceux qui sont juste en dessous du sommet stratégique jusqu'aux agents de maîtrise de la première ligne de contrôle. En effet, cette dernière est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

- **La technostructure :**

La technostructure est l'ensemble des cadres dirigeants ou subalternes, des techniciens et des spécialistes qui participent à la prise de décision en groupe dans les grandes entreprises.<sup>2</sup>

Selon Henri Mintzberg, la technostructure est : «*la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches* »<sup>3</sup>.

La technostructure ne limite pas son intervention à un niveau de la hiérarchie, mais elle élargir son action à tous les niveaux. L'hôpital se caractérise par la petitesse de sa technostructure qui contraste avec l'ampleur du centre opérationnel et de la fonction de

---

<sup>1</sup>CREMADEZ, Michel., GRATEAU, François. *Op.cit.*, p. 18.

<sup>2</sup> Dictionnaire la rousse, disponible sur le site <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/technostructure/76966> consulté le 20/09/2017.

<sup>3</sup>MINTZBERG.H, *Structure et dynamique des organisations*, Les Éditions d'organisation, Paris, 1994, [En ligne], publier le 21 mars 2003, disponible sur le site <http://phortail.org/webntic/Organisation-Henri-Mintzberg.html>. Consulté le 20/09/2017.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

support logistique. La raison du peu d'importance de la technostructure est qu'il existe une standardisation des qualifications.

- **Des fonctions de support logistiques :**

Elles sont très développées sous le contrôle des membres de la technostructure, elles constituent aussi une part importante des coûts générés par l'organisation<sup>1</sup>. Au sein de l'organisation hospitalière, l'appartenance du médical et du logistique à deux univers différents induits d'importantes insuffisances de coordination qui influent considérablement sur la qualité du service rendu<sup>1</sup>.

### 1-2-3-2- Particularités de l'organisation hospitalière :

L'approche de l'organisation hospitalière met en évidence quelques particularités qui sont :

- **Une organisation hiérarchisée :**

L'hôpital est une organisation qui est marquée par une grande distance hiérarchique entre les diverses catégories et statuts. Il s'agit d'une structure qui reste très hiérarchisée et cloisonnée<sup>2</sup>.

- **Une division de travail particulière :**

L'hôpital est une organisation où la division des tâches est particulière et où les comportements, les attitudes des groupes professionnels sont différentes de ceux d'autres organisations. En particulier, le corps médical qui joue un rôle central et qui détient une autonomie professionnelle très forte en comparaison avec les autres groupes de personnels hospitaliers<sup>3</sup>.

- **Une répartition de pouvoir dichotomique :**

L'organisation hospitalière est caractérisée par une sorte de répartition des pouvoirs dichotomiques\*, d'un côté, l'administration, avec son poids, ses règles de fonctionnement et ses critères de gestion, de l'autre côté, le corps médical, avec sa hiérarchie, et son mode de comportement fortement libéral. Ce corps médical est relativement peu impliqué dans la gestion hospitalière et ne participe à l'administration en grande partie que de façon consultative<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> CIPICIANI, Isabelle. *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : L'engagement du directeur des soins*. Mémoire de l'École nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES, 2005, p.13.

<sup>2</sup> SIFAOUI fatma. *Op.cit.*, p. 43-52

<sup>3</sup> Ibid., p. 13-40.

<sup>4</sup> Ibid.

\*division de quelque chose en deux éléments que l'on oppose nettement.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

L'hôpital est une organisation pas comme les autres. Le meilleur modèle utilisé pour l'appréhender est celui de la bureaucratie professionnelle même s'il a des insuffisances notamment celles de coordination, de contrôle et d'innovation.

### **1-2-4- L'hôpital : Modèle de l'organisation bureaucratie professionnelle :**

L'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature pour appréhender ces organisations, est celui de la bureaucratie professionnelle développée par Mintzberg (1982)<sup>1</sup>. Dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle.

Cette bureaucratie professionnelle est une forme de structuration de l'activité, caractérisée par une séparation entre professionnels et non professionnels, qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. L'hôpital est donc une structure au sein duquel la haute qualification des opérateurs est structurellement en conflit avec le pôle administratif, lui-même encadré par les règles contraignantes de l'autorité publique, quant aux budgets et au financement des soins de santé. Les exigences de rigueur dans la gestion sont en permanence en conflit avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement technique et professionnel

C'est dans le caractère d'autonomie et de démocratie des professionnels de ces organisations que résident les problèmes de la bureaucratie professionnelle, du fait qu'il est difficile de superviser le travail des professionnels ayant l'autonomie et le pouvoir, et de corriger les défaillances qu'ils négligent et évitent. Ces professionnels ont tendance à négliger les problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation qui surgissent dans ces structures.

#### **1-2-4-1-Description de la bureaucratie professionnelle**

L'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle composée d'un sommet stratégique qui est la direction générale de l'organisation, d'une ligne hiérarchique, composée de cadres, d'un centre opérationnel comprenant les acteurs produisant le produit ou fournissant le service tel que les médecins et le personnel infirmier, une technostucture où l'on trouve les spécialistes qui s'occupent de la conception et de l'exploitation des systèmes de planification et de contrôle et enfin, les fonctions de support logistique qui fournissent un support indirect aux opérateurs et au reste de l'organisation. Chaque partie de base est

---

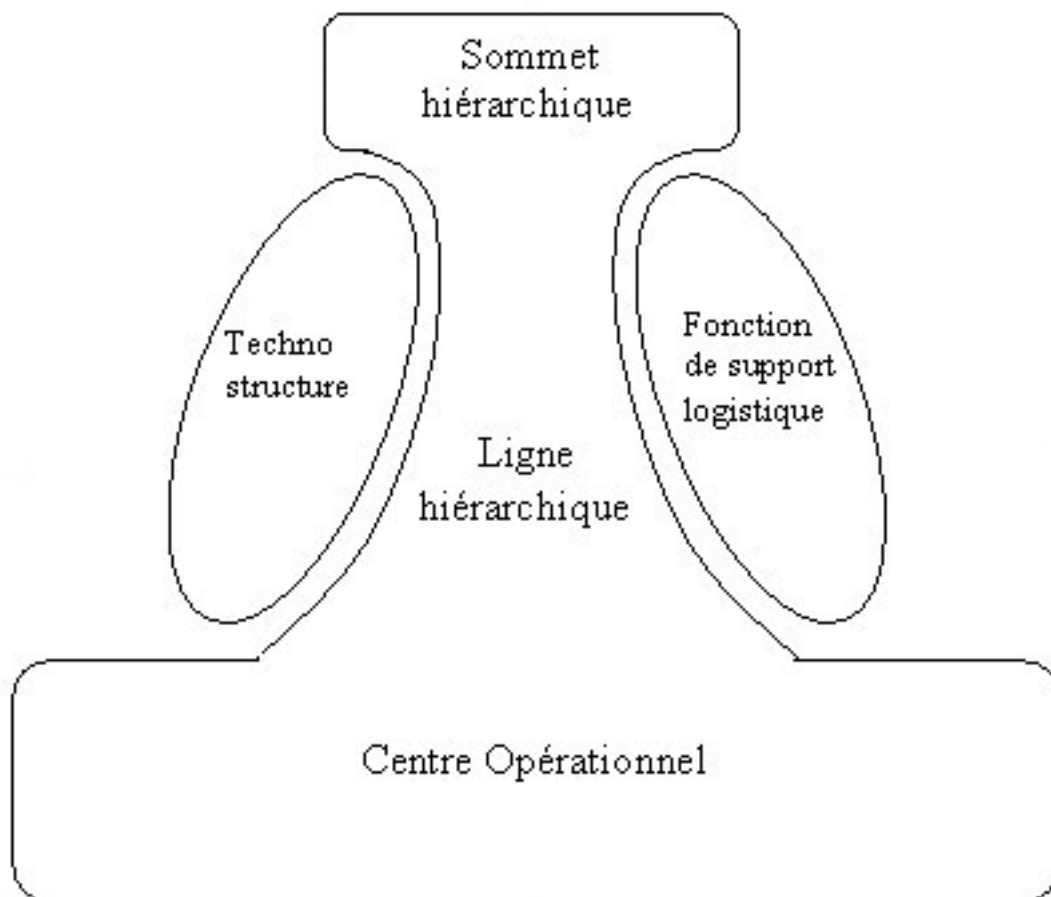
<sup>1</sup>Mémoire de BOUAI DI SONIA.MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Éditions d'organisation, Paris, 1982, p. 328-330.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

caractérisée par une force spécifique dans le cas de la bureaucratie professionnelle, le centre opérationnel est l'élément clé<sup>1</sup>.

Cette dernière est décrite principalement par le travail du centre opérationnel, le caractère bureaucratique de la structure et la structure administrative comme le décrit H. MINTZBERG dans cette figure :

**Figure 01** : La bureaucratie professionnelle



Source : MINTZBERG H., « *Structure et dynamiques des organisations* ».

L'analyse proposée par H. MINTZBERG, considère cinq éléments de base de l'organisation ; le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure et les fonctions de support logistique.

<sup>1</sup>BOUAIDI SONIA. Op.cit.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

- **Le travail du centre opérationnel :**

La bureaucratie professionnelle s'appuie pour coordonner ses activités, sur la standardisation des qualifications\* comme mécanisme principal de coordination, et sur la formation et la socialisation comme paramètres de conception. Mintzberg, soulignent que,

*« Pour coordonner ses activités, l'organisation professionnelle, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui est elle-même réalisée principalement à travers la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dument formés, des professionnels, et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail »<sup>1</sup>.*

- **Le caractère bureaucratique de la structure :**

La structure de cette organisation est bureaucratique, sa coordination est assurée par des standards qui sont élaborés pour une large part en dehors de la structure, où l'accent est mis sur le pouvoir de la compétence.

- **La structure administrative :**

La bureaucratie professionnelle est une structure très démocratique pour les professionnels du centre opérationnel. Ces derniers contrôlent leur propre travail mais ils cherchent à avoir le contrôle collectif des décisions administratives. Une partie du travail administratif est réalisée par les professionnels eux-mêmes. Pour la structure administrative, le mécanisme de coordination des activités, est l'ajustement mutuel<sup>2</sup>.

Dans cette dernière il existe deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut, et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas.

Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise, où il oblige à refléter les niveaux d'expertise et d'expérience professionnelle.

Pour la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont liés à la fonction. Il s'agit donc de deux approches de travail, où l'une oriente les professionnels vers le service, pour l'autre, l'orientation bureaucratique est vers le respect des procédures.

---

<sup>1</sup> SIFAOUI fatma. Op. Cit. p. 25.

<sup>2</sup> Ibid.

\*Elle effectue la coordination des différents types de travail par le biais d'une formation spécifique de celui qui exécute le travail

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## 1-2-4-2- Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle

Après avoir présenté l'hôpital comme l'idéal type de la BP il est essentiel de souligner que cette dernière à des problèmes de coordination, de contrôle et d'innovation.

- **Les problèmes de coordination :**

Dans la bureaucratie professionnelle, le mécanisme principal de coordination est la standardisation des qualifications. Ce mécanisme est peu puissant et il ne peut pas régler tous les problèmes qui surgissent dans cette configuration structurelle. Il y'a donc un besoin de coordination entre les deux hiérarchies, professionnelle et non professionnelle. Pour le professionnel, c'est lui qui donne des ordres, mais cela met les fonctionnels dans une situation difficile car ils reçoivent les ordres à la fois par leur hiérarchie mais aussi par les opérateurs. Des problèmes de coordination existent aussi entre les professionnels, où le processus de classement apparait comme la source d'un grand nombre de conflits dans cette organisation<sup>1</sup>.

- **Les problèmes de contrôle :**

Même si le processus de classement fonctionne, l'organisation rencontre des problèmes car le travail des professionnels et des opérateurs exige un contrôle et une évaluation. Or, il est difficile de superviser le travail des professionnels en raison de leurs pouvoirs, savoirs et autonomie et donc la bureaucratie professionnelle est relativement impuissante face aux professionnels.

L'autonomie des professionnels permet d'ignorer les besoins des patients mais aussi ceux de l'organisation. Ils considèrent l'organisation comme une structure et un endroit commode dans laquelle ils exercent leurs professions, où l'organisation pour eux est accessoire et ne se considèrent pas comme faisant partie d'une équipe. Ces professionnels s'identifient plus à la profession qu'à l'organisation où il la pratique, et sont loyaux vis-à-vis de la profession mais pas envers l'organisation. La coopération entre les acteurs au sein de cette structure est cruciale pour le fonctionnement de l'organisation.<sup>2</sup>

- **Les problèmes d'innovation :**

Le fonctionnement et les programmes existants dans les bureaucraties professionnelles et les innovations majeures nécessitent de la coopération, mais aussi des efforts interdisciplinaires et une modification du processus de classement. Par conséquent, la résistance des professionnels à coopérer se traduit par des problèmes à l'innovation. La bureaucratie professionnelle est une structure rigide, avec une production standardisée qui

---

<sup>1</sup>SIFAOUI fatma. Op. Cit., p. 318-320.

<sup>2</sup>*Ibid.*, p. 330-331.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

engendre des problèmes d'innovation et qui trouvent leur origine dans la méthode de raisonnement déductif utilisée par les professionnels, celle-ci conduit à faire naître d'autres problèmes. À cause de l'autonomie des opérateurs et du pouvoir de la base dans les décisions, le pouvoir de changer la stratégie est diffus, où tout le monde doit être d'accord sur le changement<sup>1</sup>.

Un environnement dynamique exige des changements, de nouvelles compétences, un nouveau mode de classement et des efforts de coopération de la part d'équipes multidisciplinaires.<sup>2</sup>

### **1-2-4-3- L'organisation de la prise en charge des patients :**

Quel que soit le cadre retenu pour évaluer la performance, la question de l'organisation du travail requise est prépondérante. La recherche de l'organisation nécessaire à la prise en charge des patients emprunte au champ de la gestion son inclinaison à comprendre les processus par lesquels la production est assurée. Dans le cas présent, l'enjeu est de savoir comment gérer les patients. Il s'agit de distinguer les activités qui peuvent être standardisées et celles qui requièrent au contraire une autonomie des professionnels afin qu'ils prennent les décisions les plus judicieuses. Cette approche de l'organisation du travail lors de la prise en charge des malades est indispensable.<sup>3</sup>

Dans la recherche d'optimisation de l'organisation du travail, de différents liens peuvent s'établir. Par exemple, les nouvelles technologies de l'information sont censées améliorer la coordination entre les acteurs hospitaliers. La relation avec le patient est également à considérer comme l'élément le plus visible de cette organisation. L'implication du patient joue un rôle dans cette relation, il participe en effet par les informations qu'il donne, par sa volonté de coopérer aux consignes qui lui sont données.<sup>4</sup>

### **1-2-4-4- Gestion de la qualité :**

Si la gestion s'est largement intéressée aux questions relatives à la rationalisation financière, d'autres aspects de la performance ont été investis au cours de la même période.

---

<sup>1</sup>SIFAOUI fatma. Op. Cit.

<sup>2</sup>Ibid. p. 331-333.

<sup>3</sup>BOUADI SONIA. Op.cit. p.25.

<sup>4</sup> Ibid.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

Au premier rang de ceux-ci se trouvent la qualité des soins. De nombreux outils et méthode sont vu le jour autour de notions de démarches qualité, et plus précisément d'assurance et d'amélioration continue de la qualité, depuis les années 1980.

Sur ce thème, le management a conduit à mettre en lumière, à côté de l'expertise professionnelle, l'organisation requise pour garantir cette qualité. Comme dans d'autres domaines à dominante professionnelle, l'expertise médicale reste la clé de voûte de la qualité des soins délivrés, mais qui reste tributaire d'une bonne organisation du travail entre les acteurs : les modes de coordination entre les services, les habitudes communes de travail jouent un rôle essentiel dans la qualité de la prise en charge du patient.

### **1-2-5- Intégration du management dans la gestion hospitalière :**

Le vieillissement de la population, la prise en charge des maladies chroniques, l'inégalité d'accès aux soins, le déficit chronique des hôpitaux, la difficulté financière du système de santé, ... demandent aux directions des établissements publics d'opérer des changements radicaux dans le management.

Pour répondre aux besoins de santé à venir, il est nécessaire de revoir les modes d'organisation, et de coordination des acteurs<sup>1</sup>.

Face aux changements préconisés, certains s'écrièrent qu'ils vont se faire au détriment de la sécurité des soins et la prise en charge des patients. Faux, car ces changements sont reliés directement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour répondre aux attentes du patient. En revanche, il faut sortir l'idée que la performance passe exclusivement par l'augmentation des moyens. Pour preuve : le nombre et la qualité des équipements, s'ils sont sous-utilisés ou mal repartis engendrent des surcoûts qui ne contribuent pas à une meilleure prise en charge des patients<sup>2</sup>.

Il faut donc mettre en œuvre une organisation axée sur les attentes des patients, en effet la capacité organisationnelle doit devenir un enjeu déterminant pour nos établissements de santé. L'enjeu est de pouvoir combiner la maîtrise des coûts, la différenciation, l'efficacité organisationnelle et la création de valeur pour le patient. Les pratiques opérationnelles et le management dans l'ensemble de l'établissement doivent être conformes à la stratégie, dans un esprit tourné vers la qualité, la réactivité et la fluidité afin de répondre aux attentes des patients. La difficulté essentielle est liée à la complexité de cette organisation qui repose à la

---

<sup>1</sup> BENOIT Christine, Op.cit. p. 43,44

<sup>2</sup> Ibid., p. 55,56.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

fois sur la prise en charge de pathologies différentes, programmées ou non, la diversité des acteurs et des services, une clôture spécifique, le désir d'offrir la meilleure qualité et sécurité des soins tout en étant attentif à la maîtrise des coûts<sup>1</sup>.

Un management hospitalier s'impose de lui-même dans le contexte actuel de l'organisation hospitalière. Cependant, toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux, doit d'abord tenir compte du fait que ce lui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'elle est marquée par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement.

Cet établissement est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des acteurs très divers. Dans un contexte hospitalier en évolution et pour gérer une complexité croissante, les hôpitaux doivent modifier leur organisation. Cela s'accompagne nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et la maîtrise de la mise en œuvre des divers instruments de management.

« *La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial. Réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance est un défi pour le management*<sup>2</sup> ». L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques.

### **3-Adoption et d'application des réformes sanitaires**

L'Algérie a inscrit, dans ses constitutions successives, le droit des citoyens à la protection de leur santé. La concrétisation de ce droit s'est traduite, dès janvier 1974, par le développement du système national de santé basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens.

Cette politique a eu pour conséquence un effort gigantesque se traduisant par le développement de programmes nationaux de prévention ayant pour but de maîtriser les épidémies (programme d'éradication du paludisme, programme de lutte contre la tuberculose, programme élargi de vaccinations), par une formation massive dans le domaine médical et paramédical, par la construction et l'équipement de nombreuses infrastructures pour les soins, et par la mise à la disposition du citoyen des produits pharmaceutiques nécessaires aux soins de santé de base.

---

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> CHEROUTE-BONNEAU, « *La production de soins, un enjeu managérial* », Gestion hospitalière, Février, 1998, p.95

# Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

## 1-3-1- La notion de réforme dans un système de santé

La question de la réforme du système de santé s'est posée il y'a de cela une dizaine d'années dans plusieurs pays en voulant introduire de nouvelles modalités d'organisation et de financement. Plus que par le passé, cette question reste posée du fait de l'accroissement des inégalités d'accès aux soins et des maladies<sup>1</sup>.

Dans les pays en voie de développement, le constat sur l'état du secteur de la santé était alarmant malgré quelques progrès : mauvaise allocation des ressources, démotivation du personnel, dégradation des infrastructures de soins, déficience de la qualité des prestations...

Les années 90 ont marqué l'introduction des principes du nouveau management public en l'occurrence dans les organisations hospitalières. D'après Eymeri et Giaucque(2005) « *le new public management est loin de n'avoir été qu'un emprunt superficiel à la terminologie du secteur privé... le cœur de doctrine repose sur la négation fondamentale de toute distinction d'essence entre l'entreprise privée et les organisations publiques, d'où il résulte que le citoyen assujetti et ou usager du service public doit être traité comme un client-consommateur, sur l'affirmation que l'organisation présente des institutions publiques est dépassée et doit être réformée, sur l'énoncé corollaire qu'un corpus de connaissances, de techniques et de bonnes pratiques qui ont prouvé leur efficacité dans les entreprises privées doivent être importées dans le secteur public par des réformes administratives, et sur la conviction qu'une efficacité accrue des administrations découlera forcément de ces réformes principalement organisationnelles* »<sup>2</sup> Le NPM défend le principe d'une nécessité de réformer les institutions publiques en empruntant les outils du « *Management privé* ».

Dans ce qui suit, nous allons retracer les traits de la réforme sanitaire et les objectifs visés au sein de notre système de santé.

## 1-3-2- Réforme du système de santé : traits et objectifs

Berman en 1995 définit le système de santé comme « *un processus qui intègre un changement institutionnel et structurel profond et soutenu par le gouvernement, et visant à la réalisation d'une série d'objectifs politiques explicites* ». Si on s'intéresse aux objectifs, le système de santé se définit comme suit « *c'est un changement soutenu et déterminant pour*

---

<sup>1</sup>OMS, *les réformes sanitaires*, Op.cit., P.02-03.

<sup>2</sup>OMS, Op.cit., P.02-03. Disponible sur <http://www.who.int/healthsystems/strategy/fr/>. Consulté le 10/10/2017.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

*améliorer l'efficacité, l'équité et l'efficience du secteur de la santé* ». Ce dernier a fait l'objet de réformes dans plusieurs pays<sup>1</sup>.

Le dictionnaire nous donne une définition du terme réformer qui consiste à faire subir à quelque chose des modifications importantes destinées à l'améliorer. Réformer n'implique pas de modifications mineures, il s'agit comme d'affirme Berman et Bossert en 2000, d'un effort soutenu délibéré et fondamental.

Réformer le secteur de la santé consiste à ; introduire des changements structurels et non superficiels, changer les institutions comme préalables aux changements d'objectifs, viser le long terme en inscrivant les réformes dans un processus planifié, le changement doit être décidé, voulu et mené par les autorités publiques. Par ailleurs le contenu des réformes n'implique pas des mesures universelles, mais modulables aux caractéristiques du pays.

Afin d'introduire de véritables changements structurels, les réformateurs doivent actionner principalement cinq leviers qui sont ; le financement, le mode de paiement, l'organisation, la régulation, et le comportement des usagers, cela pour améliorer la santé de la population, répondre aux attentes des usagers et répartir de manière équitable la contribution financière.

Pour l'OMS, réussir une réforme du système de santé c'est agir sur ses composantes stratégiques à savoir la prestation de service, les ressources humaines, le financement et le rôle de l'administration générale. Si les réformes menées touchent un seul aspect de ces composantes, on les qualifie comme des réformes avec un petit 'r' pour reprendre l'appellation de Berman et Bossert. Les grandes réformes sont de grande ampleur et bouleversent l'ordre établi.

Par ailleurs, réformer n'est pas tâtonner, ni se baser sur le doute et l'hésitation. Afin d'introduire des changements dans le système de santé, il faudrait que ces changements soient étudiés avec rigueur sans cloisonnement entre les acteurs faisant partie du système de santé. Articuler entre les objectifs, les moyens et les mesures prévues est un préalable à toute amélioration du secteur de la santé.

Pour la mise en œuvre des grandes réformes, un personnel qualifié et fortement motivé ainsi qu'un engagement institutionnel et une stabilité des responsables sont essentiels.

---

<sup>1</sup> ZEHNATI Ahcène, Op., cit. P. 123-124.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

Toutes ces conditions sont-elles réunies pour améliorer le service de santé en Algérie ?

A l'instar de nombreux pays, l'Algérie a pris conscience depuis les années 60 de l'aspect stratégique du secteur de la santé. De ce fait, elle a entamé une série de réformes concernant ce secteur afin de répondre aux exigences des usagers.

Face à l'apparition de nouvelles pathologies, l'accroissement démographique et la contrainte économique, une réforme du système de santé est primordiale pour corriger le déséquilibre entre l'offre et la demande des soins. Cette réforme est loin d'être isolée, elle s'inscrit dans une refonte globale du secteur public<sup>1</sup>.

Dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés aux usagers, le système de santé a subi plusieurs réformes sur quatre principales périodes.

### **1-3-3- Bref historique des réformes de santé en Algérie**

Reformer est le moyen le plus efficace pour réajuster le système national de santé afin qu'il puisse répondre au mieux, aux besoins de santé de sa population, en Algérie et jusqu'à nos jours ses réformes ont connu quatre phases bien distinctes :

#### **1-3-3-1- La première phase, de reconstructions d'un système de santé dévasté par la guerre**

Au lendemain de l'indépendance, le système de santé était exsangue suite au départ massif du corps médical français, par ailleurs, les structures de santé d'alors, construites essentiellement pour répondre aux besoins de la population européenne, étaient concentrées dans certaines grandes villes au nord du pays.

Le chantier de construction d'un système de santé, qui répondait aux besoins sanitaires de la population algérienne était colossale, en terme à la fois de structures à construire, et de professionnels à former.

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé publique marquée par deux orientations majeures<sup>2</sup> :

---

<sup>1</sup> ZEHNATI Ahcène, Op., cit. P. 121-125.

<sup>2</sup> Rapport NABNI 2020, Op.cit., p. 22.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

- La prise en charge massive des problèmes de santé de la population par l'État (médecine exclusivement publique)
- Le financement des dépenses de santé assuré essentiellement par la fiscalité publique.

### **1-3-3-2- La seconde phase : développement du secteur de la santé**

La nationalisation du pétrole en 1972, a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, et a permis à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les révolutions « industrielle, agraire et culturelle ».

Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de grandes décisions politiques comme l'ordonnance présidentielle de 1973 instituant<sup>1</sup> :

- La gratuité des soins,
- La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire,
- La mise en place d'une programmation sanitaire avec l'adoption de normes de santé :
  - Un centre de santé pour 6 à 7.000 habitants,
  - Une polyclinique pour 15 à 25.000 habitants,
  - Un hôpital par daïra,
  - Un grand hôpital par wilaya,

Entre 1975 et 1979, plusieurs programmes voient le jour<sup>2</sup> :

- La mise en œuvre dans tout le pays de programmes de vaccinations élargi,
- Instauration d'un service civile obligatoire pour les médecins,
- Création par décret du « secteur sanitaire » et des « sous-secteurs sanitaires ».

### **1-3-3-3- La troisième phase : le secteur de santé en crise**

La politique volontariste appliquée jusqu'en 1986, connaît un frein brutal à la fin des années 80, en raison de la chute des revenus pétroliers. Ce qui a conduit à l'abandon pure et simple, d'un grand nombre de programmes de développement. Mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretien des équipements).

---

<sup>1</sup> Ibid. p. 23

<sup>2</sup> Rapport NABNI 2020., Op.cit. p. 24.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

L'État ne pouvant plus faire face à la dégradation des prestations du secteur public, le pousse à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers. Cette libéralisation se fait sans encadrement juridique. Par ailleurs, la plupart des praticiens ne sont pas conventionnés avec l'assurance maladie et les tarifs appliqués sont nettement supérieurs aux barèmes de remboursement en vigueur, ce qui fait que la quasi-totalité des frais encourus auprès des médecins privés reste à la charge des ménages<sup>1</sup>.

### **1-3-3-4- la quatrième phase : réactivation d'une politique sanitaire**

Cette période est caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, notamment grâce à l'augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budget de fonctionnement que de budget d'équipement du fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales.

- La dépense de santé passe de 3,48% du PIB en 2000 à 5,79% du PIB en 2009.
- De nouvelles constructions de structures hospitalières et des investissements massifs en matériel et équipement, notamment dans le domaine de l'imagerie médicale.
- Un nouveau projet de loi ayant vu le jour en 2014, apporte une nouvelle carte sanitaire visant à moderniser la gestion du secteur de la santé, mais reste encore en cours de discussions<sup>2</sup>.

Le tableau ci-dessus résume les principales réformes qu'a connues le secteur sanitaire algérien :

---

<sup>1</sup> Ibid. p. 23-24.

<sup>2</sup> Ibid. p.25.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

**Tableau 03 : Les principales réformes sanitaires en Algérie :**

Périodes	Dates	Réformes et projets de réformes	Intérêts et objectifs de la réforme
<b>1962-1972</b>	1963	-La création du statut de l'exercice public.	Réactivation des structures de santé héritées de la colonisation et mobilisation de la ressource humaine.
	1964	-La création de l'institut national de santé publique	
<b>1973-1986</b>	1971	-réformes des études médicales.	Généralisation de l'accessibilité de la population aux services de santé, amélioration de la qualité de l'enseignement, renforcement de l'encadrement et de l'organisation du système de santé.
	1974	-Instauration de la gratuité des soins.	
	1985	-La loi sanitaire 85-05.	
	1986	-Privatisation de l'exercice médical.	
<b>1887-2003</b>	1988	-La création de cliniques privées	Ouverture de secteur de santé au secteur privé et projet de révision de la loi sanitaire qui n'a pas connu de suite.
	2003	-Projet de loi sanitaire.	
<b>2004-2011</b>	2007	-Réorganisation des structures de santé.	Mise en œuvre de la régionalisation sanitaire et révision du statut des établissements de santé.
	2010	-Installation de la commission pour l'élaboration d'une loi sanitaire.	
	2011	-Élaboration du projet de la nouvelle loi sanitaire. -Réforme de l'enseignement paramédical.	
<b>2014</b>	2014	-Projet de révision de la loi sanitaire. -Modification de la carte sanitaire. -Révision du code de la santé publique.	Des projets en cours de discussion.

Source : Établi par nos soins, sur la base de données recueillies auprès du MSPRH, (voir annexes n° 02).

Nous venons d'énumérer les différentes étapes qu'a franchies le système de santé algérien. Il est certain que des progrès ont été accomplis. Malgré les investissements publics démesurés et les nombreuses réformes entamées, le système de santé algérien souffre d'un

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

déficit incontestable en termes de cohérence, de crédibilité et d'efficacité. Il ne donne satisfaction ni à la population, ni aux autorités nationales, cela après l'analyse des lacunes des réformes du système de santé algérien.

### **1-3-4- Les lacunes des réformes sanitaires algériennes**

Tous les systèmes de santé dans le monde ont traversé des crises plus ou moins graves qui ont nécessité des réformes qu'ils soient des systèmes par répartition ou par capitalisation

En Algérie, la protection de la santé des citoyens est un droit constitutionnel et depuis 1974 la médecine est gratuite. Ainsi, l'État affirmait un choix politique clair quant au devenir de la santé en Algérie<sup>1</sup>.

Cette ordonnance avait pour objectifs de « mettre un terme aux disparités régionales, rapprocher les soins de la population, développer des soins de base et donner la priorité à la prévention ». Cette volonté politique est exprimée par la loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé en contradiction avec la réalité où les soins ne sont pas gratuits, malgré sa modification en 1988, 1990, et 1996<sup>2</sup>.

Le système de santé en Algérie semble bloqué depuis plusieurs années, les différents projets de relance de la santé engagés sont restés sans effet sur l'amélioration et le développement de la santé : la carte sanitaire, les plans locaux de santé, le tableau de bord de la santé, les assises nationales, etc. Tous ces documents intéressants n'ont jamais servi.

La réforme hospitalière dont la mise application est annoncée chaque année depuis 1998, consiste en une série de mesures à caractère organisationnel, managérial, et financier, à même de répondre aux besoins en soins de la population. L'accroissement de la ressource humaine de santé n'a pas fait d'elle un levier de réforme, à l'exception de certains changements portant sur le statut et la formation des professionnels de santé, celle-ci semble absente des programmes initiés par l'État pour reformer le système de santé qui donne la priorité au caractère organisationnel, managérial et financier<sup>3</sup>.

Par ailleurs, la révision de la loi sanitaire a été ouverte en 2003, dans la vague des réformes sur le secteur de la santé. Dans un élan positif, ces projets de loi sanitaire avaient été

---

<sup>1</sup> ZEHNATI Ahcène, Op.cit. P. 127-128

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

soumis à une large concertation qui avait associé tous les acteurs de la santé. Malheureusement ce projet, de manière incompréhensible, est remis aux oubliettes. Cette réforme qui avait pourtant pour slogan « l'homme au cœur des réformes » s'est limitée à éponger la dette des hôpitaux et multiplier les structures et les achats de matériels.

De ce fait, le système de santé est plongé dans une sorte de paralysie secoué par de petits soubresauts intermittents au gré des exigences ou de la volonté des ministres du moment, ce qui qualifie les réformes d'éternel chantier. En somme, toutes les réformes dont a fait l'objet le système de santé algérien ne sont que minimales dans la mesure où elles sont considérées comme des « réformatives » sans de véritable changement de fond<sup>1</sup>.

### **1-3-5- Réforme inéluctable du système de santé algérien**

D'après les données préalablement recueillies dans ce chapitre, le constat est préoccupant, en effet, le secteur public, se caractérise par une gestion administrative centralisée, ce qui ne laisse pas de place à la réflexion et à la proposition. L'Algérie a choisi un modèle socialiste, héritage du système colonial français, légué à l'après indépendance. Pour des raisons stratégiques, la santé publique doit constituer l'essentiel des prestations de santé. L'Algérie a les moyens d'offrir aux citoyens les soins nécessaires, avec les assurances sociales ou en prenant carrément à sa charge les opérations chirurgicales et les traitements. Il se trouve que ces dernières années, si les budgets de la santé ont été conséquents, leur gestion et leur utilisation ont été faits d'une façon chaotique. Ce qui a provoqué des conflits sociaux, des disparités régionales et des erreurs fondamentales dans le fonctionnement des espaces publics de santé. Et surtout une perte de confiance de la part du citoyen dans le secteur de la santé publique<sup>2</sup>.

Aujourd'hui, lorsque le citoyen lambda, est malade, sa première réflexion est d'aller dans le privé. Ce n'est pas normal. L'État a quand même consenti des efforts, où les prestations de soins et l'accès au succès sont totalement garantis à tout citoyen algérien. Or, la réalité du terrain montre le contraire. Le rendement des hôpitaux publics n'a pas été à la hauteur des dépenses consenties.

---

<sup>1</sup> ZEHNATI Ahcène, Op.cit. P. 127-128

<sup>2</sup> Ibid.

## Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système

---

De cette synthèse nous retiendrons trois grandes défaillances de notre système de santé. A savoir le manque d'efficacité dans la gestion des établissements hospitaliers publics<sup>1</sup> :

- L'organisation interne des hôpitaux,
- Un manque de communication entre les agents,
- Le mode de financement du système de santé.

L'État se retrouve dans une situation où il risque de ne plus pouvoir assurer ce financement dans les années à venir, en cause ; la chute des prix des hydrocarbures qui ont conduit le pays dans une crise économique et a obligé l'État à penser plus économiquement, ce qu'il n'a pas été le cas lors des années précédentes.

Tirailé entre un idéal, celui de garantir la gratuité des soins pour tous les algériens et un pragmatisme plus que nécessaire pour garantir la pérennité financière du système de santé, le pouvoir algérien est tenu désormais de tracer une ligne politique claire afin de ne pas reproduire les erreurs du passé<sup>2</sup>.

L'État peut-il encore, dans le même temps, garantir une médecine gratuite, financer le système de santé et continuer ses projets d'investissements dans les infrastructures sanitaires ? La société algérienne du début des années 1970 n'est assurément plus la même que celle d'aujourd'hui. L'éclatement de la cellule familiale, le vieillissement progressif de la population et enfin les nouveaux modes de consommation ont sensiblement bouleversé ses besoins en matière de santé. Ces transformations ont ainsi fait exploser les dépenses de santé par habitant. Celles-ci ont considérablement augmenté, passant de 74 dollars en 2003 à 279 dollars en 2012 selon la Banque mondiale<sup>3</sup>.

### 1-3-5-1- Des « contrats de performance » pour les hôpitaux

Face à cette situation, le gouvernement avait décidé d'entreprendre une réforme du financement des établissements de santé publique. Adoptée en 2004, mais réellement mise en

---

<sup>1</sup>ZEHNATI Ahcène, Op.cit.

<sup>2</sup> CHAOUI Farid, les systèmes de santé au Maghreb, les notes IPEMED études et analyse, Avril 2012, N° 13, p. 12-17. Disponible sur : [www.ipemed.coop](http://www.ipemed.coop). Consulté le 14/10/2017.

<sup>3</sup>Ibid.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

application en 2010, celle-ci abandonne l'idée du système forfaitaire de financement des hôpitaux au profit de la contractualisation des soins.

La contractualisation, ne met pas un terme à la gratuité des soins, mais c'est un principe qui repose sur l'intervention de plusieurs acteurs (État, organismes sociaux, établissements de santé), afin de permettre une plus grande maîtrise des coûts et des dépenses tout en conservant un meilleur accès aux soins pour les affiliés à la Sécurité sociale et pour les personnes les plus précarisées. Ce système impose désormais aux hôpitaux d'être liés par des contrats dits "de performance" aux organismes assureurs. Ces derniers ont la charge de payer les actes et les soins prodigués à leurs assurés ou ayants droit. Les soins dispensés aux non-assurés sociaux sont en revanche à la charge du budget de l'État.

Mais des voix discordantes se sont élevées pour alerter les autorités sur la non-viabilité du système de santé. Parmi elles, celle de Farid Chaoui, professeur de gastro-entérologie, chargé de la réforme de la santé et de la sécurité sociale auprès du Premier ministre algérien de 1990 à 1991 et membre de l'IPEMED (Institut de Prospective Économique du Monde Méditerranéen).

Selon lui, l'État ne supporte que 30% des dépenses de santé publique, le reste étant financé à hauteur de 10% par les cotisations directes des ménages algériens et à 60% par la Sécurité sociale qui voit ses ressources diminuées drastiquement. Il propose ainsi de créer une caisse commune à laquelle cotiseraient l'État, la sécurité sociale et les assurances. Sa fonction serait de financer les programmes mis en place par le ministère de la santé. De leur côté, les assurés devraient contribuer à ce financement proportionnellement à leur salaire<sup>1</sup>.

### **1-3-5-2-Une nouvelle carte sanitaire**

Présenté le 26 août 2014, par le ministre de la santé Abdelmalek Boudiaf, un nouveau projet de loi sur la santé réitère une nouvelle fois le principe de la gratuité des soins mais prend acte de la nécessité de redéfinir une nouvelle carte sanitaire. Afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé, la carte sanitaire "tient compte du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques

---

<sup>1</sup>ACHER Malik, *La réforme inéluctable du système de santé algérien*, Alger Paris, février 2015, disponible sur le site ; [http://www.algerparis.fr/societe/la-reforme-ineluctable-du-systeme-de-sante-algerien\\_a-159-3300.html](http://www.algerparis.fr/societe/la-reforme-ineluctable-du-systeme-de-sante-algerien_a-159-3300.html). Consulté le 15/10/2017.

## **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

et socio-économiques", et vise à "assurer l'accès aux soins en tout point du territoire national et à améliorer les offres".

Cette nouvelle carte sanitaire sera révisée tous les trois mois afin d'assurer une bonne couverture du territoire. Surnommé "le bulldozer", le ministre de la Santé n'hésite pas à pointer les lacunes du secteur afin de faire bouger les lignes. Quelques mois à peine après sa nomination en octobre 2013, il commande un audit national sur les établissements de santé algériens. À la suite de ce dernier, des têtes tombent. Certains fonctionnaires sont mis à la retraite, d'autres sont sanctionnés.

Quelques analystes notent que la méthode consistant à "houspiller" publiquement quelques directeurs d'hôpitaux et de services a déjà été utilisée dans le passé sans apporter de changements notables. Mais le nouveau ministre de la Santé a depuis multiplié les discours et les actions pour tenter de soigner de façon durable le secteur de la santé algérienne. Sa stratégie, il l'a dit, repose en grande partie sur cet audit réalisé sur toutes les wilayas du pays.

Il a en effet permis de mettre en évidence tous les points faibles qui sont à l'origine de l'insatisfaction des Algériens. Absence de numérisation, manque d'hygiène dans les hôpitaux, aucun dérèglement ne semble être passé entre les mailles du filet de l'audit. Son franc-parler et son esprit de consensus lui permettent pour l'heure de ne pas rencontrer d'obstacles majeurs pour l'application de son programme. Une chose rare pour un responsable à la tête d'un ministère souvent confronté à de nombreuses grèves. "Des problèmes de gestion, de coordination demeurent<sup>1</sup>.

Il faut cerner tous les problèmes et les évaluer avec sérieux", affirma-t-il en juin dernier lors de la 9<sup>e</sup> journée médico-chirurgicale organisée par le SNPSSP (Syndicat national des praticiens spécialistes de la santé publique).

Abdelmalek Boudiaf a annoncé des mesures d'urgence et a promis des mesures "structurantes" dans la nouvelle loi qui devrait être promulguée courant 2015. Ce sera le test de la "révolution" promise dans le secteur de la santé.

---

<sup>1</sup>ACHER Malik, Op.cit.

# **Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système**

---

## **Conclusion**

Pour faire face à la difficulté de reformer le système national de santé, on doit d'abord modifier la vision qu'on a d'un établissement hospitalier, de plus le voir comme étant, un établissement public qui offre des soins à la population, sans notion de performance et anarchique au plan organisationnel, mais bien comme organisation complexe qui produit des soins, bien structuré ou tous ses acteurs bénéficient d'une certaine liberté de mouvement et d'une plus grande autonomie. De mettre en place une véritable stratégie globale, qui déterminera les missions et les responsabilités de toute un chacun.

Dans cette optique de complexité, organisationnelle, de stratégie, de planification, et de prise de décision, le projet d'établissement hospitalier constitue un nouvel outil de management, qui permettra la création d'un but commun à tous les acteurs de cette organisation.

Quand à la difficulté de l'État quand, au financement du système de santé, le projet de mise en place de la contractualisation revient plus que jamais au premier plan des réformes sanitaires à venir.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **Introduction**

La mise en œuvre de la gratuité des soins en 1974 a induit trois tendances fortes : d'une part une généralisation de l'accès gratuit aux soins dans le secteur public ensuite une augmentation continue des dépenses de soins et enfin une mise à contribution croissante des organismes de sécurité sociale au financement du budget du ministère de la santé.

Elle s'est aussi traduite par une quasi disparition de toute forme de facturation et de gestion rigoureuse des dépenses dans les structures publiques de soins. Les hôpitaux qui avaient jusque-là un outil rudimentaire de comptabilisation et de facturation des actes l'ont abandonné dès l'institution du principe de la dotation globale forfaitaire par l'autorité centrale.

Cette enveloppe globale se fondait essentiellement sur les effectifs de personnel, le nombre de lits et prenait en compte les tendances passées du budget alloué.

La mise en œuvre de la contractualisation va induire de nouveaux rapports entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins ce qui, en définitive, impose pour ces derniers le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi ; l'évaluation et de contrôle des prestations médicales et paramédicales dispensées à leurs clients.

Ce financement s'effectuera au réel c'est-à-dire que chaque structure aura des ressources en fonction de son niveau d'activité. En effet ; tous les éléments précités entrent dans la facturation des soins pour les malades solvables pris en charge par la sécurité sociale ainsi que les malades indigents pris en charge par l'Etat. Le développement de ces fonctions permet, par ailleurs d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et conditions de séjour.

Dans ce présent chapitre nous allons développer cette notion de contractualisation et les moyens de sa mise en œuvre.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

### 1-Cadres conceptuels sur la notion de contractualisation

La contractualisation est à l'ordre du jour dans de nombreux pays poursuivant une réforme de leurs systèmes de santé et de protection sociale. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles.

#### 2-1-1- Concepts de base sur la contractualisation

La contractualisation est une alliance volontaire de partenaires indépendants qui s'arrangent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de cette relation.

Lorsqu'on aborde la contractualisation, deux questions paraissent fondamentales :

- Il faut s'entendre sur la notion de contrat (qu'est-ce qu'un contrat ?)
- Il importe de définir les parties de ce contrat (qui sont les acteurs de ce contrat ?)

##### 2-1-1-1- La notion de contrat

L'article n° 54 du code civil algérien définit le contrat comme une « *convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent envers une ou plusieurs autres, à donner à faire ou à ne pas faire quelque chose*<sup>1</sup> ».

Le décret n° 96.54 du 22 janvier 1996, donne la définition suivante des contrats :

« *Les marchés publics sont des contrats écrits dans le sens de la légalisation en vigueur des contrats passés dans les conditions prévues dans le présent décret en vue de la réalisation pour le compte du service contractant de travaux et de l'acquisition de fournitures et de services*<sup>2</sup>. »

##### 2-1-1-2- Définition de la contractualisation

« *La contractualisation est l'action de contractualiser quelque chose ou quelqu'un*<sup>3</sup> ».  
« *Contractualiser c'est régler un problème avec un contrat* », ou « *attribuer à un employé d'une administration le statut d'agent contractuel*<sup>4</sup> ».

---

<sup>1</sup> AGRANIOU.M, *Le Gestionnaire*, Op.cit. p. 50.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> DICTIONNAIRE, *Larousse*, disponible sur le site <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>. Consulté le 29/10/2017.

<sup>4</sup> Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-1-2- Notion de la contractualisation hospitalière**

La contractualisation, selon l'OMS est « *un arrangement (un contrat) qui constitue un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel, ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses* »<sup>1</sup>. C'est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants, qui apporte soit :

- Un surplus ou un avantage.
- Une solution coopérative.

#### **2-1-2-1- Les objectifs de la contractualisation**

La contractualisation permet de<sup>2</sup> :

- Définir les orientations stratégiques de l'établissement sous forme d'un schéma régional de l'organisation sanitaire,
- Prévoir les délais de mise en œuvre des objectifs et des moyens requis dans les fonctions du secteur sanitaire,
- Mettre en place les éléments financiers et humains nécessaires au développement des établissements hospitaliers,
- Apporter une plus grande efficacité dans l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé,
- La maîtrise des dépenses de santé
- La rationalisation et l'optimisation des ressources humaines et financières.

#### **2-1-2-2- Les finalités de la démarche contractuelle**

La démarche contractuelle met en avant la volonté de responsabilisation des acteurs et des partenaires du système de santé en renforçant l'autonomie et la visibilité à moyen terme des établissements. La contractualisation devient désormais le mode de relation normal et privilégié entre les établissements de santé et l'autorité décisionnelle.

La sécurité et la qualité des soins sont au cœur de ce nouveau dispositif. Si les établissements étaient tenus de procéder à l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, des

---

<sup>1</sup> OMS, *la contractualisation dans les systèmes de santé*, publié le 27/09/2017, disponible sur <http://www.who.int/contracting/plus/fr/>. Consulté le 02/11/2017.

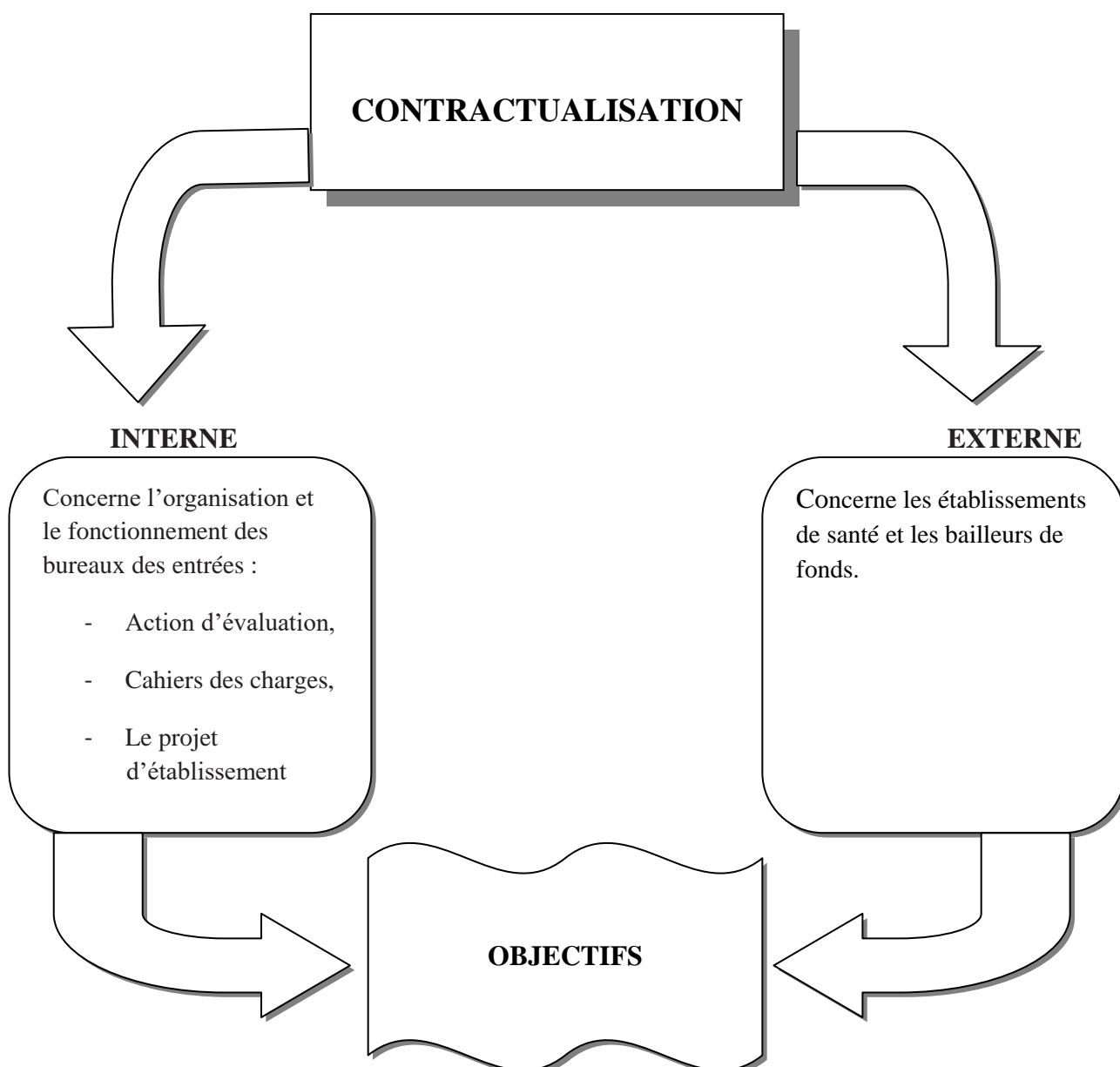
<sup>2</sup> SAIHIM, *La contractualisation l'expérience étrangère*, Op.cit. P.60.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité<sup>1</sup>.

En résumé, nous allons présenter ci-dessous un schéma, qui offre une vision globale de sur la notion de contractualisation en Algérie :

### Schéma n° 1 : la contractualisation en Algérie



**Sources :** SALMI Madjid, Thèse de doctorat en sciences économiques. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle, élément pour une évaluation de la qualité des soins*. 2009.

<sup>1</sup>SAIHLIM, *La contractualisation l'expérience étrangère*, Op.cit.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

Ce schéma résume donc le processus de contractualisation, met en évidence le rapport contractuel des établissements publics de santé avec les bailleurs de fonds, et l'organisation dans les hôpitaux publics algériens qui doivent se doter, afin de pouvoir atteindre l'objectif fondamental de tout système de santé qu'est l'amélioration constante de la qualité des prestations de soins.

### **2-1-3- Les entités concernées par la contractualisation**

Les entités concernées par la contractualisation sont celles qui interagissent avec l'hôpital dans des cas spécifiques, elle représente soit, des sources de financement, soit une tutelle, des collaborateurs ou des partenaires potentiels :

#### **2-1-3-1-L'hôpital public**

Il est au cœur même de ce système, c'est le centre d'intérêt de notre étude, il a différents statuts et formes d'organisation. C'est l'une des organisations les plus complexe du monde. Comme on a pu le constater en amont, il connaît une importante migration de ses cadres vers le secteur privé.

Du fait de l'absence de lien fort entre ses fonctions et ses ressources humaines et financières, les administrateurs sont tentés d'externaliser certaines fonctions et activités. Les expériences des contrats de maintenance des équipements médicaux ou de sous-traitance de la restauration, du gardiennage et de l'entretien des espaces verts, en sont des exemples clairs sur ce qui est censé procurer à l'hôpital des avantages majeurs. Toutefois, il reste à en évaluer les performances et les coûts réels qui en découlent.

L'hôpital public tente, prudemment, de tenir un « discours » sur la qualité des soins et l'évaluation des activités sans toutefois disposer des données, des outils et des compétences requises. Discours seulement car les résistances sont nombreuses et les incitations faibles notamment du fait du statut des établissements et des personnels. Les principaux obstacles résident dans l'absence de définition et de mise en œuvre de plans stratégiques et dans le peu d'adhésion des gestionnaires et des personnels à la démarche d'évaluation des performances<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup>Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P184.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-1-3-2- La Sécurité Sociale**

C'est une entité, mise sous la tutelle du ministère du travail et de l'emploi, elle s'assure que toutes les institutions et tous ses mécanismes, qui se fondent sur le principe de la solidarité nationale garantissent aux individus qui composent la société les ressources nécessaires pour faire face aux événements particuliers dont ils sont victimes (dans notre cas la maladie ou la maternité<sup>1</sup>).

Après avoir connu une croissance régulière des assurés couverts et des revenus et offert une gamme élargie de prestations, la sécurité sociale algérienne est entrée, au cours des vingt dernières années, dans une phase de turbulences au gré des aléas de la conjoncture économique et politique. Confrontée à l'inflation de ses dépenses, au déclin de la croissance de l'emploi salarié et de ses recettes, la sécurité sociale a de plus en plus de mal à assumer ses obligations et à résister aux pressions des différents groupes d'intérêts. La contractualisation est ici conçue comme un instrument de régulation pour freiner les dépenses tant vis-à-vis du secteur public que du secteur privé.

La nécessité de passer d'une relation administrative à une relation contractuelle entre le secteur public de soins et la sécurité sociale est maintenant relativement bien admise. La difficulté réside dans les modalités et instruments de la mise en œuvre et plus fondamentalement dans la volonté réelle des acteurs d'accomplir cette transition de manière transparente et concertée. Ajouter à cela une absence totale de communication, du fait de l'inexistence d'un système d'information bilatéral entre les deux parties (hôpital et organisme sécurité sociale)<sup>2</sup>.

### **2-1-3-3- L'Etat**

Représenté par ses organes de décision et de gestion que sont les ministères et organismes publics. Profondément centralisateur et hiérarchique, il assume à la fois des fonctions de régulation et de décision politique mais aussi des fonctions de gestion et de mise en œuvre des politiques définies.

Vis-à-vis du secteur de la santé, il décide de la politique de santé et de protection sociale, de la régulation mais aussi de l'investissement, du financement, de l'affectation des cadres et de la gestion des structures publiques. Il exerce de fait, et en dernier ressort, une tutelle directe sur les établissements publics de santé et les organismes de la sécurité sociale.

---

<sup>1</sup>Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P185

<sup>2</sup>Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

Son principal souci est le maintien des équilibres socio-institutionnels en place. De par son implication directe dans la décision et dans la gestion des structures et des hommes à la tête des établissements sanitaires et organismes de sécurité sociale, son rôle d'arbitre entre les protagonistes et de garants de la protection de la santé des citoyens est largement compromis.

La contractualisation vise à soulager l'effort de financement de l'Etat envers les établissements de santé en lui accordant un nouveau rôle de régulateur du secteur de la santé<sup>1</sup>.

### 2-1-3-4- Les collaborateurs

Ils représentent majoritairement les entreprises privées spécialisées, qui sous-traitent auprès des établissements de santé la prise en charge des services de soutiens (cuisine, buanderie, garages mécaniques, maintenances, jardinages, nettoyages..., etc.) qui surchargent l'hôpital.

La maintenance des installations et des équipements sera mieux gérée par des personnes spécialisées plus tôt que par un personnel permanent qui même en l'absence de travaux, l'hôpital continuera à prendre en charge toutes les charges générées par ses derniers. D'autant plus que l'effectif de ces services est souvent pléthorique. Dans la majorité des hôpitaux, le personnel des services de soutiens représente plus du tiers de l'effectif global.

L'hôpital se caractérise par une grande diversité de ses services, mis à part les services destinés à l'offre de soins, il dispose d'autres services de soutiens tous aussi nombreux et importants au bon fonctionnement de cette organisation. Cela complique considérablement la tâche des gestionnaires qui est déjà assez chargée, c'est donc dans une logique de délégation des tâches dans le but est de laisser l'hôpital se concentrer uniquement sur sa fonction principale qui est l'amélioration de la qualité de soins proposé à la population<sup>2</sup>.

### 2-1-4- Les contractants à l'intérieur de l'hôpital

« *La délégation de gestion par centres de responsabilité* <sup>3</sup> »

Elle s'effectue entre le directeur et les équipes médicales (responsables de services).

Le responsable de chaque centre est désigné par le directeur qui passe un contrat de délégation de gestion qui définit <sup>4</sup>:

- Les objectifs et les moyens du centre de responsabilité (service)

---

<sup>1</sup>Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P186.

<sup>2</sup> École nationale de santé public, Le Gestionnaire, *la contractualisation*. Op.cit. p. 62-63.

<sup>3</sup>Ibid.

<sup>4</sup>Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

- Les indicateurs de suivi
- Les modalités d'intéressement du centre de responsabilité aux résultats de sa gestion
- Les conséquences en cas d'inexécution de ce contrat.

### 2-1-5- Les formes de contractualisation

La contractualisation est mise en place à deux niveaux <sup>1</sup>:

- Entre les établissements et la tutelle (contrat pluriannuel) d'objectifs et de moyens.
- A l'intérieur de l'établissement dans le cadre de la délégation de gestion par centre de responsabilité.

#### 2-1-5-1- la contractualisation externe

Elle est envisagée comme une réforme macro-économique importante du mode de fonctionnement du système de santé, celle-ci va concerner la révision de la procédure du forfait des hôpitaux par laquelle la sécurité sociale participe annuellement au financement des établissements publics de santé. Le réaménagement prévu consiste à définir et à mettre en place les instruments relatifs à la contractualisation des relations, structures de santé/ caisse de sécurité sociale<sup>2</sup>.

Il est attendu ainsi une forme de « contrat » type de convention liant les prestataires de soins (établissements publics de santé) aux financeurs (caisses de sécurité sociale) à travers un dispositif de paiement des prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayants-droits basé sur les coûts réels.

Cette forme de contractualisation va instituer de fait un mécanisme de suivi et de contrôle des ressources allouées par la caisse de sécurité sociale aux établissements de santé, (Mécanisme absent dans la procédure du forfait), cette réforme est en cours et un comité interministériel a été chargé de la faire aboutir<sup>3</sup>.

Ce-ci-dit, la contractualisation externe implique l'exécution d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, c'est-à-dire que les établissements de santé doivent se situer en relation avec l'autorité tutelle, et négocier des objectifs qu'il faudra définir et qu'il conviendra d'atteindre. Cela s'insérera dans une démarche contractuelle sur la base d'un dialogue entre

---

<sup>1</sup>École nationale de santé public, Le Gestionnaire, *la contractualisation*. Op.cit.

<sup>2</sup>Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P187.

<sup>3</sup> Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

l'organisme de tutelle (le MSPRH) et les différents hôpitaux, celle-ci devra être obligatoire et prévue dans la réglementation.

### 2-1-5-2-La Contractualisation interne

La contractualisation interne (au niveau d'un hôpital) s'établit lorsque des relations contractuelles se tissent entre la direction générale et les différents services médicaux. Il s'agit-là de faire substitution à la traditionnelle logique de moyens\* à une logique de d'objectifs et de résultats, fondée sur la confiance et la responsabilisation des gestionnaires. Il s'agit d'instaurer des systèmes de gestion basés sur la performance et l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de celle-ci<sup>1</sup>.

Autrement dit, la contractualisation interne concerne une meilleure organisation et fonctionnement des bureaux des entrées. L'élaboration des cahiers des charges internes est propre à chaque établissement à l'effet de fixer les objectifs en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir, ainsi que l'évaluation du travail que fait chaque membre du personnel au sein de l'établissement sanitaire.

Les établissements sanitaires en Algérie sont tenus d'adopter une nouvelle organisation centrée sur la création de centres de responsabilités constitués par l'ensemble des services fonctionnant dans le cadre de la délégation de gestion. Ce contrat interne lie le chef d'établissement ou sa direction générale avec les responsables des différents services (médicaux et non médicaux). Là où on définit clairement les objectifs assignés à chacun des services ainsi que les moyens qui leur seront alloués, en établissant par la même les indicateurs de suivi de ces centres de responsabilité en vue de les intégrer aux résultats de leur gestion. Afin de mieux les impliquer, on leur endosse toutes les conséquences de leurs actions. Pour cela, il faut créer les conditions nécessaires qui permettent la participation des différentes équipes hospitalières à la vie quotidienne et au devenir de leur établissement en faisant en sorte que toutes les décisions prises soient l'émanation de leurs auteurs. En définitive, la contractualisation interne a pour ultime objectif le développement d'une logique de responsabilité des acteurs en présence<sup>2</sup>.

---

\* L'utilisation du budget affecter sans prendre compte des résultats en termes de quantité et de qualité du service fournie.

<sup>1</sup>Ibid. P 184-186.

<sup>2</sup>SALMI. Madjid. Thèse de doctorat en sciences économique. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle élément pour une évaluation de la qualité des soins*. 2009. P. 225-226.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-1-6- La contractualisation comme outil de politique de santé :**

Les nouvelles configurations du marché des soins ont rendu complexe la gestion de la santé dans la plupart des pays en développement. Les indicateurs économiques n'ont pas connu d'amélioration malgré une offre de soins diversifiée, ce qui laisse supposer que le secteur de la santé diffère des autres secteurs d'activité en matière d'application des lois économiques du marché.

Pour aider les pays, l'O.M.S. a mis en place depuis quelques années une commission d'intensification de la coopération (I.C.O.) qui préconise l'approche contractuelle comme outil de la politique de santé dans les pays en développement. Cette approche met en avant le rôle de l'Etat comme garant de la cohérence dans les relations entre les partenaires (public, privé, sécurité sociale, assurances économiques...) ayant un rôle dans la santé<sup>1</sup>.

L'Etat devra donc assurer l'action de santé publique qui consiste d'une part à organiser le système de santé et son financement et d'autre part à prévenir les risques encourus par la population.

L'Etat devra aussi s'allier aux différents dispensateurs de soins sur une base de droits et de devoirs, sous forme de « contrat » où la forme relationnelle serait un partenariat. Cette approche s'appuie sur la théorie économique des contrats appliquée à un domaine, qui est resté longtemps rebelle à la régulation par le marché.

Les relations entre les différents acteurs du système de soins nécessitent d'être formellement définies. Les moindres imperfections dans l'élaboration des clauses contractuelles peuvent laisser des marges de manœuvres importantes à l'une ou l'autre des parties. Un contrat est défini comme « un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses ».

La relation entre eux sera de type soit de cogestion : véritable symbiose opérée entre les partenaires pour réaliser des activités en commun ; soit de type délégation de moyens et de pouvoir d'agir au nom de l'autre. Ce dernier système est à la base de la constitution des réseaux, forme moderne d'organisation répondant au mieux à la fois aux besoins des prestataires et des patients.

Les réseaux permettent des ajustements pour mieux gérer les aléas liés à l'incertitude et au manque d'information sur les trajectoires de soins, mais aussi aux besoins des patients qui demandent à ne plus être un "numéro" ou un patient infantilisé. Dans le contrat enfin, il

---

<sup>1</sup>Journal d'Économie Médicale. OPCIT.P184-186

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

s'agit d'un véritable partenariat pour lequel le produit est défini le mieux possible, quoiqu'il ne s'agisse en fait que de promesses de comportement. C'est pour cela que des niveaux de contrôle et d'arbitrage doivent être mis en place en cas de litige entre les partenaires. Ceci reste encore du domaine des règles et des procédures, insuffisant pour gérer convenablement des situations où l'homme, en tant qu'agent économique, peut manipuler des situations en sa faveur<sup>1</sup>.

Pour notre pays, la contractualisation est vue d'abord, comme un mécanisme mettant un terme à la non «gestion» observée depuis 1974, qui rappelons-le n'a été édictée par les textes portant gratuité des soins, et secondairement comme un correctif à la situation «d'illégalité» par rapport à la loi qui est vue également comme un outil permettant à l'Etat de se désengager de la gestion directe des activités de soins, et pourrait ainsi se consacrer davantage aux activités de prévention, de formation et de recherche.

Mais au stade de la réflexion où nous nous trouvons, elle est vue sous un angle étroit d'un moyen par lequel la sécurité sociale achète des soins ayant un bon rapport qualité prix.

Il reste néanmoins, d'une part à clarifier la problématique qui sous-tend cette mesure, et d'autre part à démystifier cette solution miracle en raisonnant davantage sur les problèmes vécus par l'ensemble des acteurs du système de santé algérien : Etat, professionnels de la santé (publics et libéraux), sécurité sociale, mutuelles, assurances économiques, ménages, les patrons et le mouvement associatif.<sup>2</sup>

Cette contractualisation va instituer de fait un mécanisme de suivi et de contrôle des ressources allouées par la caisse de sécurité sociale aux établissements de santé, mécanisme absent dans la procédure du forfait. Cette réforme est en encours et un comité interministériel a été chargé de la faire aboutir<sup>3</sup>.

### **2- Mise en place de la contractualisation au sein du système national de santé**

Les lois de finances successives depuis 1993, mentionnent toutes que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé (secteurs sanitaires, CHU et EHS) doit être mise en œuvre sur une base de rapports contractuels. Cette

---

<sup>1</sup>organisation mondiale de la santé Genève 2004(oms), le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé. Consulté le 21/09/2017.

<sup>2</sup>*Ibid.*

<sup>3</sup> Le Gestionnaire ISSN N 1111 2875 JUILLET 1998.OPCIT P27.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

contribution est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et leurs ayants droit. Les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis (non assurés sociaux), quant à eux sont à la charge du budget de l'État<sup>1</sup>.

Cette politique contractuelle relève de la responsabilité de l'État et plus particulièrement du ministère de la santé. Toutefois, cette fonction d'administration générale ne peut pas s'exercer sans la participation de tous les acteurs qui la déclineront en arrangements contractuels spécifiques. Enchâssée dans une politique de contractualisation, elle devient alors une option stratégique pour améliorer la performance du système de santé. Plus qu'une simple relation de contractants, c'est la recherche et le développement de partenariats véritables et durables qui est en jeu<sup>2</sup>.

En Algérie, le système de santé est né d'un système de gratuité. Sauf qu'en réalité la gratuité n'existe pas vraiment : il y a bien quelqu'un qui paye. Ces services gratuits ont été percutés par la crise d'une administration d'état. Gratuit cela veut dire que quelqu'un paye mais personne n'est responsable ; ni celui qui consomme, ni celui qui produit, ni celui qui administre. Le système du budget global est une prime au moins dynamique, un carcan\* insupportable au plus dynamique, parce qu'inévitablement la revalorisation se fait de manière uniforme, pénalisant les meilleurs, encourageant les mauvais<sup>3</sup> (lorsque les budgets sont accordés à un établissement de santé, on ne prend pas en compte la performance de ce dernier, les budgets sont octroyés en fonction du nombre de personnels ainsi que du nombre de lits de la structure hospitalière).

Dans notre pays, la mise en œuvre de la contractualisation est passée par cinq grandes phases

---

<sup>1</sup> SALMI. Madjid, Op.cit. p. 224

<sup>2</sup> OMS, *la contractualisation dans les systèmes de santé*, 27/09/2017, disponible sur <http://www.who.int.contracting/plus/fr/>. Consulté le 17/10/2017.

\*autrefois, collier de fer pour attacher un criminel au poteau d'exposition.

<sup>3</sup> MILOUD Kadaar, *expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie*, journal d'économie médicale, 2010, Vol, 28, N° 5. P. 186-188. Disponible sur <https://insaniyat.revues.org/8695>. Consulté le 02/11/2017.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-2-1- les cinq grandes phases de mise en œuvre de la contractualisation en Algérie**

Depuis la loi de finance de 1993 le processus de contractualisation a connu différents préambules que voici<sup>1</sup> :

#### **2-2-1-1- Une première phase d'appropriation et de prise de conscience :**

C'est la prise de conscience de l'approche contractuelle entre les financeurs et les prestataires de soins de santé, qui s'étalera de 1993 à 1997. Des débats en eu lieu, des rapports ont été soumis aux autorités concernées mais aucune action significative n'a été mise en œuvre du fait de la conjoncture politique du pays<sup>2</sup>.

#### **2-2-1-2- La deuxième phase : D'expérimentation**

Cette phase est celle du début d'expérimentation. Une instruction interministérielle initie en 1997 l'introduction d'un nouveau système de gestion dans certains établissements publics, à savoir, les CHU d'Alger et de Tizi-Ouzou, ainsi que les EHS, telle que le centre de cancérologie Pierre et Marie Curie et le secteur sanitaire de Médéa.

Un arrêté interministériel a précisé les missions et les attributions des établissements publics de soins et de la caisse nationale d'assurance sociale (CNAS). Ce texte a posé les bases de la contractualisation et a fixé un objectif fondamental qui est : l'évaluation des activités et des coûts hospitaliers.

Une étude de faisabilité de la contractualisation et de la détermination des coûts par pathologie a conduit à la conclusion selon laquelle il serait nécessaire de renforcer « le bureau des entrées\* » des hôpitaux, et de choisir parmi les modalités de paiement des soins le paiement à la pathologie. Cependant cette étude comprenait d'importantes limites quant au calcul des coûts de certains actes et prestations<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> MILOUD Kadaar, Op.cit. P 186.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

\* La gestion des données liées à l'admission et au séjour, l'évaluation des activités, l'analyse des couts, et la facturation.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-2-1-3- La troisième phase : Mise en œuvre des recommandations**

C'est la phase de mise en œuvre des recommandations de l'expérimentation de 1997, qui a mis l'accent sur le bureau des entrées, devenu la pièce maîtresse du nouveau dispositif contractuel. L'ampleur des tâches a obligé le ministère de la santé à accorder une attention particulière à cette structure en la dotant de moyens additionnels. L'évaluation de cette phase n'a pas fait appel aux autres acteurs concernés par la contractualisation, à savoir la sécurité sociale et la solidarité nationale.

Les éléments d'appréciation de la phase d'expérimentation des années 1997-1998 n'ont pas été positifs dans l'ensemble, ce qui a conduit la sécurité sociale à aboutir en 2000, à des conclusions différentes, recommandant par exemple le maintien du « forfait hôpitaux » en incluant une modalité selon les régions afin de réduire les inégalités.<sup>1</sup>

### **2-2-1-4- La quatrième phase évaluation des expérimentations**

Elle a débuté en 2002, débouchant sur la mise en place d'une commission interministérielle de coordination, chargée du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du processus de contractualisation, sur la base des rapports mensuels des comités intersectoriels de wilayas. Toutefois, les responsables de ces organes savaient qu'un changement trop rapide dans les modes de financement allait sans doute avoir un effet négatif sur l'équilibre financier de la sécurité sociale et sur les établissements publics de soins. Ils ont donc insisté en premier lieu sur le renforcement du bureau des entrées, et suggéraient alors deux modes de paiement des prestations hospitalières :

- Le premier est fondé sur le coût moyen de la journée d'hospitalisation.
- Le deuxième se fonde sur le forfait par pathologie.

Les étapes préparatoires pour l'appropriation et la mise en œuvre ont également été identifiées pour chacun des modes de paiement.

Pour le calcul des forfaits journaliers, deux problèmes majeurs sont restés sans réponse :

- La normalisation des ressources nécessaires à la production des services de soins

---

<sup>1</sup> CHOUGRANI Saada, Expérience de la contractualisation dans le système de santé en Algérie, *journal d'économie médicale*, 2010, Vol, 28, N° 5. P. 186-188. Disponible sur <https://insaniyat.revues.org/8695>. Consulté le 02/11/2017.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

- La durée de séjour de référence par pathologie ou par groupe de spécialité.

Les experts ont demandé plus de temps afin de pouvoir expérimenter ce dispositif afin de mieux apprécier la performance des structures publiques.

Pour le paiement à la pathologie, il est tout simplement resté sans suite du fait de l'incapacité à mobiliser l'expertise en ce domaine. Cela a donc été un échec du fait des conditions de sa mise en œuvre, notamment du manque de motivation et d'incitation des acteurs concernés.

Dans son évaluation de l'expérimentation engagée, le comité interministériel a noté une amélioration notable du fonctionnement des bureaux des entrées, mais relève également de nombreuses insuffisances en matière d'identification des catégories des démunis, d'information et de formation des professionnels de santé.

En parallèle, différents organes liés à la contractualisation ont été mis en place au sein des institutions concernées<sup>1</sup> :

- Création de la caisse de recouvrement des cotisations de sécurité sociale chargée entre autres, de l'immatriculation et de la mise à jour des fichiers des assujettis, du recouvrement des cotisations,
- Mise à disposition de chaque caisse des fonds nécessaires pour le paiement des prestations,
- Les activités liées au contentieux, à la lutte contre le travail informel et à l'évasion en matière sociale lui sont également confiées, ce qui devrait soulager énormément le fonctionnement des caisses primaires qui se consacraient à la mission d'achat des prestations,
- Mise en place du service clinique, hôpitaux au sein des agences de la CNAS : interlocuteur des établissements de santé pour la délivrance de la prise en charge, pour la réception, le contrôle et le traitement des factures relatives aux prestations fournies aux assurés sociaux et leurs ayant-droits.
- Création du service de la protection sociale des catégories défavorisées au sein des directions de l'action sociale des wilayas, chargé, entre autres, de la reconnaissance de la qualité de démuné (non assuré social).

---

<sup>1</sup>CHOUGRANI, Saada, Op.cit. p. 189-190

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-2-1-5- La cinquième phase d'achèvement de la nomenclature des actes**

La commission d'experts chargée d'élaborer la nomenclature des actes a achevé ses travaux et a rendu ses conclusions dès la fin 2007. La nomenclature des actes, datant de 1985 comportait un total de 1 800 actes. Elle est passée, en 2007, à près de 8 000 actes, soit plus de 400 % d'augmentation du nombre d'actes médicaux, chirurgicaux et d'imageries. Ainsi le consensus a été obtenu en incluant un maximum possible d'actes. Le nombre de lettres-clés est passé, quant à lui de 10 en 1987 à 33 pour la nouvelle nomenclature<sup>1</sup>.

Les négociations au sein de la commission de la tarification, qui devait achever sa mission le premier trimestre 2008, n'ont pas abouti à ce jour. Les désaccords sur les niveaux de tarification et donc sur les dépenses de la sécurité sociale et les revenus potentiels des professionnels et des structures de soins ont été tellement importants qu'il a fallu demander l'intervention d'une instance d'arbitrage, qui n'a pas encore tranché<sup>2</sup>.

De son côté, et unilatéralement, le ministère de la santé a instruit en 2008 les établissements publics de santé à se conformer à un nouveau barème pour les consultations de médecine générale et de spécialité de l'ordre de 400 DA et 300 DA et ce pour la simulation de la facturation aux caisses de sécurité sociale, en dépit du litige qui était en cours d'arbitrage au niveau de la chefferie du gouvernement. Trois actes professionnels font l'objet de nouvelles négociations, à savoir les actes de :

- Cardiologie médicale,
- Radiologie conventionnelle,
- Biologie.

Le ministère chargé de la sécurité sociale a conçu et mis en circulation la carte « Chiffa » qui a l'ambition de devenir un véritable dossier « portable » de l'assuré social incluant toutes les informations concernant la santé de l'assuré, les examens pratiqués, les médicaments prescrits, etc. Cette carte utilisée par les organismes de sécurité sociale, les structures de soins publiques ou privées et tous les prestataires de soins (médecins, pharmaciens) permet, dans un premier temps, la prise en charge des malades chroniques dans le cadre du tiers-payant\*. Sa mise en œuvre suscite des interrogations sur son adaptation à l'environnement social et

---

<sup>1</sup> CHOUGRANI, Saada, Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

\*il permet au patient de voir ses frais de soins payer par la sécurité sociale.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

technique, sur la confidentialité des données, sur le rôle des professionnels et celui des assurés dans cette nouvelle forme des relations entre la sécurité sociale, les assurés et les prestataires de soins.

Une autre initiative en préparation par le ministère chargé de la sécurité sociale est le conventionnement entre les caisses de sécurité sociale et les médecins traitants, prémices d'une nouvelle forme de relation entre le prestataire-le payeur et l'assuré, ou ayant-droit, bénéficiaire des soins. On peut se demander si l'étape suivante serait élargir cette modalité du tiers-payant aux prestations fournies par les établissements publics de soins<sup>1</sup>.

### **2-2-2- Les sources de financement des hôpitaux**

L'actuel système de financement en Algérie est basé sur trois principales sources<sup>2</sup> :

- L'État
- La sécurité sociale
- Les Ménages

#### **2-2-2-1- L'État**

Garant de la santé du citoyen, il alloue des ressources considérables, il assure à la fois le budget de fonctionnement des hôpitaux mais aussi les budgets d'investissements.

Toutefois, dans le contexte actuel de déficits budgétaires, l'État éprouve des difficultés dans la mobilisation des ressources nécessaires au financement du système de santé. Il est attendu que la sécurité sociale soulage de ce goulot d'étranglement dans lequel se retrouve l'état algérien des suites de la crise économique qui touche le pays.

#### **2-2-2-2- La sécurité sociale**

C'est un régime obligatoire unifié, couvrant plus de 70% de la population, ses dépenses sont de trois natures,

- Le forfait hôpitaux,
- Le financement des malades algériens transférés pour des soins à l'étranger,
- Le remboursement des frais médicaux et des produits pharmaceutiques.

---

<sup>1</sup>CHOUGRANI, Saada. Op.cit. p. 190

<sup>2</sup>LAMRI, M. *Le gestionnaire*. Op.cit. P. 27.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

Nous allons nous intéresser plus aux dépenses liées aux forfaits des hôpitaux qui constituent une source financière pour les établissements publics de santé, et qui devraient être revus en hausse, dans un cadre contractuel et préétabli avec les hôpitaux publics. Sauf qu'il existe actuellement une discordance dans la tarification des actes entre les établissements de santé et la sécurité sociale ce qui s'ajoute à l'absence totale d'un réseau de communication entre ses derniers qui retardent fortement le processus de contractualisation<sup>1</sup>.

### **2-2-2-3- Les ménages**

Insignifiant avant 1974, ce poste de dépenses a rapidement évolué, encouragé notamment par la levée des obstacles institutionnels à l'offre privée de santé. La forte pression exercée sur les services publics impliquant une qualité moindre et l'existence de la couverture sociale élargie à des couches sociales fragiles, expliquent ce développement du secteur privé<sup>2</sup>.

Toutefois, seules, les couches aisées de par leurs revenus élevés accèdent facilement à la médecine privée, notamment aux cliniques chirurgicales dotées des technologies médicales les plus récentes.

Il est établi que les trois financeurs de la santé sont objectivement confrontés à des contraintes de mobilisations de ressources supplémentaires par rapport à celles allouées jusqu'à maintenant. Cette difficulté s'alourdit par les insuffisances des mécanismes de rémunération et de gestion.

### **2-2-3- Les mécanismes de rémunération**

Les mécanismes de rémunération en Algérie présentent d'innombrables lacunes. Ils sont limités à deux types : la rémunération au cas, et le financement à l'acte<sup>3</sup>.

#### **2-2-3-1- Le financement par cas (activités)**

Ce système fixe un tarif prospectif en fonction des affections médicales diagnostiquées et des coûts de traitements standardisés. La formule la plus connue est celle des groupes homogènes de malades (GHM) qui a été introduite dans le programme Medicare aux États-Unis, en 1983. C'est l'état de santé ou « maladie » du patient qui est explicitement identifié

---

<sup>1</sup>LAMRI, M, le gestionnaire. Op.cit. P. 28.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

comme le déterminant principal de l'utilisation des ressources ; d'où l'importance du case mix, c'est à dire de l'éventail de la morbidité hospitalière de chaque hôpital, car c'est lui qui est le prédicateur des services nécessaires, de leur mode d'utilisation et des coûts prévisibles. La classification en GHM repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI)<sup>1</sup>.

Mais cela peut conduire, dans une certaine mesure à un risque que les hôpitaux essaient, autant que possible de « Faire passer » les patients dans les groupes de malades qui déclenchent le meilleur financement.

### **2-2-3-2- Le financement par actes**

Le financement à l'acte est la forme la plus simple de financement à l'activité. C'est une méthode de paiement au sein de laquelle les hôpitaux sont remboursés pour chaque acte effectué (l'hôpital est payé au coup par coup en fonction des services fournis). Un épisode de soins hospitaliers génère une quantité d'actes dont les actes de diagnostics (tests de laboratoire, radiographies, ...), les services médicaux et les services infirmiers. Le paiement est associé à chaque acte déclaré<sup>2</sup>.

Les principales limites du paiement à l'acte tiennent à son aspect non-limitatif et à sa tendance à perpétuer le mauvais usage des ressources. En plus de restreindre la capacité à contrôler les coûts du système.

Le passage d'un mode de financement par budget à un mode de financement à l'activité est généralement un processus évolutif. L'implantation de tarif à l'activité encourage les établissements à développer une meilleure connaissance de leurs coûts pour maintenir un équilibre budgétaire.

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, plusieurs structures hospitalières ont testé les procédures de la contractualisation. Le principe en est simple, il suffit de répondre à ces questions<sup>3</sup> :

Quels sont les actes qui ont été dispensés au patient ?

---

<sup>1</sup>BENMANSOUR Sonia. Op.cit. P. 66-67.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

Combien a coûté l'acte ?

Qui doit payer l'acte ?

D'après le circulaire n° 3637 MSPRH/ DSS du 23 / 12 / 1985, la fiche navette est un document qui accompagne systématiquement le dossier médical du malade à son admission. L'ensemble des prescriptions qui y sont notées font l'objet d'un décompte final à l'occasion de la détermination du coût des prestations et de la journée d'hospitalisation au niveau du bureau des entrées pour l'établissement de la facture. Jusqu'à présent, la facturation se fait à blanc à titre d'une démarche expérimentale<sup>1</sup>.

La non exploitation de la fiche navette est causée par une mauvaise préparation (plusieurs actes manquent dans la nomenclature des actes de 1987), un manque d'organisation total et surtout une mauvaise volonté de la part des professionnels de la santé.

Le développement des systèmes d'information et de classification des activités va permettre d'aligner les tarifs avec les coûts attendus par cas<sup>19</sup> et ainsi de faire évoluer les paiements à l'acte aux paiements par cas. Ce qui incite les établissements à améliorer leur efficacité<sup>2</sup>.

### **2-2-3-3- Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital**

La nouvelle loi de financement de la Sécurité sociale fait de la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé un levier essentiel de la modernisation de l'offre hospitalière. Celle-ci institue une forme de contrôle de gestion au moyen d'une refonte progressive du système de financement des établissements de soins. Il est donc nécessaire de prévoir des mécanismes régulateurs complémentaires pour garantir la qualité des soins et un accès équitable. La mise en place de la tarification à l'activité, se fait à la fois sur la théorie économique concernant les paiements prospectifs à la pathologie que les économistes de la santé désignent par le sigle « PPP », notamment au travers de l'expérience américaine. Le principe de base de la tarification à l'activité à l'hôpital, qui consiste à payer les établissements en fonction de leur activité mesurée par groupe homogène de malades, a des avantages pour améliorer l'efficacité et la transparence dans le financement<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> BENMANSOUR Sonia. Op.cit. P. 65-66.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

### 2-2-4- les mécanismes de gestion des établissements de santé

La mise en œuvre de la formule du budget global à partir de 1974 s'est accompagnée d'une dangereuse mutation d'une logique de gestion à une logique de dépense. L'introduction de cette formule à la place du prix de journée a consacré de fait la déresponsabilisation des gestionnaires, devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré affecté selon des lignes budgétaires bien précises. Toute autonomie est proscrite<sup>1</sup>.

L'hôpital est parfaitement assimilé à une banale administration. En réalité, il s'agit d'une entité où l'on combine des facteurs de production pour réaliser le maximum d'outputs (intervention de santé) au moindre coût. La faculté de combiner les facteurs de production (personnels, équipements, et organisations) pour réaliser le plus haut niveau d'activité au moindre coût a été noyée dans la fixation administrative d'une unique combinaison de ces facteurs formulés par les répartiteurs du budget en titres, chapitres et articles loin de la réalité hospitalière<sup>2</sup>.

L'efficacité du secteur public de la santé algérien est diminuée par la perversion des mécanismes de rémunérations et de gestion faisant prévaloir une logique de ressources au détriment d'une logique de résultats. Cette inertie budgétaire limite le développement et l'efficacité de ce secteur.

Les réformes à engager doivent porter avant tout sur la révision de ces procédures et l'adoption d'autres, modernes et plus adaptées aux mutations sociales et économiques que vit le pays. L'innovation dans ce sens doit porter sur le passage d'une budgétisation de « structures » à une budgétisation des interventions de santé<sup>3</sup>.

En conclusion, il y'a lieu de faire noter que la persistance de la crise et la limite objective de la sécurité sociale et des ménages des classes sociales fragiles et moyennes ne permettent pas d'entrevoir dans l'état actuel aucune perspective d'augmentation.

L'Etat, tenu par ses engagements internationaux, doit innover en matière d'allocation de ressources pour qu'elles relèvent d'un processus de rationalisation allant dans le sens d'un rendement quantifiable, l'allocation des crédits publics devenant de plus en plus restrictive,

---

<sup>1</sup> LAMRI, *le gestionnaire*. *Op.cit.* P. 32-33

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

doit se justifier par une orientation vers les interventions de santé jugées prioritaires qui présentent un bon rapport coût-efficacité<sup>1</sup>.

L'innovation va porter tout d'abord sur la détermination de ce paquet minimum d'interventions sanitaires devrait attirer les ressources de l'Etat. En second lieu, il y'a lieu de rechercher d'autres canaux de financement<sup>2</sup>.

Dans le contexte actuel que vit le secteur de la santé en Algérie et plus précisément les établissements publics de santé, la mise en place d'un management hospitalier axé sur un projet d'établissement s'impose de lui-même comme un préalable indispensable à la réussite du processus de contractualisation mis en œuvre entre les acteurs de santé.

### **3-Le projet d'établissement : condition préalable à la mise en place de la contractualisation.**

Dans un contexte de raréfaction des marges de manœuvres financières des hôpitaux, la contractualisation se présente comme « *une étape nouvelle dans l'adaptation des méthodes de gestion hospitalière* »<sup>3</sup> et « *a pour ambition d'être une méthode de gestion qualitative et participative* »<sup>4</sup>. L'objectif clairement affiché est d'améliorer le fonctionnement de l'hôpital dont l'organisation actuelle est supposée source d'inertie et de dysfonctionnements, alors que son environnement exige des qualités d'adaptabilité, d'innovation et d'efficience toujours plus grandes.

La démarche de contractualisation apparait ainsi comme un vecteur puissant de modernisation de la gestion hospitalière parce qu'elle s'appuie sur une démarche participative de type projet et qu'il vise à rapprocher la décision de la gestion au plus près des patients, selon le principe de subsidiarité\*. En cela, elle est à l'origine d'une modification de la répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital en même temps qu'une évolution des métiers<sup>5</sup>.

Le projet est l'expression finalisée d'une volonté d'ensemble, il permet de restructurer les modes d'action en cours. Il exprime une finalité partagée avec celle de la

---

<sup>1</sup> LAMRI, *le gestionnaire. Op.cit. P. 32-33*

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> ROUSSEL Alexandra, *la contractualisation comme outil de modernisation de la gestion de l'hôpital*, mémoire de l'école national de la santé public, Rennes, 2002, p. 10. Format PDF. Disponible sur <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/edh/rousseau.pdf>. Consulté le 29/10/2017.

<sup>4</sup> LAMRI, *le gestionnaire. Op.cit. P. 32-33*

<sup>5</sup> Ibid.

\*C'est le caractère de ce qui est subsidiaire, c'est-à-dire de ce qui s'ajoute à l'élément principal pour le renforcer.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

contractualisation ainsi, qu'un socle des projets individuels, catégoriels, départementaux ou transversaux qui le constitue, qu'on peut considérer comme une réponse organisationnelle plus ou moins cohérente<sup>1</sup>.

Toute fois avant d'affirmer que le projet d'établissement hospitaliers comme préambule au processus de contractualisation il est nécessaire d'aborder la notion du projet d'établissement hospitalier.

### **2-3-1- La notion de projet :**

Dans le sens commun, un projet est « ce qu'on se propose de faire. Concevoir, exécuter un projet ». Avoir un projet, c'est d'abord dans l'acception moderne du mot, associer un but à des objectifs par essence plus concrets et normatifs.

Dans le foisonnement des initiatives individuelles ou collectives, on pourra reconnaître la mise en projet ; à la volonté première d'exprimer une intention pour chacune des initiatives et aussi à la volonté d'expliquer la valeur qu'on attribue à leur mise en œuvre. Le projet contient l'idée d'une projection dans l'avenir<sup>2</sup>.

#### **2-3-1-1- Le sens du projet a l'hôpital :**

Les hôpitaux constituent un des sous-ensemble les plus importants, si ce n'est le plus important, du système de santé. Chacun d'eux est incité à élaborer un projet d'établissement. L'idée de projet d'établissement hospitalier resté encore assez floue, si l'on en juge d'après les interrogations exprimées par les principaux responsables, même si quelques-uns, parmi eux, ont déjà à leur actif d'intéressantes réalisations.

Le projet d'établissement, pour un hôpital, pourrait être la mise en forme, a un moment de son histoire, de la démarche entreprise pour faire partager son destin par l'ensemble du personnel avec le développement du sentiment d'appartenance a une communauté pour laquelle chacun, dans sa différence personnelle et sa spécificité de métier, est solidaire des autres.

Le plan stratégique, de conception plus récente, ou moins dans les établissements hospitaliers, est un ensemble organisé d'actions déterminant les rapports de l'hôpital avec son environnement en repérant en permanence ses forces et ses faiblesses. La planification

---

<sup>1</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

<sup>2</sup>Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

stratégique vise à exploiter les occasions nouvelles et différentes de demain. Elle est anticipatrice et transformatrice des circonstances.

L'idée de projet vient donc offrir quelque possibilité en proposant, dans la recherche d'un même enracinement, la découverte d'une culture globale, facteur d'intégration et de gestion des diversités, dans la notion de performance collective<sup>1</sup>.

### **2-3-2- Définitions du projet d'établissement hospitalier**

Le projet d'établissement peut, être considéré comme un objet décrivant des éléments d'une stratégie, construisant une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement. De plus, il permet une approche globale qui intègre les logiques organisationnelles et favorise une perspective transversale<sup>2</sup>.

Le projet d'établissement est défini, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement.

Il comporte un projet global de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.

Le PEH est un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement. Il est élaboré avec bon sens et appuyé sur des données. Cette vision stratégique est déclinée en plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipes et ne peut être un travail isolé d'experts<sup>3</sup>.

Il est important : s'il y a consensus en interne de l'établissement, le projet sera mieux accepté et bien porté, il traduira ainsi la vision commune de la majorité des acteurs de l'établissement.

Toutefois le travail préparatoire des experts en interne et en externe est très important et constitue la base factuelle du travail à travers des analyses de l'existant, des évaluations suivies, des propositions et des recommandations.

---

<sup>1</sup> Bernard. Honoré. L'Hôpital et son projet d'établissement.1992, Edition. privé.14.rus.des art-b.p.828,31080 Toulouse cedex.

<sup>2</sup> Ibid. P3

<sup>3</sup> MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier,2008, P. 9-10. Disponible sur <http://www.pass-ue.dz>. Consulté le 07/11/2017.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

L'élaboration se fait dans les sens suivants<sup>1</sup> :

- Du bas vers le haut (méthode ascendante) : moyen de concertation, décision consensuelle sur l'avenir
- Du haut vers le bas (méthode descendante) : orientations du ministère vers les établissements, faisant cas des grandes orientations démographiques et sanitaires, dont on tient compte lors de l'élaboration

Son élaboration est une démarche structurée, organisée et intégrée. Ainsi, on essaye de tenir compte des expériences internationales en évitant les erreurs commises par les autres pays (trop d'hospitalisation, plateaux techniques dispersés entraînant une augmentation de la dépense sans amélioration de la qualité et de la sécurité ...)<sup>2</sup>.

Le PEH n'est pas un<sup>3</sup> :

- Simple plan d'investissement
- Plan de déménagement des services
- Plan de regroupement et ou de démembrement des services.

Toutefois il représente des volets importants pour l'élaboration du PEH.

### 2-3-3-Les différents volets du projet d'établissement :

Le projet d'établissement est composé de plusieurs sous-projets ou volets, dont les différentes terminologies les définissent comme suit<sup>4</sup> :

- Projet de prise en charge médicale et soignante
- Projet de formation
- Projet de recherche
- Projet qualité
- Le plan directeur immobilier
- Le plan d'équipement et de maintenance
- Le projet managérial et ressources humaines
- Le plan financier
- Le plan directeur des systèmes d'information de l'établissement

---

<sup>1</sup>MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, Op.cit. P. 8.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

<sup>4</sup>Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

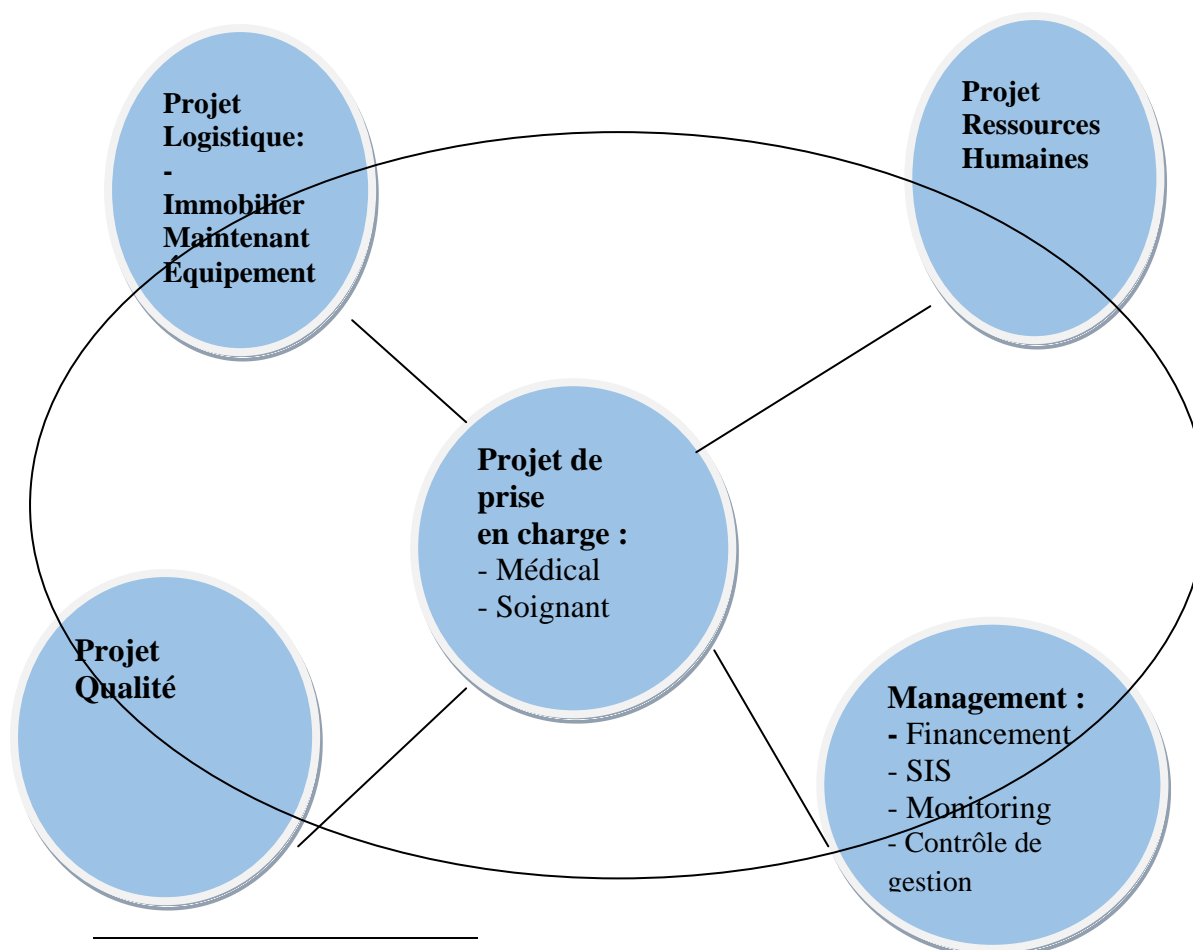
L'essentiel de ces volets est dans la synergie de l'ensemble des programmes distincts, élaborés par les différents départements selon leurs activités. Les volets (ou projets) doivent être en étroite liaison entre eux, centrés surtout sur le projet médical incluant le projet de soins infirmiers. C'est du projet médical que découlent les autres volets (axe directeur).

Ces projets distincts sont en forte cohérence entre eux, sans qu'il n'y ait aucune contradiction dans leurs mises en œuvre, tenant compte de l'état des lieux, de leurs actions et de leurs évaluations.

Une des difficultés de l'élaboration d'un bon projet d'établissement réside justement dans l'élimination de ces contradictions à travers un travail assidu de concertation, de conception et d'adhésion<sup>1</sup>.

Pour mieux visualiser leurs relations, ces projets peuvent être considérés comme des planètes gravitant autour du soleil de notre système solaire. Ce sont les forces agissant entre les planètes et le soleil qui font de l'ensemble un système en équilibre et contribuent à assurer la stabilité, comme le démontre cette figure :

**Figure 2 :** La relation entre les différents volets du projet d'établissement.



<sup>1</sup>MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, Op.cit. p. 09

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

Source : MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, dans le cadre du programme d'appui du secteur sanitaire.

Bien sûr, au centre se trouve le projet de prise en charge du patient, dont les grandes lignes des autres axes qui le servent, en découlent. Mais ce n'est pas leur rôle unique. Ils gravitent autour ! Le tout forme un ensemble de galaxies gravitant autour, en cercle global et cohérent.

### **2-3-4- les finalités du projet d'établissement**

Le projet d'établissement peut-être considéré comme un objet d'écrivant les éléments d'une stratégie qui assure une cohérence d'ensemble entre l'organisation et son environnement. On lui en dénombre quatre finalités majeures :

- Placer le patient au cœur de l'organisation,
- Améliorer la qualité de sécurité des soins par l'analyse critique de l'existence et la formation des processus de soins,
- Coopérer avec les autres établissements de secteur sanitaire afin d'offrir au patient les meilleurs soins,
- L'amélioration lisible de l'établissement sanitaire.

### **2-3-5- La démarche de projet a l'hôpital :**

Comme dans n'importe quelle entreprise, une démarche de projet a l'hôpital consiste en une manière d'agir ensemble pour que du projet puisse exister dans la collectivité, c'est-à-dire pour que tous les hospitaliers, mais aussi ceux qui viennent à l'hôpital, puissent manifester leurs potentialités, découvrir des possibilités, exprimer leur volonté et pour que des projets s'élaborent dans et autour des divers secteurs de l'établissement, projets qui, en se maillant, donneront forme à un projet global.

Un autre aspect de la démarche de projet, découlant de l'ouverture au projet, est la mise en forme de projets dans les unités de travail. Elle suppose que dans les unités de soins mais aussi dans les équipes des services administration, techniques et généraux, les groupes disposent des méthodes et des outils d'observation de leurs conditions d'action, d'analyse des situations, de reconnaissance de leur fond culturel, de formulation d'objectif. Elle suppose aussi que les projets soient reconnus, valorisés, pris en considération dans un champ plus

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

large que l'unité dont ils émanent pour être soutenus, encouragés dans leurs mises en œuvre, après un véritable travail de concertation et de négociation.

L'explicitation d'un projet, pour un établissement, devient possible, lorsque son champ global étant suffisamment ouvert ou projet, des projets locaux ont pu naître dans les services, être reconnus, formulés, ont pu correspondre à des réalisations. En énonçant un projet, l'établissement en vient alors à dire son projet vécu le projet vient à la parole de l'institution. il formule le sens que prend pour lui l'œuvre de santé en cours d'accomplissement.

Le projet n'est donc pas un ensemble de propositions formulées et arrêtées par la direction. Pour qu'un projet d'établissement soit dynamisant, il faut qu'il révèle un dynamisme, qu'il conserve en lui-même le sens du projet, donc qu'il soit ouvert et évolutif<sup>1</sup>.

Si l'hôpital, dans un regard tourné vers l'entreprise, reste attentif à ce qui l'en différencie, s'il sait trouver un équilibre entre ce qui le pousse à s'accommoder ou modèle et ce qui l'oblige à l'adapter, alors l'expérience du projet d'entreprise contribuera peut-être à ce qu'il traverse et à ce qu'il s'engage sur de nouvelles voies. Encore convient-il que l'on sache reconnaître qu'une réelle démarche de projet n'est pas une nouvelle mode prescriptive<sup>2</sup>.

### **2-3-6-prés requis à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier**

L'élaboration du projet d'établissement hospitalier passe inéluctablement par les sous projets que voici :

#### **2-3-6-1- Le projet médical**

Le projet médical est la pierre angulaire du projet d'établissement. Partant du diagnostic de l'organisation interne et des prévisions d'activités, le projet décline les orientations stratégiques à caractère médical en plans d'action opérationnels.

Le projet médical n'est pas une simple compilation de projets de service. Dans une approche globale, il définit l'organisation des soins dans l'établissement. L'objectif est de permettre l'optimisation des moyens au bénéfice des patients par une rationalisation des plateaux techniques, et une organisation interne optimale du fonctionnement des services.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-3-6-2- Le projet de soins infirmiers**

Le projet de soins infirmiers est en premier lieu la traduction paramédicale des orientations stratégiques et des actions prévues dans le domaine médical. Toutefois, ce projet de soins infirmiers peut aussi avoir ses propres axes de développement. Il s'agit de définir l'organisation du travail afin de mettre en adéquation les besoins en soins et les moyens existants, d'améliorer le dossier paramédical et son contenu, et d'aménager les horaires de travail pour une meilleure adaptation aux besoins du fonctionnement de l'hôpital et aux besoins des patients<sup>1</sup>.

### **2-3-6-3- Projet qualité**

La démarche qualité peut avoir 5 axes principaux, parmi lesquels le management choisira les plus pertinents et prioritaires. Il s'agit de décrire les procédures qui semblent être la démarche la plus appropriée, et qui servira de base aux autres<sup>2</sup>.

- Normes d'infrastructure et de personnel ;
- Accréditation ;
- Certification ;
- Description des procédures ;
- Gestion des risques.

### **2-3-6-4- Projet de gestion**

- Amélioration de l'accueil du patient ;
- Traitement des doléances internes et externes ;
- Élaboration de feuille de route validée par le conseil d'administration ;
- Formation complémentaire du personnel administratif ;
- Mise en place d'une comptabilité analytique, qui fournira les données supportant la prise de décision ;
- Développement du tableau de bord de gestion ;
- Meilleure utilisation des indicateurs de gestion.

---

<sup>1</sup>BOUADI Sonia.Op.cit.

<sup>2</sup>Ibid.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

### **2-3-6-5- Projet ressources humaines**

Il s'agit dans ce projet, de mettre en place une véritable politique de gestion des carrières, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, mais une politique de communication concertée<sup>1</sup>.

### **2-3-7- Les enjeux managériaux et organisationnels dans un établissement de santé**

L'efficacité économique passe par une véritable politique de gestion des ressources humaines, des achats, du patrimoine, de l'optimisation de la facturation et du contrôle de gestion<sup>2</sup> (ce qu'apporte le projet d'établissement).

Mais pas seulement, en effet, la performance individuelle de chaque service ne suffit pas à générer la globale de l'établissement car cette dernière dépend de la capacité à créer du lien et de la fluidité entre tous les services, à réaliser des soins de qualité, à motiver ses salariés et à contribuer à leur bien-être<sup>3</sup> (c'est ce que apporte le processus de contractualisation à l'hôpital).

Ainsi l'infrastructure de l'établissement, la gestion des ressources humaines, les achats, les activités administratives soutiennent l'activité principale de soins qui s'organise tout au long du parcours du patient<sup>4</sup>.

La performance de l'établissement s'apprécie sur la satisfaction de toutes les parties prenantes : les patients, les salariés, les libéraux, les fournisseurs, l'Etat, les organismes de sécurité sociale et les différents collaborateurs. Elle assure la pérennité de l'établissement, sa légitimité dans l'offre de soins, la motivation et la formation du personnel.

Les enjeux managériaux s'inscrivent dans l'amélioration de la performance globale ce qui demande au directeur de veiller à ce que l'organisation fonctionne comme un tout intégré et cohérent.

L'amélioration de la performance à partir du circuit du patient va se traduire de manière directe ou indirecte sur la performance globale. Chaque établissement, chaque unité, chaque service, chaque pôle... possède des caractéristiques, des cultures et des objectifs

---

<sup>1</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

<sup>2</sup>BENOIT Christine, Op.cit. P. 55-56

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

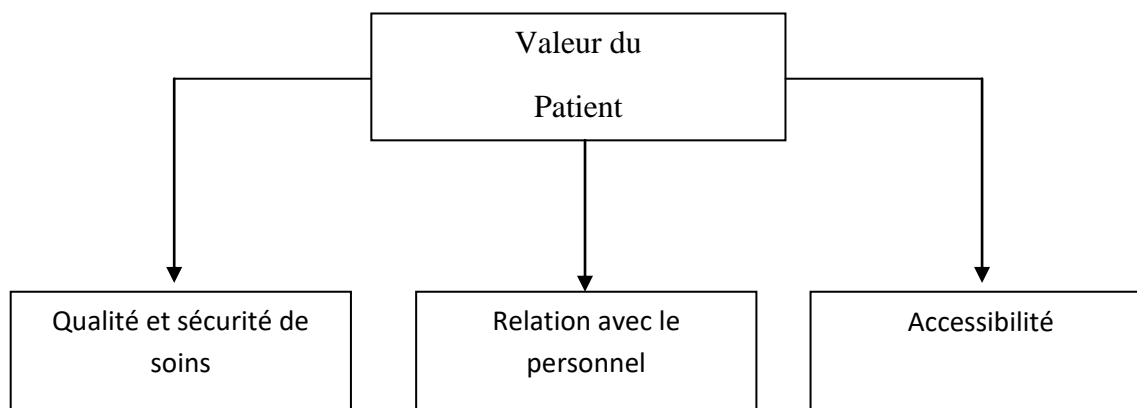
différents. Chacun doit réfléchir à la manière d'articuler les différences et les similitudes. Il faut garder à l'esprit que les questions opérationnelles sont des questions humaines et vice versa<sup>1</sup>.

Mais aussi de mettre une organisation axée sur les attentes des patients, c'est-à-dire c'est d'avoir un esprit tourné vers la qualité, la réactivité et la fluidité afin de répondre aux attentes des patients.

La difficulté essentielle est liée à la complexité de cette organisation qui repose à la fois sur la prise en charge de pathologies différentes, programmées ou non, la diversité des acteurs et des services, une culture spécifique, le désir d'offrir la meilleure qualité et sécurité des soins tout en étant attentif à la maîtrise des coûts<sup>2</sup>.

Le schéma ci-après montre la valeur perçue par le patient dans un établissement de santé :

### Schéma 02 : Valeur perçue par le patient



**Sources :** BENOIT Christine, *Manager un Établissement de santé*, 2<sup>em</sup> édition, édition GERESO, le Mans, 2015, P. 85.

Ce schéma montre que les patients sont attachés à trois critères qui génèrent de la valeur ajoutée<sup>3</sup> :

---

<sup>1</sup>BENOIT Christine, Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> BENOIT, Christine, Op.cit. P. 84.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

- La qualité et la sécurité de soins : elles sont liées aux activités de diagnostic, de prescription et de production d'actes médicaux, il s'agit de l'activité principale d'un établissement de santé,
- La relation avec les praticiens et le personnel : au-delà, de l'activité purement curative les patients souhaitent bénéficier d'une prise en charge globale (psychologique, compréhension, qualité de l'accueil, soutien morale...),
- L'accessibilité : elle comprend les composantes organisationnelle, telle que l'accès aux soins en temps et lieu voulu, le délai d'attente, la simplicité des démarches administratives, les structures d'accueils...

## Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.

---

### Conclusion

La contractualisation entre la sécurité sociale et les prestataires des soins en Algérie est une tâche difficile car les éléments chiffrés du bilan ne sont pas tous disponibles. Loin de là, L'impression générale est que le compromis a été trouvé d'une part par l'inflation du nombre d'actes inscrits dans la nomenclature des actes et le rehaussement du niveau des tarifs et d'autre part par la bureaucratisation du processus d'aide à la décision et de partenariat.

Aucune analyse stratégique n'a été menée sur le plan organisationnel et sur l'impact potentiel des décisions prises sur les finances actuelles et à venir de la sécurité sociale. La question clé du nouveau système d'information et de gestion, en l'occurrence ; la mise en place d'un système d'information unique entre les deux acteurs (les hôpitaux et CNAS) pour permettre le contrôle et le suivis des actes effectuer par les établissements de santé. Et l'adoption du management hospitalier comme outil de gestion des hôpitaux baser sur le projet d'établissement hospitalier, pour l'amélioration et la modernisation de la gestion hospitalière.

La focalisation sur le « bureau des entrées », sur le nombre d'actes et le niveau des tarifs paraît comme une approche simpliste et au service d'intérêts immédiats. De plus, le sentiment de lassitude des acteurs institutionnels concernés est bien présent du fait que ce dossier de contractualisation traîne en longueur depuis près de 20 ans, sans résultat tangible et convaincant.

Trois raisons expliquent ce marasme :

En premier lieu, la contractualisation est une démarche au service d'une politique de santé et de protection sociale définie. Or cette dernière n'est pas cohérente, elle est devenue incompréhensible pour les professionnels de santé et pour la population. Que vise-t-on à travers la contractualisation : une autre gouvernance du système de santé, une maîtrise des dépenses de soins ou un nouvel habillage des logiques professionnelles et institutionnelles contradictoires en place ?

Puis, La contractualisation est un processus cumulatif qui exige un leadership politique, des compétences techniques et une communication efficace. Aucune de ces conditions n'a été réunie avec la continuité et l'ampleur nécessaire. Loin de là. Elle suppose des acteurs autonomes, un puissant et crédible système d'information et une volonté de transparence et d'évaluation des performances quantitatives et qualitatives.

## **Chapitre 02 : la contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.**

---

Enfin la confusion des rôles, l'entrecroisement multiple des intérêts des acteurs en place et le caractère opaque des décisions actuelles d'allocation des ressources contredisent toute démarche réussie de contractualisation.

Donc le processus de contractualisation est voué à l'échec si on ne prend pas comptes des préalables indispensables à sa mise en œuvre. Autrement dit, la contractualisation n'ai qu'un maillon d'une chaine de cet élan de renouveau du système de santé algérien, qui doit être raccordé à d'autres maillons tels qu'un projet d'établissement hospitalier et un système d'information efficace.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **Introduction**

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

Il importe donc d'étudier et d'analyser le projet d'établissement hospitalier, sa mise en place et ses apports au niveau des établissements publics hospitaliers en Algérie. Pour ce faire, nous avons mené une analyse d'un cas d'établissement public hospitalier.

Notre choix s'est porté sur le CHU de Tizi-Ouzou, qui est l'un des plus anciens établissements hospitaliers du pays, ce qui lui confère une certaine expérience et ancienneté.

Le CHU NEDIR Mohamed, est considéré comme l'une des plus importantes structures hospitalières en matière de capacités litières, de couverture sanitaire et d'effectif. La principale raison qui a motivé notre choix, tient au fait qu'il est le plus important établissement hospitalier de la wilaya de Tizi-Ouzou. Mais aussi par le fait qu'il n'a pas pu élaborer et mettre en place un projet d'établissement hospitalier. Et ce, malgré les initiatives du directeur, qui a essayé d'appliquer la note ministérielle d'avril 2014 qui introduit l'application d'un management hospitalier similaire à celui des hôpitaux des pays développés. Mais, le projet d'établissement hospitalier n'a pas pu voir le jour au niveau de ce CHU.

Ce qui est plus motivant pour nous, c'est que nous ne sommes pas de simples observateurs d'un mécanisme déjà existant, mais peut être les acteurs d'un futur système de gestion hospitaliers. Ce chapitre sera articulé de la manière suivante :

Section 1 : Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.

Section 2 : Analyse des contraintes et des dysfonctionnements préalables la mise en place du projet d'établissement.

Section 3 : Mise en place du projet d'établissement NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou, effet bénéfiques et contraintes.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **1- Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou**

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

#### **3-1-1- Historique Du CHU De Tizi-Ouzou.**

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

En 1974, l'hôpital régional de TIZI OUZOU devient un secteur sanitaire grâce aux différentes unités de santé qui lui étaient rattachées.

En 1982, le secteur sanitaire de TIZI OUZOU se voit transformer en Secteur Sanitaire Universitaire (SSU) et ceci par l'ouverture de la formation biomédicale pluridisciplinaire.

Le CHU est une institution publique à caractère administratif rattaché au ministre de la santé, créée par le Décret n°86/25 du 11 Février 1986, complété et modifier par Le Décret n°86/294 du 16 Décembre 1986<sup>1</sup>.

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

#### **3-2-1-Présentation du CHU de Tizi-Ouzou**

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

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

---

<sup>1</sup> CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>. Consulté le 04/11/2017.

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

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

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

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

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

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

Enfin, en matière de recherche, ce dernier, effectue, dans le cadre de la réglementation en vigueur, les travaux d'études et de recherche dans le domaine des sciences de santé.

Il organise en outre des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en science de santé.

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

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

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-1-2-1- Unité NEDIR Mohamed :**

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

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

### **3-1-2-2- Unité BELLOUA :**

L'Unité BELLOUA « Ex SANATORIUM » est une structure située à quatre kilomètres de l'unité mère NEDIR Mohamed, au village REDJAOUNA, elle s'étale sur superficie de 62 500 m<sup>2</sup>, constituée de quatre bâtiments en R+3 reliés par de grands couloirs, et d'une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés<sup>2</sup>.

### **3-1-3- Le volet financier du CHU**

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses<sup>3</sup> :

#### **3-1-3-1-Les recettes comprennent**

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux,
- Les subventions des collectivités locales,
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- Les dotations exceptionnelles,
- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur,
- Les recettes propres des établissements de santé,
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement,
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

---

<sup>1</sup>CHU NEDIR Mohamed, Op.cit.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

### 3-1-3-2-Les dépenses comprennent :

- Les dépenses de fonctionnement,
- Les dépenses d'équipement,
- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son projet,

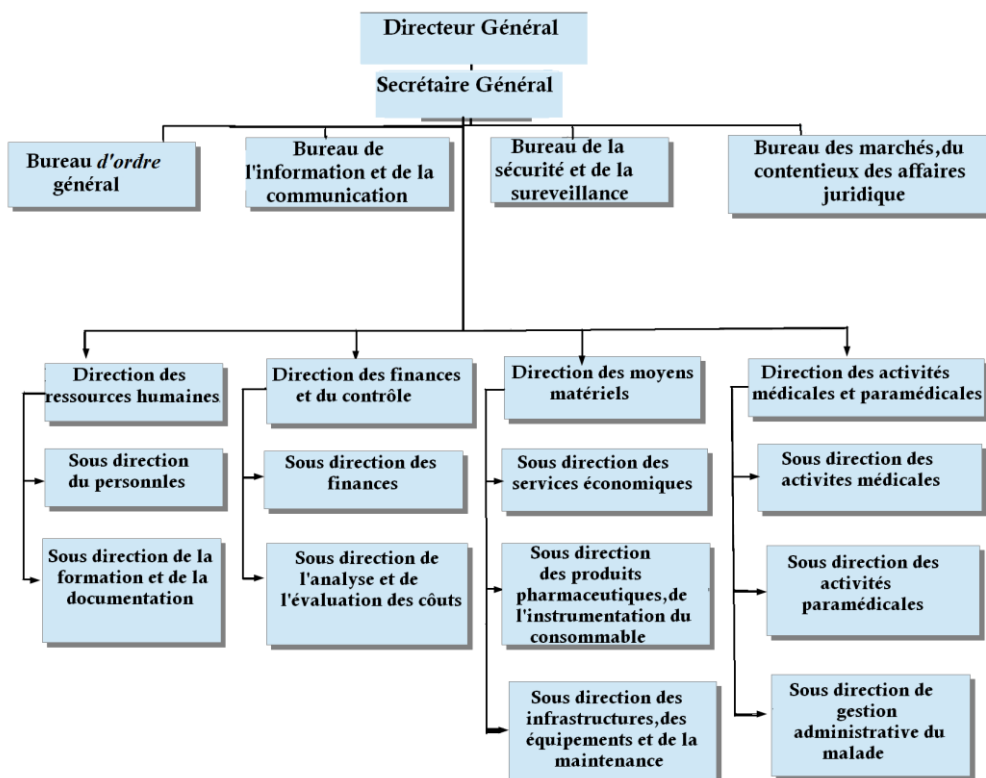
### 3-1-4- Organisation et fonctionnement du CHU de T-O

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

#### 3-1-4-1- Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou

Dans le cadre de ses missions, le C.H.U de Tizi-Ouzou est administré par un conseil d'administration, dirigé par un Directeur Général doté d'un conseil scientifique et assisté par un comité consultatif comme précisé dans le présent organigramme<sup>1</sup> :

**Figure 03** : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.



Source : CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, connaître le CHU, organigramme, disponible sur le site <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>.

De cet organigramme nous relevons les centres de responsabilité suivant :

<sup>1</sup> SIFAOUI Fatma. Op.cit. P. 149

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-1-4-1-1- Direction du CHU de T-O**

Le directeur du Centre Hospitalo-universitaire est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, il est mis fin à leurs fonctions dans les mêmes formes. Il est responsable de la gestion du C.H.U. Et à ce titre, il représente le C.H.U en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du C.H.U, il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U, il établit aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur, et met en œuvre les délibérations du conseil d'administration. Il établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration, le directeur passe tous contrats, marchés, conventions et accords, dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Il peut aussi déléguer, sous sa responsabilité, sa signature à ses proches collaborateurs<sup>1</sup>.

### **3-1-4-1-2- Le conseil d'administration**

Il comprend, un représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, un représentant des organismes de sécurité sociale, un autre de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par leurs pairs, un autre des personnels médicaux élu par leurs pairs, un représentant des personnels paramédicaux la aussi élu par leurs pairs et le président du conseil scientifique du C.H.U<sup>2</sup>.

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et assure le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent<sup>3</sup>.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et à moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup>SIFAOUI Fatma. Op.cit. P. 152.

<sup>2</sup>CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

Ce dernier, se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

### **3-1-4-1-3- Le conseil scientifique**

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

Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, sur toute question à caractère médical, scientifique ou de formation<sup>1</sup>. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dont le grade est le plus élevé du corps des paramédicaux.

Celui-ci élit en son sein un président et un vice-président pour une durée de trois années, renouvelable. Il se réunit, sur convocation de son président, en session ordinaire, une fois tous les deux mois et en session extraordinaire à la demande, soit de son président, soit de la majorité de ses membres du conseil, soit du directeur général du CHU<sup>1</sup>.

### **3-1-4-1-4- Directions de l'organisation administrative**

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et du contrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales.

Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux et sont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information et de la communication ; le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ; le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **A- La Direction des ressources humaines**

Elle comprend :

- la sous-direction du personnel qui comporte : le bureau de la gestion des carrières du personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières du personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;
- la sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation le bureau de la documentation <sup>1</sup>;

La gestion des ressources humaines est la pièce angulaire pour le fonctionnement de l'organisation hospitalière qui est marquée par la coexistence de plusieurs catégories d'acteurs, entre autres, le corps médical, le personnel paramédical, le personnel administratif et technique...etc. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants<sup>2</sup> :

- **Recrutement**
- **Rémunération**
- **Promotion et sanction**
- **La formation**

### **B- La Direction des finances et du contrôle**

Elle comprend :

- la sous-direction des finances qui comporte : le bureau du budget et de la comptabilité ; le bureau des recettes et des caisses. Son rôle est d'établir des prévisions et de suivi de l'exécution du budget et d'une répartition équitable entre les dépenses et les recettes.
- La sous-direction de l'analyse et de l'évaluation des coûts qui comporte : le bureau de l'analyse et de la maîtrise des coûts, le bureau de la facturation. Elle veille à bien maîtriser le coût des prestations fournies pour les patients, le coût d'hospitalisation dans la journée<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>BOUADI Sonia. Op.cit. p. 98.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **C- La Direction des moyens et matériels**

Elle comprend<sup>1</sup> :

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau des approvisionnements ; le bureau de la gestion des magasins, des inventaires et des réformes ; le bureau de la restauration et de l'hôtellerie.
- La sous-direction des produits pharmaceutiques, de l'instrumentation et du consommable qui comporte : le bureau des produits pharmaceutiques ; le bureau des instruments et des consommables.
- La sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance qui comporte : le bureau des infrastructures le bureau des équipements ; le bureau de la maintenance.

### **D- La direction des activités médicales et paramédicales**

Elle comprend<sup>2</sup> :

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

### **3-1-4-2-Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou**

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment<sup>3</sup> :

---

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> BOUADI Sonia. Op.cit. P.104.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-1-4-2-1- Le personnel médical**

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes.

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

Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social du territoire.

En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les doctes, les professeurs.

Les maîtres assistants sont chargés dans le domaine de l'enseignement outre le temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à dix heures de travaux pratiques, ils sont chargés de l'encadrement des mémoires de graduation et de la consultation pédagogique, de l'encadrement et du suivi des travaux pratiques ou dirigés, de la participation à la surveillance et aux corrections des examens et de la participation aux travaux des comités et équipe pédagogiques. Ils peuvent être chargés, à la demande de leur établissement, d'assurer des cours magistraux dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures<sup>1</sup>.

Dans le domaine des soins ils suivant leur spécialité en assurent les tâches suivantes ; Diagnostic, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmacologiques et bucco-dentaires, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie et en particulier les

---

<sup>1</sup> BOUADI Sonia. Op.cit. P. 107.

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

données nationales, et dans le domaine de la recherche médicale de contribuer, suivant leur spécialité ; à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, de participer à la diffusion de l'information médicale<sup>1</sup>.

Les docents\* quant à eux sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs. Ils sont chargés aussi de : la préparation et de l'actualisation des cours, encadrement des mémoires et thèses pédagogiques dont ils ont la charge, contrôler les examens, assurer le bon déroulement et la correction des copies, participer aux travaux des jurys de délibération, enrichir et de diversifier leurs travaux de recherche, réaliser toutes études et expertises liées à leur spécialité, qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, encadrer les équipes pédagogiques, recevoir les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participer aux travaux des comités pédagogiques nationaux, encadrer les étudiants, externes, interne, résidents et maîtres-assistants<sup>2</sup>.

Dans le domaine des soins, et comme pour les maitres assistants, ils suivant leur spécialité assurent les tâches suivantes : diagnostics, traitements, contrôle et recherche en matière de soins, de prévention, de réadaptation et d'exploration fonctionnelle, de recherche en laboratoire, d'expertises médicales, pharmaceutiques et bucco-dentaire, contribuent à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales, et de la pathologie et en particulier les données nationales.

Dans le domaine de la recherche médicale les docents contribuent, suivant leur spécialité, à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, et participent à la diffusion de l'information médicale.

Quant aux professeurs, ils sont chargés dans le domaine de l'enseignement en plus du temps consacré à l'enseignement dont le volume horaire hebdomadaire est fixé à neuf heures comprenant obligatoirement deux cours non répétitifs, ils sont chargés de : participer aux travaux des comités pédagogiques, de contrôler les examens et d'assurer leurs bon déroulement, la correction des copies d'examens, participent aux travaux des jurys de

---

<sup>1</sup> BOUADI Sonia. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

\*maitre conférencier.

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

délibération, de la préparation et de l'actualisation des cours, encadrent des mémoires et thèses de première et deuxième post-graduation, ils contribuent par leurs travaux d'études et de recherche à la résolution des problèmes posés par le développement dans le cadre de la réglementation en vigueur, ils animent des travaux des équipes pédagogiques dont ils ont la charge, enrichissent et diversifient leurs travaux de recherche, réalisent toutes études et expertises liées à leur spécialité qui leur sont confiées par leur établissement dans le cadre des relations entre l'enseignement et les autres secteurs d'activités, ils reçoivent aussi les étudiants quatre heures par semaine pour les conseiller et les orienter, participent aux travaux des commissions nationales ou de toute autre institution de l'état dont l'objet est lié à leur domaine de compétence, ils sont appelés à contribuer, dans le cadre des structures compétentes à la mise au point d'instrumentations pédagogiques et scientifiques liées à leur domaine de compétence, ils encadrent les étudiants, internes, externes, résidents, maîtres-assistants et doctes, et dans le domaine des soins ils sont chargés de :

Assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuer à élever le niveau des connaissances des données des sciences médicales et de la pathologie en particulier les données nouvelles, de contribuer à élever le niveau de connaissances médicales ou autres, ils assurent les prestations sanitaires requises au sein des structures hospitalo-universitaires, contribuent à une meilleure efficacité du système de santé par des programmes ou des actions sanitaires<sup>1</sup>.

Dans le domaine de la recherche médicale ils contribuent suivant leurs spécialités à la recherche scientifique fondamentale et appliquée, ils participent à la diffusion de l'information médicale

Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes : diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire, protection sanitaire en milieu de travail, prévention générale et épidémiologie, éducation sanitaire, réadaptation et rééducation, expertise médicale, gestion sanitaire, explorations fonctionnelles et analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.

---

<sup>1</sup>SIFAOUI Fatma. Op.cit.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

Les pharmaciens généralistes des établissements publics assurent les tâches suivantes : explorations et analyses biologiques, préparations pharmaceutiques, gestion et distribution des produits pharmaceutiques, expertises biologiques, toxicologiques et pharmacologiques, gestion sanitaire éducation sanitaire, ils participent aussi à la formation des personnels de santé.

Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent les tâches suivantes : diagnostics et soins ; prévention ; prothèses ; éducation sanitaire bucco - dentaire. Ils participent aussi à la formation des personnels de la santé.

### **3-1-4-2-2-Le personnel paramédical**

Le personnel paramédical joue un rôle important dans les soins prodigués aux patients. Il réalise une jonction entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier breveté et les aides-soignants.

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

L'infirmier breveté est chargé d'assurer les soins de base et les prescriptions médicales, ainsi que l'hygiène et l'entretien du matériel médical.

Les aides-soignants sont quant à eux chargés des soins infirmiers simples, de l'hygiène corporelle des malades hospitaliers, et des tâches inhérentes à l'hôtellerie et au confort des malades.

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

### **3-1-4-2-3-Le personnel administratif**

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs ordres. En ce qui concerne l'économiste, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait, le fonctionnement de cette organisation (CHU) est assuré par un effectif tous corps confondus de 2 425 employés.

Après avoir présenté globalement le CHU de Tizi-Ouzou, et faute de ne pouvoir mentionner toutes les activités ou toutes les fonctions du CHU. Dans ce qui va suivre nous allons développer la sous-direction des activités de santé, car cette sous-direction, représente un grand intérêt de par sa relation directe avec notre sujet de mémoire.

### **3-1-5- Sous-direction des activités de santé**

Cette sous-direction se structure en trois bureaux ; le bureau des entrées, le bureau organisation du suivi et de l'évaluation des activités de santé et le bureau du calcul des coûts (contractualisation).

#### **3-1-5-1- Le bureau des entrées**

Le bureau des entrées assure les missions suivantes : L'accueil, où des agents d'accueil et d'orientation sont mis à la disposition des malades, les admissions, l'Etat civil concernant la déclaration des naissances et décès à l'APC dans les délais réglementaires, et l'archive des dossiers.

Il se charge aussi de la facturation à blanc qui s'effectue actuellement pour chaque malade, avec la fiche navette et le traitement se fait avec un logiciel « patient », les décomptes sont sauvegardés avec les dossiers des malades en attendant la mise en œuvre de la contractualisation, établissement d'un registre de mouvements des malades par service, et établissement des quittances<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> CHU NEDIR Mohamed. Op.cit.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

Cette figure résume la façon dans est organiser le bureau des entrés

**Figure 04 : Organisation du bureau des entrées**



**Source :** Établit à partir des données du bureau des entrées

Le bureau des entrées utilise une nomenclature des registres et imprimés officiels standardisés, notamment ; le registre matricule, mouvement hospitalier, journal de naissances, de décès, des évacuations, dépôt de corps à la morgue, d'inspection et de facturation. Ce bureau utilise comme imprimés ; le bulletin d'admission, demande d'hospitalisation, fiche navette, déclaration de décès, résumé standard de sortie, résumé clinique de sortie, certificat d'hospitalisation, bulletin d'évacuation et certificat de non contagion<sup>1</sup>.

Le bureau des entrées exploite pour son fonctionnement deux principaux logiciels ; le logiciel **patient** qui fonctionne en mode réseau utilisé pour les admissions et l'établissement d'autres supports (déclaration de naissance, décès, résumés standards de sortie et contractualisation). Le logiciel **IDAAS** sert à identifier les assurés et les démunis, il s'agit entre autres d'un logiciel d'identification des malades et d'échange d'information entre l'établissement de santé et la CNAS et qui est non fonctionnel<sup>2</sup>.

Le bureau des admissions doit établir les bulletins d'admission des malades, et doit tenir les différents registres de cette structure. Il se charge aussi de l'exploitation des fiches navettes, du classement et du suivi des dossiers administratifs des malades<sup>3</sup>.

Il s'agit également dans cette structure, d'une prise en charge opérationnelle de l'émission de décomptes (facturation), du suivi des recouvrements, de la gestion de la régie recettes (caisse), de la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins et aussi à la gestion du contentieux<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> CHU, NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Ibid.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-1-5-2-Bureau de calcul des coûts (contractualisation)**

Il est chargé du calcul des coûts de l'hôpital, par l'utilisation de la comptabilité analytique et qui se fait par mois. Il s'agit entre autres, du calcul des coûts de la masse salariale, des dépenses alimentaires par services, de la pharmacie, de la consommation des fournitures, d'entretien et de main d'œuvre, des charges d'assurances et de formation, des activités des services d'hospitalisation et de consultations, du laboratoire, de la radiologie, du plateau technique...etc.<sup>1</sup>

Ce bureau réalise un canevas statistique du personnel, des activités, des moyens et des équipements de l'établissement hospitalier<sup>2</sup>.

### **3-1-5-3-Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé**

Ce bureau s'occupe des tâches relatives au suivi et à l'évaluation des activités de santé, par l'utilisation des indicateurs et des outils nécessaires<sup>3</sup>.

## **2- Analyse des contraintes et des dysfonctionnements préalables a la mise en place du projet d'établissement hospitalier**

L'explication du fonctionnement des activités de l'hôpital a fait l'objet d'une enquête, dans laquelle nous avons effectué la collecte de données et des entretiens auprès des différents services et responsables de cet hôpital afin de présenter le CHU de Tizi-Ouzou et ses services.

Toutefois, cette enquête doit être complétée par un questionnaire qui va permettre de faire l'état des lieux de l'établissement concernant son fonctionnement et son organisation et d'identifier les principaux dysfonctionnements.

### **3-2-1- Présentation de la méthodologie de recherche utilisée**

Notre méthode de recherche se base à la fois sur la méthode d'enquête, qui nous permet de rassembler des données quantitatives, mais aussi la méthode d'étude de cas qui est une méthode de recherche qualitative<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> CHU, NEDIR Mohamed. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> DAHAK, Abdennour., KARA Rabah. *Le mémoire de master : du choix du sujet à la soutenance*. Tizi-Ouzou, Edition EL AMEL, 2015, p.88-92.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

D'une part, nous évoquerons successivement le questionnaire et son déroulement, les objectifs de l'enquête, le choix et la constitution de l'échantillon, et les principaux résultats.

D'une autre part nous évoquerons les entretiens et le questionnaire fermé au quel on a dû recourir afin d'effectuer notre étude quantitative.

### **3-2-1-1 Contenu du questionnaire, des entretiens et leurs déroulements**

Nous avons opté pour la technique du questionnaire qui consiste à poser au personnel de CHU de TO, une série de questions relatives à leur fonction au sein de l'établissement, au service auquel ils sont rattachés, à leur ancienneté, mais aussi des questions relatives au fonctionnement de l'hôpital d'une manière générale. Cette méthode appelle à formaliser une série de réponses à la plupart des questions de sorte que les répondants puissent choisir leurs réponses parmi celles qui leurs sont proposées. Cette méthode convient particulièrement lorsqu'il s'agit d'analyser le fonctionnement d'un établissement et que l'on pense pouvoir mieux cerner à partir d'informations collectées auprès du personnel de l'établissement.

Dans notre cas, nous avons utilisé deux types de questions :

- Les questions fermées : qui demandent une réponse précise,
- Les questions ouvertes : pour ce type de questions, aucune précision de réponse n'est fournie. L'interviewé s'exprime par les termes qu'il veut. Mais ces questions sont les plus difficiles à dépouiller mais très riches en informations<sup>1</sup>.

### **3-2-1-2- Présentation du questionnaire**

Nous avons construit notre questionnaire autour de 19 questions fermés (dichotomique), qui oblige le questionné à choisir entre deux réponses possibles à chaque question, oui ou non, et satisfaisant non satisfaisant<sup>2</sup>.

Celles-ci sont réparties en 5 grands axes :

- L'axe 1 : comprend des questions qui traite du mode de fonctionnement du CHU et se composent de 4 questions dichotomiques.
- L'axe 2 : quant à lui se penche sur les méthodes de travail et de l'organisation. Ils se composent lui aussi de 4 questions dichotomiques.

---

<sup>1</sup>DAHAK Abdennour., KARA Rabah. Op.cit. P 88-92.

<sup>2</sup> Ibid.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

- L'axe 3 : celui-ci s'intéresse aux volets communications et coordinations au sein du CHU et se compose aussi de 4 questions dichotomiques.
- L'axe 4 : celui-là aborde la question centrale du pilotage de l'hôpital et ce compose aussi de 4 questions dichotomiques.
- L'axe 5 : ce dernier se compose de 3 questions dichotomiques qui s'intéressent aux outils employés dans la gestion du CHU.

### **3-2-1-3- Objectifs du questionnaire et de l'entretien**

Notre enquête vise à présenter l'état des lieux du CHU de T.O concernant son fonctionnement, sa gestion, et surtout de constater les principaux dysfonctionnements liés au fonctionnement et à l'organisation, que connaît cet établissement.

À partir des défaillances détectées, il s'agit de déterminer les raisons de l'adoption d'un nouvel instrument de pilotage, en l'occurrence le projet d'établissement hospitalier et de les comparer à celles énoncées par le programme d'appui au secteur de la santé dans leur étude concernant les CHU en Algérie.

### **3-2-2-L'analyse des données**

Dans un premier lieu, on effectuera une analyse qualitative du fonctionnement de l'établissement mais aussi une analyse plus poussée des dysfonctionnements de ce dernier qui représente peut-être une entrave ou des obstacles au thème de notre recherche.

Dans un second temps on effectuera une analyse quantitative qui consiste à dénombrer le nombre de lits, de personnels et de faire une comparaison entre ses fréquences, car ce qui donne toute son envergure à un établissement de santé c'est le nombre de lits dans ils disposent et le nombre de personnels qui se hâte à la prise en charge des patients.

À présent il s'agit principalement de rendre toutes les informations recueillies exploitables en les présentant sous forme de données chiffrées dans une série de tableaux dont l'analyse permettra de tirer des résultats.

#### **3-2-2-1 Mode de fonctionnement de l'hôpital**

Concernant ce deuxième sous-thème, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau suivant :

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

Tableau n°04 : Les résultats des questionnaires concernant le mode de fonctionnement de l'hôpital

1- Mode de fonctionnement est-il Bureaucratique ?		2- Système de contrôle et de suivi dans le travail	
Oui	Non	Satisfaisant	Non satisfaisant
60	30	34	51
3- Existe-il un système de planification ?		4- Le fonctionnement de l'hôpital est-il dominé par une logique gestionnaire ?	
Oui	Non	Oui	Non
45	52	38	41

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

### Lecture des résultats

- 61 % des effectifs considèrent que le fonctionnement de l'hôpital est rigide et bureaucratique
- 55 % d'effectifs réclament que le système de contrôle et de suivi au niveau de CHU est insatisfaisant ;
- 54% d'effectifs de l'hôpital dénoncent l'absence d'un système de planification et de gestion des objectifs ;
- 53% considèrent que le fonctionnement de l'hôpital n'est pas dominé par une logique gestionnaire.

D'après ces résultats et d'après les entretiens avec les interviewés, on constate un certain nombre de contraintes, défaillances et dysfonctionnements liés au mode de fonctionnement que connaît le CHU de Tizi-Ouzou :

A- Plus de la moitié des interviewés considèrent que le fonctionnement de l'hôpital est rigide et bureaucratique, et parmi les principaux arguments avancés on retrouve :

- **Une réglementation contraignante**

Le CHU est confronté à une multiplicité de textes réglementaires régissant son fonctionnement et son organisation.

- **Une centralisation excessive**

Les acteurs hospitaliers ont évoqué des difficultés liées à la centralisation dans la prise des décisions stratégiques, où l'hôpital applique les décisions imposées par la direction et par le ministère. Le personnel de cet établissement juge qu'il ne participe pas ou peu aux décisions prises dans les services.

B- L'effectif interviewé montre leur insatisfaction concernant le système de contrôle et de suivi dans le travail, il le considère comme étant absent.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

C- Plus de la moitié du personnel dénoncent l'absence d'un système de planification et de gestion des objectifs : où le manque décrit par les interviewées montre une absence de logique de planification au niveau de l'hôpital. Peu de vision à long terme, et un manque de continuité et de stabilité du fait du changement des directeurs.

D- Les interviewés considèrent que le fonctionnement de l'hôpital n'est pas dominé par une logique gestionnaire, où les procédures administratives sont lentes. De plus, les acteurs hospitaliers évoquent un manque d'autonomie du fonctionnement de l'établissement où le conseil d'administration fonctionne toujours comme un conseil de direction. Ce manque d'autonomie illustre la source de démotivation du personnel. De ce fait, pour résoudre certains problèmes, c'est le directeur qui prend la décision sans consulter l'avis des autres.

### 3-2-2-3- Méthodes et organisation

Concernant les questions relatives à l'organisation et aux méthodes utilisées par le CHU, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau suivant :

**Tableau n°05 : Les résultats des questionnaires concernant l'organisation et les méthodes**

1- Les locaux de l'hôpital sont-ils Favorables au travail ?		2- Comment qualifiez-vous les conditions de travail à l'hôpital ?	
Oui	Non	Satisfaisantes	Non satisfaisantes
15	58	12	57
3- Les horaires de travail sont-ils Contraignants ?		4- Y'a-t-il une précision dans la définition des tâches dans les services ?	
Oui	Non	Oui	Non
58	20	25	52

**Source :** Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU

#### Lecture des résultats

- 62 % des effectifs considèrent que les locaux de l'hôpital CHU de Tizi-Ouzou ne sont pas favorables ;
- 60% d'effectifs considèrent que les conditions de travail sont insatisfaisantes ;
- 61 % d'effectifs de l'hôpital jugent que les horaires de travail sont contraignants tenons équitables principalement entre le personnel administratif et le personnel médicale paramédical
- 57 % des interviewés considèrent qu'il n'y'a pas une précision dans la définition des missions et tâches des services.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

D'après ces résultats et d'après les entretiens avec les interviewés, on constate un certain nombre de contraintes, défaillances et dysfonctionnements liés à l'organisation du CHU de Tizi-Ouzou :

A- Les locaux de l'hôpital sont défavorables : La plupart des interviewés considèrent que l'exiguïté et la vétusté des locaux du CHU engendrent de nombreux problèmes d'organisation des activités. De plus, La vétusté du matériel médical et le manque de lits d'hospitalisation génèrent d'importantes perturbations dans la réalisation des activités de soins

B- Les conditions de travail sont jugées défavorables en raison d'une part de la vétusté des locaux et de l'infrastructure de l'hôpital, en raison aussi du manque de moyens ;

C- Les horaires de travail sont considérés contraignants par les interviewés et peu adaptés en raison d'un manque de synchronisation des postes, des équipes et des services. Cela gêne la bonne organisation du travail.

D- Plus de la moitié des interviewés considèrent l'absence de précision dans la définition des tâches. Car concernant la répartition et l'affectation des missions et tâches, plusieurs problèmes sont soulignés par ces derniers tels que : le manque de précision dans la définition des missions des services, la réalisation des tâches en dehors des rôles assignés, et l'absence de cohérence de l'organigramme et des rattachements hiérarchiques. De plus, la planification des activités souffre d'un manque de définition des priorités et des cohérences notamment dans la gestion des flux des patients, ce qui implique un manque de maîtrise de l'activité.

### 3-2-2-4- Communication et coordination :

Concernant les questions relatives à la communication et la coordination des services du CHU de Tizi-Ouzou, voici en ce qui suit les résultats des questionnaires représentés par le tableau suivant :

**Tableau n°06 : Les résultats des questionnaires concernant la communication et la coordination**

1- L'ambiance du travail		2- Les relations entre services	
Satisfaisante	Non satisfaisante	Satisfaisante	Non satisfaisante
44	50	36	59
3- La communication verticale avec la direction Est-elle optimale ?		4- Y'a-t-il un manque de transmission des Informations ?	
Oui	Non	Oui	Non
40	57	62	21

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

#### **Lecture des résultats**

- 50 % des effectifs considèrent que l'ambiance du travail est insatisfaisante ;
- 65 % d'effectifs jugent que les relations entre les services sont insatisfaisantes ;
- 66 % d'effectifs de l'hôpital estiment que la communication (verticale) avec la direction n'est pas optimale ;
- 71 % des interviewés considèrent qu'il y'a un manque de transmission des informations.

D'après ces résultats et aussi d'après les entretiens avec les interviewés, on constate un certain nombre de contraintes et dysfonctionnements liés à la communication et la coordination que connaît de CHU de Tizi-Ouzou :

A- L'ambiance du travail est jugée par certains interviewés comme non satisfaisante, du fait que la communication interne révèle un manque de cohésion au sein de certains services et caractérisés par des relations particulièrement conflictuelles ;

B- Les relations entre services sont caractérisées par une communication et une coordination défailante entre eux, elles se caractérisent aussi par des cloisonnements importants, des tensions entre les médecins et infirmiers, mais aussi entre le corps médical et le personnel administratif, cela se traduit par conséquent par une insuffisance de coordination entre ces services.

C- Plus de la moitié des interviewés considèrent que la communication verticale n'est pas optimale avec la direction : à l'insuffisante présence de l'équipe de direction sur le terrain, s'ajoutant des défauts de concertation et d'écoute entre la hiérarchie et le personnel.

D- La plupart des acteurs soulignent une inadéquation des modes de transmission des informations qui sont transmises principalement par des bruits de couloir. Ils constatent une rétention de l'information qui induit un climat d'incertitude et une absence d'initiatives, une concertation insuffisante entre le personnel, un manque de transmission des informations utiles, ainsi qu'une certaine lenteur des circuits.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

### 3-2-2-5-. Le pilotage de l'hôpital

Tableau n°07 : Les résultats des questionnaires concernant le pilotage de l'hôpital

1- Existe-il un dispositif de pilotage des Activités ?		2- Jugez-vous que les procédures administratives soient lentes et complexes ?	
Oui	Non	Oui	Non
30	55	55	32
3- y'a-t-il un manque de responsabilisation du Personnel ?		4- La coopération entre les services administratifs et médicaux	
Oui	Non	Satisfaisante	Non satisfaisante
66	25	33	58

**Source** : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

#### Lecture des résultats

- 59 % des effectifs montrent l'absence de dispositif de pilotage des activités au sein du CHU
- 63 % d'effectifs jugent que les procédures administratives sont lentes et complexes ;
- 71 % d'effectifs de l'hôpital estiment qu'il y'a un manque de responsabilisation du personnel, ils participent peu aux projets ;
- 61% des interviewés considèrent qu'il y'a un manque de coopération entre les services administratifs et les services médicaux, chacun dans ces tâches.

D'après ces résultats et aussi d'après les entretiens avec les interviewés, on constate un certain nombre de contraintes et défaillances liées au pilotage, que connaît de CHU de Tizi-Ouzou :

A- Plus de la moitié des acteurs interviewés évoquent l'absence de dispositif de pilotage des activités ;

B- Les procédures administratives sont lourdes et complexes. Elles sont inadaptées aux objectifs. Le fonctionnement de l'hôpital souffre d'un manque de formalisation et de respectes des procédures, notamment au niveau des services d'hospitalisation.

C- Les interviewés soulignent que dans le pilotage des activités, la direction n'encourage pas la prise d'initiative de son personnel, où on constate un manque d'implication dans le travail, et un manque de responsabilisation du personnel

D- L'appartenance du médical et de l'administratif a deux mondes différents, se traduit par conséquent par un manque de coopération et une insuffisance de coordination et par la présence de cloisonnements préjudiciables à une vision claire des enjeux à long terme.

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

### 3-2-2-6- La gestion au sein de l'hôpital

Tableau n°08 : Les résultats des questionnaires concernant la gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital

1- Comment qualifiez-vous la gestion de cet Établissement ?		2- Le système d'information hospitalier Est-il efficace ?	
Satisfaisante	Non satisfaisante	Oui	Non
20	58	30	51
3- Pensez-vous que le projet d'établissement hospitalier peut améliorer la gestion de l'hôpital ?			
Oui		Non	
77		10	

Source : Exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU de Tizi-Ouzou

#### Lecture des résultats

- 71 % des effectifs considèrent que la gestion de CHU de Tizi-Ouzou est non satisfaisante ;
- 57 % d'effectifs jugent que le système d'information hospitalier est inefficace ;
- 91 % d'effectifs de l'hôpital estiment que le projet d'établissement hospitalier en tant qu'outil et instrument de pilotage peut améliorer la gestion de l'établissement.

Pour résumer, nous pouvons dire que le CHU de Tizi-Ouzou connaît un certain nombre de dysfonctionnement dans son fonctionnement<sup>1</sup> :

D'abord, le mode de fonctionnement est considéré comme étant trop rigide et bureaucratique, du fait de la réglementation contraignante, de la centralisation excessive des décisions, du manque d'autonomie, mais aussi l'absence de planification et de gestion par objectifs.

Ces difficultés majeures constituent les premières raisons qui poussent l'hôpital à adopter une autre méthode, un nouvel instrument de pilotage. En comparant ces premières raisons avec celles énoncées par le PASS\*, on remarque que les dysfonctionnements que connaissent les CHU et donc les raisons de la mise en place du projet d'établissement hospitalier sont les mêmes au niveau de tous les établissements publics hospitaliers, ceci s'explique par le rôle et le pouvoir de la tutelle en Algérie que subissent ces établissements, les mécanismes contraignants influençant la latitude des dirigeants hospitaliers et les contraintes que subissent ces hôpitaux.

Enfin, on peut conclure, que tous les dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux, notamment ceux des CHU sont presque les mêmes, cela est dû en partie,

<sup>1</sup> D'après l'exploitation des résultats des questionnaires distribués au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

\*Programme d'Appui au Secteur de la Santé.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

à une réglementation contraignante, à un fonctionnement rigide, à une centralisation excessive, un manque d'autonomie, une gouvernance rigide, mais aussi à une mauvaise organisation.

Toutes ces contraintes et dysfonctionnements expliquent en partie les difficultés de la gestion des établissements et qui constituent les raisons particulières de l'adoption et de la mise en place du projet d'établissement hospitalier comme un nouvel instrument de pilotage.

Ainsi, la raison principale de la mise en place du projet d'établissement est d'impulser une nouvelle dynamique de management et de gestion, compte tenu des difficultés de gestion et des dysfonctionnements, une nouvelle approche qui permet la sensibilisation et l'implication du personnel, une nouvelle méthode d'organisation, et un nouveau mode de pilotage, mais aussi d'une manière directe à favoriser l'implantation du processus de contractualisation qui peine à voir le jour depuis 1993.

### **3-2-2-1- la consistance physique du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou**

Comme on l'a précédemment évoqué le CHU de Tizi-Ouzou offre une capacité d'hospitalisation de 900 lits, avec une grande masse salariale de tous corps dans l'unique objectif est une meilleure prise en charge du patient. Les tableaux qui vont suivre démontrent les capacités physiques de l'établissement :

#### **A- Pour l'unité NEDIR Mohamed**

**Tableau n°09 : Récapitulatif du nombre de lits unité NEDIR Mohamed.**

<b>Services et unités</b>	<b>Effectifs questionnés</b>	<b>Nbre de lits Réels</b>	<b>Total</b>
<b>Services d'hospitalisation</b>	Médecin interne	39	<b>504</b>
	Cardiologie	34	
	Hématologie	40	
	Réanimation médicale	12	
	Réanimation chirurgicale	07	
	Pédiatrie	58	
	Néonatalogie	30	
	Maladies infectieuses	32	
	Psychiatre	10	
	Néphrologie	18	
	Hémodialyse	28	
	Services chirurgicaux	51	
	Traumatologie	42	
Neurochirurgie	47		

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

	Urologie	24	
	Chirurgie infantile (CCI)	32	
<b>Unités Médico-Chirurgicales</b>	PU de Chirurgie	44	<b>66</b>
	PU de Médecine	12	
	Pu de Pédiatrie	10	

Source : Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

Capacité totale en lits d'hospitalisation Unité NEDIR : **570**

#### **B- Pour l'unité BELLOUA**

**Tableau n°10 : Récapitulatif du nombre de lits unité BELLOUA.**

Services	Effectifs questionnés	Nombre de lits réels	Total
<b>Service d'hospitalisation</b>	Pneumo-phtisiologie	58	<b>330</b>
	Médecine physique et réadaptation	34	
	Endocrino-diabétologie	36	
	O-R-L.	22	
	Ophtalmologie	22	
	Dermatologie	15	
	Rhumatologie	24	
	Neurologie	26	
	Oncologie	28	
	Gynécologie	34	
	Chirurgie thoracique et vasculaire	16	
	Chirurgie cardiaque	16	

Source : Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

On peut également d'après ces données, déterminer le nombre de lits pour les principaux services dans l'unité NEDIR Mohamed et BELLOUA comme le montre le tableau ci-après :

**Tableau n° 11 : Récapitulatif du nombre de lits par unité.**

Services	Unité NEDIR Mohamed	Unité BELLOUA
<b>Nombre total de lits</b>	<b>570</b>	<b>330</b>

Source : construit à partir des données du tableau n°09 et 10.

Nombre total de lits d'hospitalisation du CHU de Tizi-Ouzou : 900.<sup>1</sup> Ce qui reste moyens comparer à la capacité des autres CHU de la même envergure tel que celui d'Oran (1600 lits) ou de Mustapha Bacha (1500 lits)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Exploitation des données des questionnaires distribués en mois septembre, au niveau de CHU de TO

## Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU

**Tableau n° 12 : Récapitulatif du nombre des Ressource humaine ou CHU.**

Ressource humaine	Effectif	Nbr	Total
<b>Médecins</b>	Professeurs	14	<b>981</b>
	Docents	18	
	Maitres assistants	143	
	Praticiens Spécialistes Assistants	189	
	Médecins Généralistes	109	
	Chirurgiens-Dentistes Généralistes	38	
	Pharmaciens Généralistes	10	
	Médecins Résidents	460	
<b>Effectif des paramédicaux et psychologues</b>	Psychologues Principaux	02	<b>1067</b>
	Psychologues Santé Publique	20	
	Infirmiers de santé publique	1045	
<b>Personnel administratif et autres</b>	<b>Personnels administratifs</b>	191	<b>1439</b>
	Personnels techniques	36	
	Ouvriers professionnels	452	
	Conducteurs auto	27	
	Personnels vacataires CDD+CDI	690	
	Agents prévention sécurité	43	

**Source :** Données du CHU NEDIR Mohamed de T.O.

Le nombre total du personnel qui exerce aux seins du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou est de 3487 personnes dont 981 médecins et 1045 infirmiers ce qui représente plus d'un médecin part personnes hospitalisé (lits) et un ratio de 1,16 infirmiers part personnes hospitalisées. Ce qui garantit une prise en charge de qualité pour les patients.

<sup>1</sup> MSPRH, indicateurs de santé, disponible sur <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>. Consulté le 10/11/2017.

### **3- Mise en place du projet d'établissement Nedir Mohammed de Tizi-Ouzou, effets bénéfiques et contraintes**

L'objet de cette dernière section est donc de déterminer les objectifs du CHU de Tizi-Ouzou concernant l'adoption de ce nouvel instrument, d'expliquer le déroulement et les étapes de l'élaboration et de la mise en place du PEH au niveau de cet établissement, et enfin, d'analyser ses apports en matière d'amélioration de sa gestion et les contraintes auxquelles l'établissement est confronté.

Pour ce faire, nous avons mené une enquête au niveau de CHU, où nous avons réalisé un questionnaire et des entretiens avec le directeur, avec les responsables des services administratifs, des services médicaux et services médico-techniques, et aussi des entretiens avec les membres des ateliers de travail et les groupes de projets concernant le PEH. Par une initiative du directeur,

Voici en ce qui suit l'élaboration et la mise en place du PEH au niveau de CHU de Tizi-Ouzou

#### **3-3-1- Objectifs du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.**

Dans un contexte de réformes hospitalières, un dynamisme nouveau de management des hôpitaux est impulsé par le ministère et le PASS, à travers l'adoption et la mise en place d'un nouvel instrument de pilotage, en l'occurrence le projet d'établissement hospitalier.

Face à ces nouveaux défis, et compte tenu des dysfonctionnements que connaît le CHU en matière d'organisation, et de fonctionnement des activités, et aussi des contraintes et difficultés qui entrent dans sa gestion, il est plus qu'indispensable pour cet établissement d'adopter des stratégies efficaces et d'apporter de nouvelles réponses en mettant l'accent sur la modernisation et l'amélioration de la gestion de l'hôpital, à travers la mise en place du PEH. Parmi les objectifs de cette action :

- Bâti une véritable « culture d'établissement » autour des conditions et pratiques de travail ;
- Adhésion et mobilisation du personnel du CHU ;
- Amélioration de la prise en charge des malades ;
- Élaboration des projets de services corrélés par des plans de communication pour réussir leurs mises en œuvre ;
- Planification et gestion par objectifs des activités ;
- Évaluations des activités.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-3-2- Approche utilisée dans l'élaboration du projet d'établissement hospitalier**

L'élaboration du PEH au niveau du CHU de Tizi-Ouzou a été faite par une orientation du ministère, à travers une note ministérielle datant du 16 avril 2014.

Cet établissement s'est appuyé pour l'élaboration du PEH sur un modèle succinct d'un projet d'établissement proposé par le ministère à travers cette note ministérielle, et basé aussi sur le manuel d'élaboration du PEH établi par l'unité d'appui au secteur de la santé (PASS).

L'élaboration consiste en une démarche de concertation, et de sensibilisation, qui nécessite une mise à niveau des différents acteurs impliqués, quel qu'ils soient ; médecins, infirmiers, gestionnaires, personnel administratif et technique et bien d'autres. L'objectif est d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration des soins et des services. Le patient doit être au centre de toutes les préoccupations et donc l'élaboration doit éveiller l'intérêt des professionnels pour la gestion de l'établissement.

### **3-3-3- Élaboration et mise en œuvre de projet de l'établissement**

L'élaboration du projet d'établissement se fonde sur le management stratégique des hôpitaux. En effet la qualité du management a un impact majeur sur le fonctionnement de l'établissement de santé et sa capacité à remplir ses missions auprès des patients.

La vision stratégique, la clarté des décisions prises, la rapidité de réaction, la délégation, la responsabilisation et la capacité à faire partager un projet et à motiver les équipes sont aujourd'hui des valeurs importantes pour tout manager afin de mener à bien ses missions<sup>1</sup>.

L'élaboration de ce dernier est un processus dynamique de concertation, de sensibilisation, qui nécessite une mise à niveau des différents acteurs impliqués. Le but étant d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration des soins et des services et d'assurer à la population en complémentarité avec les autres composantes du système de santé.

Pour mettre en œuvre le PEH, une démarche de quatre étapes est nécessaire<sup>2</sup> :

- D'abord, une analyse et un diagnostic global de l'établissement,
- En suite un diagnostic interne et externe,

---

<sup>1</sup> MSPRH, manuel d'élaboration d'un projet d'établissement, Op.cit.

<sup>2</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

- Puis la détermination des différents volets du PEH. La mise en œuvre à travers notamment des plans d'actions,
- Enfin, l'évaluation.

### **3-3-3-1- Analyse et diagnostic global de CHU de Tizi-Ouzou**

Sans une évaluation approfondie, le projet manque de bases objectives sur lesquelles on peut bâtir les recommandations, les changements, les axes de développement. Selon la littérature, les éléments clés de cette étude sont les suivants<sup>1</sup> :

- Analyse épidémiologique du bassin de population couvert,
- Analyse de l'offre de soins par rapport au bassin,
- Analyse de la performance clinique et administrative de l'établissement,
- Analyse de l'environnement externe : nature et qualité des liens existants avec les autres composantes du système de santé.

#### **A- Analyse épidémiologique de la population couverte**

Il est possible de déterminer l'offre de soins nécessaire pour une population donnée par une planification centrale et/ou régionale. Cette offre consiste en une meilleure adéquation aux besoins de la population, dans un territoire géo-sanitaire donné ce qui nécessite d'abord une délimitation du bassin pour chaque offre de service et peut être modifiée selon les spécificités régionales<sup>2</sup>.

Les ajustements tiennent compte des indicateurs tels que<sup>3</sup> :

- Morbidité par CIM-10 groupes/10.000 habitant par rapport à la moyenne nationale ? Y-a-t-il des différences ?
- Causes de mortalité / moyenne nationale,
- Distance moyenne de couverture de la population autour des établissements,
- Facteurs socio-économiques : PIB/ personne, facteurs de risques,
- Comparaison avec les données d'autres pays de même niveau, statistiques de l'OCDE.

L'offre de soins nécessaire pour une population consiste en une meilleure adéquation à leurs besoins, ce qui nécessite une délimitation du bassin de la population pour cette offre.

---

<sup>1</sup>MSPRH, manuel d'élaboration du projet d'établissement. Op.cit.

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Ibid.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

Le CHU de Tizi-Ouzou assure une couverture sanitaire des quatre wilayas (Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdes, Bouira) dont la demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays.

### **B- Analyse de l'offre de soins**

LE CHU de Tizi-Ouzou et son environnement sont en changement perpétuel, les décisions prises aujourd'hui surtout en ce qui concerne les investissements et les infrastructures devront s'appliquer demain, dans un environnement déjà différent.

Pour ce faire, les décisions d'aujourd'hui doivent tenir compte des facteurs suivants :

- Identifier les grandes orientations dans le domaine de la santé.
- Identifier les tendances des usagers en termes de besoins spécifiques (sources : médecins référents, usagers eux-mêmes).
- Définir des cibles de performance clinique et administrative à atteindre dans le futur.
- Étudier les perspectives d'évolution de l'environnement externe<sup>1</sup>.

### **C - Analyse des faiblesses et les forces de l'établissement, ainsi que les opportunités et les menaces**

Le comité de pilotage peut procéder à l'analyse des faiblesses et des forces de l'établissement ainsi que des opportunités et des menaces.

Il est important qu'en interne, le diagnostic porte sur les forces et les faiblesses de l'établissement : les ressources, les compétences, les pratiques, la situation financière, le modèle organisationnel.

En externe, il révèle les opportunités et les menaces liées à l'environnement : l'épidémiologie, les nouvelles attentes des usagers, les changements d'orientation de la politique de santé, les nouvelles règles de financement. Il porte également sur le rôle et la place de l'établissement dans son territoire de santé.

Pour l'analyse de l'environnement interne, il faut accorder une attention particulière à la gestion des ressources humaines, la gestion financière, les ressources matérielles, les ressources informationnelles et bien sûr, centré sur l'organisation médicale et les soins infirmiers de l'établissement.

---

<sup>1</sup>MSPRH, manuel d'élaboration du projet d'établissement. Op.cit.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **3-3-4- Mise en œuvre et opérationnalisation du projet d'établissement**

Le CHU de Tizi-Ouzou établi pour la mise en œuvre de ces projets, des plans d'action, pour chaque projet, à travers la mise en place de plans opérationnels qui permettent de suivre la mise en application, notamment un plan d'équipement et de maintenance, un plan de la gestion des ressources humaines, un plan directeur des systèmes d'information. Un plan de communication est aussi réalisé avec un calendrier de réunions et d'échéanciers.

De plus, des journées d'étude et séminaires qui sont organisés chaque mois, où ils préparent leurs suggestions et recommandations, des réunions de coordination, des activités sont aussi organisées une fois les quinze jours, pour une meilleure coopération entre les services, s'agissant de la prise en charge des patients et de leurs transferts interservices. Des réunions aussi avec les organes de consultation, sont organisées notamment avec le conseil médical, afin de traiter tous les problèmes concernant les services, et décider aussi de la création de nouveaux services et l'affectation de nouveaux spécialistes.

#### **3-3-4-1- Effets bénéfiques et contraintes du CHU de Tizi-Ouzou**

L'introduction et la mise en place du PEH au niveau du CHU de Tizi-Ouzou, a des effets bénéfiques pour l'établissement, mais il est confronté à un certain nombre de contraintes qui peuvent freinées le PEH et ses apports en matière de gestion de l'hôpital.

Les apports de l'introduction du PEH au niveau de l'établissement sont issus de nos observations dans l'accompagnement de la mise en place du PEH au niveau de ce CHU.

#### **A- Points forts et effets bénéfiques de l'introduction du PEH au niveau de l'établissement**

##### **Les points forts du PEH**

- La démarche du PEH permet la prise en compte de l'environnement : cet invariant correspond à un des volets du diagnostic global, sa mise en œuvre constitue la phase de diagnostic externe, qui nécessite la prise en compte des attentes des patients et l'offre de soins environnante ;
- La démarche du PEH permet le diagnostic interne. Cet invariant constitue le volet interne du diagnostic global. Il s'agit de réaliser l'état des lieux et ce, afin de faire apparaître les points forts et les points faibles de l'établissement ;

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

- Le PEH comprend un volet prospectif, qui consiste à se projeter dans l'avenir, à faire une planification des activités, à déterminer les orientations stratégiques et définir les conditions de mise en œuvre de ses orientations ;
- Le PEH permet la cohérence et la flexibilité. Le projet est l'interface par lequel l'établissement communique avec la tutelle pour confirmer ou infléchir les orientations, il est nécessaire qu'il soit cohérent et flexible. Il constitue un outil de communication et de coopération entre les acteurs ;
- Le PEH permet dans sa démarche d'évaluer les activités des services à travers les indicateurs d'activités, le suivi des projets par les plans d'actions/tableaux de bord. Pour l'évaluation et le suivi, il y'a aussi une nécessité d'avoir un système d'information doté de sources d'informations diversifiées<sup>1</sup>.

### **Effets bénéfiques de l'introduction du PEH au niveau de l'établissement**

- **Une initiation au management participatif du personnel de l'hôpital**
  - Le PEH permet une démarche de sensibilisation et de concertation des acteurs ;
  - Le PEH permet un travail d'équipe ;
  - Le PEH permet l'implication de certains organes de décisions, délibérants, consultatifs, et comités.
- **Une démarche de communication et de concertation**
  - Groupes de travail ;
  - Échange et concertation.
- **Un moyen d'organisation de l'offre de soins**
  - Le PEH permet dans sa démarche d'analyser et de connaître les besoins des patients ;
  - Le PEH permet dans sa démarche concernant l'analyse épidémiologique de la population couverte de délimiter le bassin de la population pour l'offre de soins ;
  - Une organisation des activités par projet ;
  - Placer le patient au centre de toutes les préoccupations ;
  - Une restructuration de l'hôpital non plus autour de disciplines médicales mais autour de prises en charge unifiées.

---

<sup>1</sup>Melle BOUADI Sonia. OP.CT. P196

### B- Les principales contraintes

Le CHU de Tizi-Ouzou est en effet, enfermé dans une chaîne de contraintes et dysfonctionnements qui rendent la prise de décision complexe et difficile à maîtriser quel que soit son type.

- **Contraintes et dysfonctionnements liés aux moyens humains**

Concernant les ressources humaines du CHU de Tizi-Ouzou, des insuffisances ont été constatées à savoir : Absence d'un personnel d'encadrement (sous Directeurs, chefs de bureaux), manque de personnel qualifié, absence d'un logiciel pour la gestion des archives, absence d'une salle d'archives, lenteur dans la procédure administrative: fonction publique, contrôleur financier, refus de création de nouveaux postes budgétaires, seule la transformation des postes budgétaires existants est acceptée, centralisation de la gestion des carrières des corps de praticiens spécialistes de santé publique et hospitalo-universitaires<sup>1</sup>.

- **Contraintes et dysfonctionnements liés à l'organisation**

Concernant l'organisation de la structure du CHU de Tizi-Ouzou, on a constaté une exigüité de la structure, exigüité des espaces, absence de locaux et/ou locaux inadaptés, insuffisances et éloignement des plateaux techniques par rapport aux UMC engendrant des désagréments pour les patients et un retard dans la prise en charge. Quant à l'organisation de soins au sein de ce dernier on a constaté une hospitalisation abusive faute d'arguments scientifiques entraînant une surcharge des services d'hospitalisation, une durée moyenne de séjour assez longue, inexistence de protocoles de soins médicaux et paramédicaux..., délais d'attente exagérés et accès difficile à l'exploration et une lenteur dans la prise en charge chirurgicale,

- **Contraintes liées aux ressources matérielles**

Concernant les moyens matériels et les équipements du Centre Hospitalo-universitaire de T-O, on a constaté que les équipements hors activité de soins (matériel de restauration, de blanchisserie, de garage, d'atelier, du transport), ne bénéficient d'aucun plan de maintenance et sont sous des responsabilités confondues et confuses entre plusieurs services, le matériel d'exploration est souvent en panne, matériaux utilisés non conformes, insuffisance d'entretien et de maintenance de l'environnement de stérilisation et des équipements, plusieurs

---

<sup>1</sup>SIFAOUI Fatma op.cit. P109.

### **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

ruptures de stocks en produits sont enregistrées à différents niveaux, ces ruptures sont dues soit : à des lenteurs dans les procédures d'approvisionnement, à la surconsommation de certains produits d'hygiène et pharmaceutiques et de certains consommables et accessoires médicaux<sup>1</sup>.

- **Contraintes liées à l'information**

Les contraintes liées à l'information se résument comme suit : relations inter service non formalisées, pas de vocation diagnostique due à l'absence totale de communication entre médecins demandeurs et radiologues, absence de guide d'information pour cadrer les visites, absence d'hierarchisation des tâches : conflits des rôles des différentes catégories médicales et paramédicales, insuffisance en transmission d'éléments d'information dans le cadre d'une prise en charge multidisciplinaire et manque d'harmonie du travail en équipe, manque d'interaction et de coordination entre les partenaires médicaux, paramédicaux et administratifs, absence de coordination interdisciplinaire : négligence, inconscience, absence de continuité de la prestation médicale et paramédicale,<sup>2</sup>

Le projet d'établissement est un projet de changement qui doit permettre la modernisation de la gestion de l'hôpital, le développement de nouvelles activités et la réorientation de l'hôpital sur sa mission, mais cela nécessite des moyens humains et financiers importants, des programmes de formation importants. Car fautes de moyens et absence de formation limitent ses apports au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.

- Le projet est problématique pour les acteurs qui le portent du fait qu'il s'agit d'apporter à la fois une réponse à la demande institutionnelle et de faire une construction visionnaire de la réalité de l'établissement.

- La construction du projet d'établissement se trouve dans un contexte sous tension, dans lequel il s'agit d'intégrer les règles existantes et de comprendre les dynamiques en cours afin d'anticiper les règles à venir.

- La réponse organisationnelle faite au patient formulé par le projet se trouve alors prise dans un champ de contraintes, d'une part, la tutelle et les instances ministérielles et leurs pouvoirs, et d'autre part, l'établissement qui doit exprimer un niveau minimal d'organisation nécessaire pour la prise en charge des patients<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>SIFAOUI Fatma. Op.cit. P110

<sup>2</sup>Ibid.

<sup>3</sup>BOUADI Sonia. Op.cit.

## **Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU**

---

### **CONCLUSION**

Tous les dysfonctionnements que connaissent les hôpitaux, notamment le CHU de Tizi-Ouzou sont presque les mêmes, cela est dus en partie, à une réglementation contraignante, à un fonctionnement rigide, à une centralisation excessive, mais aussi à une mauvaise organisation. Toutes ces contraintes expliquent en partie les difficultés de la gestion des établissements et qui constituent les raisons particulières de l'adoption et de la mise en place du projet d'établissement hospitalier comme un nouvel instrument de pilotage, d'un autre côté c'est ces mêmes contraintes qui ont poussé à l'adoption d'un PEH au niveau des établissements de santé, entravent aussi leurs mises en œuvre comme c'est le cas dans le CHU NEDIR Mohamed. Le projet d'établissement hospitalier permettra au CHU de Tizi-Ouzou, d'asseoir une démarche de communication et de concertation, et sera un moyen d'organisation de l'offre de soins, et permettra de passer une gestion par objectifs. Il constitue aussi un outil de coopération.

La mise en place du PEH permettra aussi ; la prise en compte de l'environnement, le diagnostic interne et l'évaluation des activités des services à travers les indicateurs d'activités.

Cependant ses apports sont limités du fait du manque d'autonomie des gestionnaires où beaucoup de mécanismes contraignent leurs activités. Ainsi que sur le fonctionnement de cet établissement et la latitude de ces dirigeants, du fait de la centralisation excessive des décisions. Ce qui décourage la prise d'initiative par le manque d'incitation de la tutelle et des instances ministérielles centrales.

Le budget affecté est insuffisant et ne répond pas aux besoins, du fait d'une répartition budgétaire a vocation quantitative (prix de journée) mais non pas qualitative. En effet la répartition budgétaire s'effectuant sur la base du nombre de lits hospitaliers (plus les structures sont grande plus le budget est important), ce qui ne reflète pas vraiment la réalité en sachant que les établissements hospitaliers sont souvent surchargés dans certain services (donc le budget est insuffisant) alors que dans d'autres services la moyenne des séjours d'hospitalisation tourne autour des 50% de la capacité d'accueil de ses derniers.

Alors que dans une répartition a vocation qualitative cela se traduira par une répartition budgétaire baser sur le nombre et la nature des actes effectuer dans une période données (rémunération par actes) ce qui donnera de ressources à l'établissement de santé, tout en évitant le gaspillage (rationalisation des ressources)

## CONCLUSION GENERALE

---

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

Ces transformations sont engagées sur la base des contraintes et dysfonctionnements sur le plan organisationnel et fonctionnel que subissent les hôpitaux.

Parmi les réformes engagées, dans ce sens, on a sélectionné celle qui vise à l'amélioration de la gestion du système de santé à travers la mise en place de la contractualisation et du projet de l'établissement hospitalier au sein des établissements publics de santé, qui nous a permis de construire notre travail de recherche.

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle dans les établissements de santé.

L'instauration de nouveaux rapports contractuels, inscrit dans le cadre de projets communs à tous. Centré autour d'une stratégie sanitaire globale, préalablement planifié par les hautes instances ministérielles a induit de nouveau rapport entre les acteurs et les entités du secteur de la santé.

Notre travail de recherche consiste à étudier et à analyser l'adoption du processus de contractualisation au niveau des hôpitaux publics en Algérie, notamment son élaboration et sa mise en place, ainsi que ses apports en matière d'amélioration de la gestion des hôpitaux et la révision des rapports existant entre les acteurs de la santé.

A la lumière de tout ce que nous avons vu concernant les nombreuses contraintes et défaillances qui caractérisent les établissements de santé, nous pouvons avancer que le projet d'établissement hospitalier représente belle est bien un préalable indispensable à la mise en œuvre et à la réussite du processus de contractualisation.

Pour cela nous avons, à travers des revues de la littérature, présenté un bref historique concernant le système de la santé en Algérie, puis analysé le modèle organisationnel utilisé pour appréhender les organisations hospitalières.

Nos recherches ont mis aussi l'accent sur le rôle du projet d'établissement hospitalier, dans la mise en œuvre de la contractualisation. Notamment sur la construction d'une vision stratégique instrumentalisée, qui apporte une nouvelle approche transversale, un nouveau mode de pilotage, de nouvelles méthodes d'organisation et de gestion, et de nouveaux modes de collaboration.

## CONCLUSION GENERALE

---

D'après l'analyse des établissements publics hospitaliers en Algérie, et plus particulièrement le **CHU NEDIR Mohamed de Tizi Ouzou**, nous retenons ces quelques conclusions :

La double dimension de la contractualisation, juridique et socio-économique, est essentielle. Elle réside à la fois dans son usage comme instrument de régulation administrative et financière des établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux, mais plus encore comme levier du management et de la modernisation.

La régulation attendue atteint néanmoins des limites importantes, en particulier la place encore réduite de l'usager dans cette démarche, qui doit faire l'objet d'une plus grande attention afin qu'ils puissent se retrouver au centre d'un système dans ils doivent être les bénéficiaires principaux.

Le développement de la contractualisation dépend naturellement de l'évolution plus générale du système de santé, entre l'étatisation de l'assurance maladie et le développement de logiques assurantielle. En fonction des choix qui seront opérés, la contractualisation prendra des formes diverses. Le recours accru à ce mode de régulation semble toutefois inexorable, même si un large champ de la régulation des établissements n'apparaît pas contractualisable.

Sur un plan plus pratique, si la contractualisation a connu quelques progrès et une accélération ces dernières années dans sa définition et sa mise en œuvre, de nombreuses questions restent sans réponse précise, par exemple :

Comment et sur quelles bases les acheteurs vont payer étant donné que la tarification n'a pas été définie et que des arbitrages sont encore en cours ?

Comment et par qui sera déterminée la qualité des soins et des prestations offertes par les prestataires publics et privés ?

Qui sont les organes de régulation et d'évaluation au niveau intermédiaire (entre les établissements et le niveau central) ?

Quel est le rôle des assurés sociaux en particulier et des usagers des services de soins en général dans ce processus de contractualisation ?

Autant de questions auxquels les responsables du secteur de la santé doivent répondre avant d'entreprendre toutes démarche contractuelle.

Quant à l'organisation administrative des établissements publics hospitaliers, elle est régie par des textes réglementaires et des arrêtés interministériels.

De ce fait, tous les établissements publics de santé possèdent la même organisation administrative. Par contre, pour ce qui est de l'organisation médicale de ces établissements,

## CONCLUSION GENERALE

---

elle peut différer d'un établissement à un autre, surtout au niveau des spécialités médicales et de certains services. Ce qui procure une certaine indépendance aux acteurs de la santé.

La contractualisation vise à décentraliser les responsabilités en interne et œuvre pour une meilleure délégation des tâches aux services et aux équipes médicales. Cet élan de décentralisation doit être repris et accentué par le projet d'établissement hospitalier qui sans délégation perd totalement sa vocation, car le projet est un but ou un objectif commun adopté et accepté de tous, c'est donc une tâche sur laquelle toutes les parties (équipes médicales ...) se sont consenti et œuvre ensemble à son application, la différence est de faire participer tout le monde à l'élaboration et l'exécution de ce projet. Cela apporte une plus grande motivation aux personnes chargés de l'exécution de ces tâches.

Toutefois cette décentralisation et délégation de responsabilité n'est pas sans faille, car donner autant de liberté aux acteurs de la santé peut laisser paraître des négligences qui se traduiront par un manque d'efficacité. Cela dit en mettant en place des organismes d'accréditation chargé du suivi et du contrôle des contrats d'objectifs et de moyens préalablement établie entre les établissements de santé et les organismes de tutelles. On s'assurera de l'exécution et de l'accomplissement de ces tâches. La logique étant de récompenser et d'encourager les établissements les plus productifs en matière de soins et de sanctionner les plus paresseux.

Le pouvoir de décision exercé par les dirigeants hospitaliers est lié à des niveaux nationaux, régionaux et locaux avec un degré de contrôle faible sur les ressources qui sont à leur disposition. Cette prise de décision au sein des hôpitaux fait donc appel à des niveaux différents et à des institutions variées.

Au niveau national, l'affectation et la mobilisation des ressources humaines, l'octroi des subventions financières de l'Etat, la dotation en médicaments, et biens d'autres ressources, sont entre les mains des instances ministérielles centrales.

Au niveau régional et local, le pouvoir qui concerne l'hôpital est partagé, en plus du pouvoir dont le directeur est investi, le délégué du ministre de la santé détient un pouvoir décisionnel important sur l'hôpital. Les syndicats professionnels continuent à exercer leur pouvoir informel à travers les multiples grèves et la non-adhésion aux décisions du directeur.

La politique de santé nationale semble être réduite à un encadrement sanitaire. Le renforcement de l'offre qui pourtant a été financièrement très coûteuse a engendré les résultats suivants :

Une répartition géographique extrêmement inégale de l'encadrement sanitaire, (matériel et humain) ce qui entraîne le renforcement des différenciations et des disparités

## CONCLUSION GENERALE

---

sociales dans l'accès aux soins (les régions de l'intérieur est du sud étant les plus lésé). Par conséquent, l'équité n'a pas été atteinte dans la distribution des soins.

Des résultats sanitaires relativement faibles à égard de la croissance des coûts, et en comparaison avec les pays du benchmark.

Une dépendance de plus en plus forte du marché extérieur biomédicale. Par rapport aux besoins, l'importation de médicaments est quasi-totale et ce depuis l'indépendance.

Les facteurs de consommation médicale concourent tous à l'augmentation des dépenses de santé. Les facteurs d'offre jouent un rôle important mais la demande sera de plus en plus importante. Néanmoins, l'intégration du ticket modérateur est un moyen permettant de réduire cette consommation et la mise en place du carnet de santé au niveau des CHU, permet d'éviter la multiplication des actes d'une part et contrôler les prescriptions d'autre part.

Dans l'objectif d'apporter des éléments de réponse à ces questions nous nous sommes appuyés en premier lieu sur une revue de la littérature où nous avons présenté l'hôpital comme une organisation à part, présenté le processus de prise de décision et les facteurs de contingences, le projet de l'établissement hospitalier puis le rôle de ce dernier dans le processus de prise de décision.

En deuxième lieu, nous avons confronté notre étude à la réalité du terrain dans le but de l'approfondir. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur une étude qualitative par le biais des entretiens non directifs et questionnaires réalisés avec le directeur général, et le chef du service informatique au sein du CHU de T-O. Cette étude nous a permis, de déterminer les types de décision, de mieux comprendre et d'expliquer les raisons de la complexité du processus de prise de décision et la contribution du PEH dans l'amélioration de ce dernier au sein du CHU de T-O.

Nous retenons ces quelques conclusions :

Le CHU de T-O est une organisation bureaucratique du fait qu'il est : Un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, et présidé par un directeur qui est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, administré par le conseil d'administration, secondé par un président du conseil scientifique composé de représentants du personnel médical et assisté par un comité consultatif.

Il est caractérisé par une diversité d'activités exercées au sein des services cloisonnés à savoir les services d'hospitalisation, service des urgences, services médico-techniques, administratifs et les services de soutiens.

Il se caractérise aussi par la coexistence de différentes catégories de personnel médical, personnel soignant et personnel administratifs ayant des objectifs contradictoires.

## CONCLUSION GENERALE

---

L'organisation et le fonctionnement du CHU de T-O se fait à la base d'un organigramme établi par la tutelle. Il est régi par une multiplicité de textes réglementaires stricts qui entrave son fonctionnement.

Les prises de décisions globales au niveau du CHU de Tizi-Ouzou sont partagées entre le corps médical et administratif, ce qui crée l'existence de deux hiérarchies administrative et médicale.

Les décisions médicales sont prises par les médecins, les infirmières, elles se font individuellement, au sein des services où la liberté thérapeutique trouve ses meilleures expressions.

Les décisions administratives qui sont des décisions routinières prises par les dirigeants individuellement au sein des services, sont caractérisées par une forte centralisation suite à l'intervention de la tutelle ce qui implique des retards et des lenteurs qui se répercutent sur leur fonctionnement, et qui décourage la prise d'initiative.

Quant aux décisions stratégiques, elles sont des décisions collectives (collégiales) prises par une équipe par le biais d'une négociation entre ses membres. Ce type de décision nécessite une utilisation des ressources humaines et financières importantes.

La décision au sein du CHU de T-O, est prise dans un environnement où l'information est incomplète du fait que ce dernier est enfermé dans une chaîne de contraintes et de dysfonctionnements notamment celles qui sont liés aux moyens humains et matérielles, à l'organisation et à l'information. Toutes ces dernières rendent le processus de prise de décision complexe et difficile à maîtriser.

Suite à ces contraintes et dysfonctionnements, le CHU de Tizi-Ouzou, doit faire une révision et une mise à jour des modalités organisationnelles et fonctionnelles et d'adopter un nouveau mode de gestion, basé sur une démarche participative axée sur la contribution de l'ensemble des professionnels de la santé. Son but sera l'élaboration d'un projet dont les objectifs s'articulent autour de différentes missions de l'établissement, et ceux en rapport avec le projet de la réforme hospitalier engagé par le gouvernement. Dont l'objectif est d'améliorer et de moderniser la gestion et le management des hôpitaux.

La mise en place de nouveaux outils et instruments de pilotage, et l'adoption d'un management hospitalier, doit se faire d'une manière progressive, car cela fait face à de nombreux obstacles qui retardent sa mise en œuvre. En effet nous avons constaté de nous-même les nombreuses craintes que ce changement organisationnel peut induire chez les acteurs concernés. Notamment, la peur d'être tout le temps surveiller et évaluer, la volonté de

## CONCLUSION GENERALE

---

certain membres ne pas vouloir partager et véhiculer l'information, ou tout simplement la non maîtrise d'un grand nombre de personnes des notions du management.

L'information au sein des hôpitaux subit les conséquences du passage d'un mode traditionnel de collecte, d'exploitation et d'analyse de l'information vers un mode qui introduit les nouvelles technologies (système d'information informatisé). Concernant la formation, le système d'éducation et de formation ne tient pas compte des besoins exprimés par le secteur de la santé, la formation continue du personnel de l'établissement n'est pas totalement satisfaite par les écoles de formation paramédicale, et la formation des gestionnaires ne répond pas au profil de la gestion hospitalière.

Ces mêmes facteurs, ont rendu plus complexe notre travail de recherche à l'hôpital, la difficulté essentielle était de trouver des personnes capables de répondre à nos questions. Cela reflète l'opacité qui caractérise notre système de santé.

Enfin, il est nécessaire de souligner que l'étude que nous avons effectuée n'est qu'un traitement préliminaire du sujet. D'autres études encore plus approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, car il met en avant des ressources qui peuvent être utilisées pour des études plus ciblées. Toutefois, notre souhait est que cette étude donnera naissance à une vague de recherches ultérieures qui se porteront sur :

- Les modalités de financement du système de santé en Algérie.
- Le rôle des organismes de tutelles régional et national dans la décentralisation des décisions et des délégations de responsabilités dans le système de santé.
- L'amélioration des systèmes d'information pour répondre aux nouveaux besoins du système de santé.
- Définir les organismes d'accréditations des établissements de santé publics.

# BIBLIOGRAPHIE

---

## 1- SOURCES ET REFERENCES

### A- OUVRAGES

- 1- ZEHNATI Ahcène, Reflets de l'économie sociale, *Les Évolutions récentes du système de santé Algérien*, Alger, CREAD, Centre de recherche en économie appliqué pour le développement, 2017,
- 2- MINTZBERG H., « Structure et dynamiques des organisations », Éditions d'organisation, Paris, 1982.
- 3- BENOIT Christine, *Manager un établissement de santé*, 2<sup>e</sup> éd, Le Mans, Edition GERESO, 2015,
- 4- MBIDA, Réal Romuald. *Cours Gestion des organisations*. Master en Administration des Entreprises. Université Senghor Alexandrie (Égypte), 2009/2010,
- 5- Le gestionnaire, la contractualisation, journées nationales de gestion des établissements de santé ; ISSN n°1111 2875 juill.1998.
- 6- CHEROUTE-BONNEAU, « La production de soins, un enjeu managérial », Gestion hospitalière, Février, 1998,
- 7- DAHAK, Abdennour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences Économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou : Edition El-Amel, 2015.
- 8- O'BRIEN, James. *Les systèmes d'information de gestion. La perspective du Gestionnaire utilisateur*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. 1995.
- 9- PLANE, Jean-Michel. *Théorie et management des organisations*. 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2012.
- 10- CROS F., « Comment faire un projet d'établissement (écoles, collèges et lycées) », Edition chronique sociale, Lyon, 1991.
- 11- MOISDON J. C., Tonneau D., « La démarche gestionnaire à l'hôpital. Recherches sur la gestion interne », Éditions Seli Arslan, Paris, 1999.

### B- REVUES ET PERIODIQUES

- 12- BOULAHRIK Mohand, *Financement du système de santé Algérien*, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33,
- 13- ROUSSEL Alexandra, *la contractualisation comme outil de modernisation de la gestion de l'hôpital*, mémoire de l'école national de la santé public, Rennes, 2002,.

## BIBLIOGRAPHIE

---

Format PDF. Disponible sur

<https://documentation.ehesp.fr/memoires/2002/edh/roussel.pdf>.

- 14- CHACHOUA. L. colloque international sur les politiques de santé. *Le système national de santé 1962 à nos jours*, Alger, MSPRH, 2014.
- 15- Dr EBRAHIM Malick Samba, Directeur régional de L'OMS pour l'Afrique, *stratégie de corporation de l'OMS avec les pays ; l'Algérie, système de santé algérien*,
- 16- RENAUD, Thomas. *Cours Sociologie des Organisations*. Master 2 professionnel de Sciences de l'Éducation. CNED - Université Lyon 2 -- Université de Rouen, p.
- 17- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ GENÈVE 2004(OMS), LE ROLE DE LA CONTRACTUALISATION DANS L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SANTE. Consulté le 21/09/2017.
- 18- MOITTIE, Olivier. *Participation et action hospitalière : l'exemple des établissements hospitaliers publics de Seine-Maritime*. Publication de la faculté de droit et de sciences politiques et économiques d'Amiens, n°6- la participation dans l'administration française 1975. Disponible sur : <http://www.u-picardie.fr/./moittie.pdf> (consulté le 11/09/2017).

### C- DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES ET MANUEL

- 19- Dictionnaire Larousse, <http://www.larousse.fr/./9080>

### E- TRAVAUX UNIVERSITAIRES

#### 1-Thèse de doctorat

- 20- Mr SALMI. Madjid. Thèse de doctorat en sciences économique. *Système de santé en Algérie a l'heure de la transition plurielle élément pour une évaluation de la qualité des soins*. 2009.

#### 2-Mémoire de Magister

- 21- Mémoire de BOUAIDI SONIA. *Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier. Cas EPH Ain El Hammam*, Management des entreprises, UMMTO.
- 22- BENCHIKHA, Fatima Zohra. *Le Management Hospitalier : Étude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew [en ligne]*. Mémoire de Magister en management, ORAN: Université D'ORAN, FSEGC, 2012, p. 170. Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.univ-oran1.dz/./TH3729.pdf> (consulté le 23/09/2017).

## BIBLIOGRAPHIE

---

23- BOUAMRANE, Souad Fatima Zohra. *Système d'Information Hospitalier : Admission et Planification des blocs opératoires [en ligne]*. Mémoire de Magister, Informatique, ORAN : Université d'Oran, faculté des sciences, 2010, Format PDF. Disponible sur : <http://www.theses.univ-oran1.dz/./TH3172.pdf> (consulté le 11/09/2017).

### 2-Mémoire de Master

- 24- Mémoire de SIFAOUI fatma., DIFFALLAH Kamelia. *Le Système d'Information Hospitalier (SIH) comme outil d'aide à la prise de décision*. Sciences économiques. 2016, Établissement Mouloud Mammeri, T-O.
- 25- CIPICIANI, Isabelle. *Le management des cadres supérieurs et le service infirmier : L'engagement du directeur des soins*. Mémoire de l'École nationale de la Santé Publique de Directeur des Soins, RENNES, 2005,

### F- RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

- 26- MSPRH, *Projection du développement du secteur de la santé*.
- 27- MILOUD Kadaar, *expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, journal d'économie médicale*, 2010, Vol, 28, N° 5. Disponible sur <https://insaniyat.revues.org/8695>. Consulté le 02/11/2017.
- 28- CHOUGRANI Saada, *Expérience de la contractualisation dans le système de santé en Algérie, journal d'économie médicale*, 2010, Vol, 28, N° 5. Disponible sur <https://insaniyat.revues.org/8695>. Consulté le 02/11/2017.
- 29- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière : *Manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du programme d'appui au secteur de la santé, UE.DZ[en ligne]*. juin, 2011. Format PDF. Disponible sur : <http://www.pass-ue.dz> (consulté le 19/08/2014)
- 30- CHALANE S. et CHEURFA T., « Qui doit gouverner l'hôpital public ? La démocratie sanitaire au chevet de l'hôpital : une réflexion sur les possibilités et les obstacles d'une participation des usagers a la gouvernance hospitalière », communication réalisée à l'université MOULOUD MAMMERI T-O, faculté des Sciences Économiques, Commerciales et de Gestion.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 31- 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](http://www.santé.dz).
- 32- Ministère de la santé, note ministérielle du 16 Avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement, du tableau de bord et des indicateurs de gestion.

### G- TEXTES REGLEMENTAIRES

- 33- La loi sanitaire, n° 85-05, du 16 février 1985, *relative à la protection et à la promotion de la santé*, article 04
- 34- Décret exécutif n° 96-92 du 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires. Journal officiel, 06/03/1996, n° 16, [http://www.mtp.gov.dz/GUIDE%2520JURIDIQUE/...](http://www.mtp.gov.dz/GUIDE%2520JURIDIQUE/) (consulté le 30/08/17).
- 35- Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires[en ligne]. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, <http://www.chutlemcen.dz/ressources/fichi...> (consulté le 25/08/17).
- 36- Journal officiel de la REPUBLIQUE ALGERIENNE N°33, du 03 Jouma da EL Oula 1428 correspondants au 20 Mai 2007, décret exécutif n°07-140 du 02 Jouma da EL OULA 1428 correspondant au 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

### H- SITES INTERNET

- 37- Innovation academy. Decision processes. Disponible sur: <http://www.aouq8.com/vb/attachments/4413/>. (consulté le 27/05/2016).
- 38- <http://www.cadredesanté.com/spip/profession/management/Travail-en-equipeet-gestion-des-conflits.html> (consulté le 08/09/2016).
- 39- [www.sante.dz/reforme-hospitaliere/r...](http://www.sante.dz/reforme-hospitaliere/r...) (consulté le 05/03/2016).
- 40- OMS, les systèmes de santé, disponible sur le site <http://www.who.int>. Consulté le 21/09/2017.
- 41- ABID.L. *Organisation actuelle du système et perspectives*. DGSSRH-MSPRH. Consulté le : 21/09/2017
- 42- Statistique MSPRH 2012/2013, disponible sur le site [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz), consulté le 29/09/2017

## BIBLIOGRAPHIE

---

- 43- Rapport NABNI 2020, Cinquante chantiers de rupture pour bâtir l'Algérie de 2020, Alger, NABNI, 2013, disponible sur le site, [www.nabni.org](http://www.nabni.org), consulté le 01/10 /2017
- 44- Unité d'Appui au Programme Polyclinique Garidi II, disponible sur le site <http://www.pass-ue.dz>. Consulté le 15/09/2017.
- 45- MSPRH, *organisation sanitaire*, disponible sur le site [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz), consulté le 29/09/2017.
- 46- MINTZBERG.H, *Structure et dynamique des organisations*, Les Éditions d'organisation, Paris, 1994, [En ligne], publier le 21 mars 2003, disponible sur le site <http://phortail.org/webntic/Organisation-Henri-Mintzberg.html>. Consulté le 20/09/2017.
- 47- CHAOUI Farid, les systèmes de santé au Maghreb, les notes IPEMED études et analyse, Avril 2012, N° 13, p. 12-17. Disponible sur : [www.ipemed.coop](http://www.ipemed.coop). Consulté le 14/10/2017.
- 48- ACHER Malik, *La réforme inéluctable du système de santé algérien*, Alger Paris, février 2015, disponible sur le site ; [http://www.algerparis.fr/societe/la-reforme-ineluctable-du-systeme-de-sante-algerien\\_a-159-3300.html](http://www.algerparis.fr/societe/la-reforme-ineluctable-du-systeme-de-sante-algerien_a-159-3300.html). Consulté le 15/10/2017
- 49- OMS, *la contractualisation dans les systèmes de santé*, publier le 27/09/2017, disponible sur <http://www.who.int/contracting/plus/fr/>. Consulté le 02/11/2017.
- 50- OMS, *la contractualisation dans les systèmes de santé*, 27/09/2017, disponible sur <http://www.who.int/contracting/plus/fr/>. Consulté le 17/10/2017.
- 51- CHU, NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou, Historique du CHU de Tizi-Ouzou, [en ligne], disponible sur <http://www.chuto.dz/organisation/historique-chu.php>. Consulté le 04/11/2017.
- 52- MSPRH, indicateurs de santé, disponible sur <http://www.sante.gov.dz/index.php/indicateurs>. Consulté le 10/11/2017.

**Annexe n°1 : Questionnaire : « Enquête sur le fonctionnement et la gestion de l'hôpital »**

Dans le cadre de la réalisation d'un travail de recherche scientifique au sein de la faculté des Sciences Économiques, Commerciales et de Gestion de l'Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou, portant sur le fonctionnement et la gestion de l'hôpital, nous vous prions de bien vouloir répondre soigneusement à ce questionnaire.

Question	Oui	Non	Satisfaisant	Non satisfaisant
1- Mode de fonctionnement est-il bureaucratique ?				
2- Système de contrôle et de suivi dans le travail				
3- Existe-il un système de planification ?				
4- Le fonctionnement de l'hôpital est-il dominé par une logique gestionnaire ?				
5- Les locaux de l'hôpital sont-ils favorables au travail ?				
6- Comment qualifiez-vous les conditions de travail à l'hôpital ?				
7- Les horaires de travail sont-ils contraignants ?				
8- Y'a-t-il une précision dans la définition des tâches dans les services ?				
9- L'ambiance du travail				
10- Les relations entre services				
11- La communication verticale avec la direction est-elle optimale ?				
12- Y'a-t-il un manque de transmission des informations?				
13- Existe-il un dispositif de pilotage des activités?				
14- Jugez-vous que les procédures administratives soient lentes et complexes?				
15- y'a-t-il un manque de responsabilisation du personnel ?				
16- La coopération entre les services administratifs et médicaux				
17- Comment qualifiez-vous la gestion de cet établissement?				
18- Le système d'information hospitalier est-il efficace?				
19- Pensez-vous que le projet d'établissement hospitalier peut améliorer la gestion de l'hôpital?				

## **1-Le fonctionnement de l'établissement public hospitalier**

### **1-1- Mode de fonctionnement de l'hôpital**

1. Jugé vous le mode de fonctionnement est bureaucratique ? Oui  Non
2. Comment qualifiez-vous le système de contrôle et de suivi dans le travail ? Satisfaisant   
Non satisfaisant
3. Existe-il un système de planification et de gestion des objectifs ? Oui  Non
4. Le fonctionnement est-il dominé par une logique gestionnaire ? Oui  Non

### **1-2- Méthodes et organisation**

1. Les locaux de l'hôpital sont-ils favorables au travail ? Oui  Non
2. Comment qualifiez-vous les conditions de travail ? Satisfaisantes  Non satisfaisantes
3. Les horaires de travail sont-ils contraignants ? Oui  Non
4. Y'a-t-il une précision dans la définition des tâches dans les services ? Oui  Non

### **1-3 - Communication et coordination**

1. Comment qualifiez-vous l'ambiance de travail ? Satisfaisante  Non satisfaisante
2. Comment qualifiez-vous les relations entre services ? Satisfaisantes  Non satisfaisantes
3. La communication verticale (avec la direction) est-elle optimale ? Oui  Non
4. Y'a-t-il un manque de transmission des informations ? Oui  Non

## **2 - La gestion de l'hôpital**

### **2- 1- Le pilotage de l'hôpital**

1. Existe-il un dispositif de pilotage des activités ? Oui  Non
2. jugez-vous les procédures administratives soient lentes et complexes? Oui  Non
3. Jugez-vous qu'il y'a un manque de responsabilisation du personnel ? Oui  Non
4. Comment qualifiez-vous la coopération entre les services administratifs et les services médicaux ? Satisfaisante  Non satisfaisante

### **2-2- La gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital**

1. Comment qualifiez-vous la gestion de cet établissement ? Satisfaisante  non satisfaisante
2. Le système d'information à l'hôpital est-il efficace? Oui  Non
3. Pensez vous que le projet d'établissement peut améliorer le fonctionnement et la gestion de l'établissement hospitalier? Oui  Non

## **Liste des tableaux**

**Tableau n°1** : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (1970-1999)

**Tableau n°2** : Évolution du financement de la santé selon les agents de financement (2011-2012)

**Tableau n° 3** : Les principales réformes sanitaires en Algérie

**Tableau n°04** : Les résultats des questionnaires concernant le mode de fonctionnement de l'hôpital

**Tableau n°5** : Les résultats des questionnaires concernant l'organisation et les méthodes

**Tableau n°6** : Les résultats des questionnaires concernant la communication et la coordination

**Tableau n°7**: Les résultats des questionnaires concernant le pilotage de l'hôpital

**Tableau n°8** : Les résultats des questionnaires concernant la gestion et les outils utilisés au sein de l'hôpital

**Tableau n°9** : Récapitulatif du nombre de lits unité NEDIR Mohamed

**Tableau n°10** : Récapitulatif du nombre de lits unité BELLOUA

**Tableau n° 11** : Récapitulatif du nombre de lits par unité

**Tableau n° 12** : Récapitulatif du nombre des Ressource humaine ou CHU

## **Listes des figures**

**Figure n°1** : La bureaucratie professionnelle

**Figure n°2** : La relation entre les différents volets du projet d'établissement

**Figure n° 3** : Organigramme du CHU NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.

**Figure n°4** : Organisation du bureau des entrées

## **Liste des schémas**

**Schéma n°1** : la contractualisation en Algérie

**Schéma n° 2** : Valeur perçue par le patient

# TABLES DES MATIERES

---

<b>Introduction générale.....</b>	<b>B</b>
<b>Chapitre 1 : Concepts théoriques du secteur sanitaire en Algérie et la situation actuelle des composantes de ce système .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>1-1- Présentation du système de santé algérien.....</b>	<b>3</b>
1-1-1- Le système de santé algérien : définition et spécificité.....	3
1-1-2- Les modes de financement du système de santé.....	4
1-1-2-1- Période de financement mixte (1962-1974) .....	4
1-1-2-2- Période de gratuité des soins (1974-1988) .....	6
1-1-2-3- Période de contributions des ménages et des reformes (1988-1999) .....	6
1-1-2-4- période de croissance (1999-2014) .....	8
1-1-3- Situation sanitaire actuelle et de condition de santé de la population .....	10
1-1-4- Analyse de l'offre de soins en Algérie.....	12
1-1-4-1- Organisation des structures hospitalières dans le système de santé algérien.....	14
1-1-4-1-1- Les établissements hospitalo-universitaires.....	14
1-1-4-1-2- Les établissements hospitaliers spécialisés.....	14
1-1-4-1-3- Les établissements publics hospitaliers.....	14
1-1-4-1-4- Les maternités.....	14
1-1-4-2- Les activités de soins .....	15
1-1-4-2-1- Les activités de prévention.....	15
1-1-4-2-1-1- Programme élargi de vaccination PEV.....	15
1-1-4-2-1-2- Santé scolaire.....	15
1-1-4-2-1-2- Lutte antituberculeuse.....	16
1-1-4-2-2- Activités curatives.....	16
1-1-4-2-2-1- Activités hospitalières.....	16
<b>1-2- L'organisation hospitalière en Algérie.....</b>	<b>17</b>
1-2-1- Le concept d'organisation.....	17
1-2-1-1- Sens du mot organisation.....	17
1-2-2- Les composantes d'une organisation.....	18
1-2-3- Caractéristiques et particularités de l'organisation hospitalière .....	18

# TABLES DES MATIERES

---

1-2-3-1- Les caractéristiques de l'organisation hospitalière.....	18
1-2-3-2- Particularités de l'organisation hospitalière.....	21
1-2-4- L'hôpital : Modèle de l'organisation bureaucratie professionnelle .....	22
1-2-4-1-Description de la bureaucratie professionnelle.....	22
1-2-4-2- Quelques problèmes de la bureaucratie professionnelle.....	25
1-2-4-3- L'organisation de la prise en charge des patients.....	26
1-2-4-4- Gestion de la qualité.....	26
1-2-5- Intégration du management dans la gestion hospitalière.....	27
<b>1-3- Adoption et d'application des reformes sanitaires.....</b>	<b>28</b>
1-3-1- La notion de réforme dans un système de santé.....	29
1-3-2- Réforme du système de santé : traits et objectifs.....	29
1-3-3- Bref historique des réformes de santé en Algérie.....	31
1-3-3-1- La première phase, de reconstructions d'un système de santé dévasté par la guerre.	31
1-3-3-2- La seconde phase : développement du secteur de la santé.....	32
1-3-3-3- La troisième phase : le secteur de santé en crise.....	32
1-3-3-4- la quatrième phase : réactivation d'une politique sanitaire.....	33
1-3-4- Les lacunes des réformes sanitaires algériennes.....	35
1-3-5- Réforme inéluctable du système de santé algérien.....	36
1-3-5-1- Des « contrats de performance » pour les hôpitaux.....	37
1-3-5-2- Une nouvelle carte sanitaire.....	38
<b>Conclusion.....</b>	<b>40</b>
<b>Chapitre 2 : La contractualisation : approche globale, conditions et moyens de mise en œuvre.....</b>	<b>41</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>42</b>
<b>2-1- Cadres théoriques sur la notion de contractualisation.....</b>	<b>43</b>
2-1-1- Concepts de base sur la contractualisation.....	43
2-1-1-1- La notion de contrat.....	43
2-1-1-2- Définition de la contractualisation.....	43
2-1-2- Notion de la contractualisation hospitalière.....	44
2-1-2-1- Les objectifs de la contractualisation.....	44

# TABLES DES MATIERES

---

2-1-2-2-Les finalités de la démarche contractuelle.....	44
2-1-3- Les entités concernées par la contractualisation .....	46
2-1-3-1-L'hôpital public.....	46
2-1-3-2- La Sécurité Sociale.....	47
2-1-3-3- L'Etat.....	47
2-1-3-4- Les collaborateurs.....	48
2-1-4- Les contractants à intérieur de l'hôpital.....	48
2-1-5- Les formes de contractualisation.....	49
2-1-5-1- la contractualisation externe.....	49
2-1-5-2-La Contractualisation interne.....	50
2-1-6- La contractualisation comme outil de politique de santé.....	51
<b>2-2- Mise en place de la contractualisation.....</b>	<b>52</b>
2-2-1- les cinq grandes phases du processus de mise en œuvre de la contractualisation en Algérie.....	54
2-2-1-1- Une première phase d'appropriation et de prise de conscience.....	54
2-2-1-2- La deuxième phase : D'expérimentation.....	54
2-2-1-3- La troisième phase : Mise en œuvre des recommandations.....	55
2-2-1-4- La quatrième phase D'évaluation des expérimentations.....	55
2-2-1-5- La cinquième phase d'achèvement de la nomenclature des actes.....	57
2-2-2- Les sources de financement des hôpitaux.....	58
2-2-2-1- L'État.....	58
2-2-2-2- La sécurité sociale.....	58
2-2-2-3- Les ménages.....	59
2-2-3- Les mécanismes de rémunération.....	59
2-2-3-1- Le financement par cas (activités).....	59
2-2-3-2- Le financement par actes.....	60
2-2-3-3- Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital.....	61
2-2-4- les mécanismes de gestion.....	62
<b>2-3- Le projet d'établissement : condition préalable à la mise en place de la contractualisation.....</b>	<b>63</b>
2-3-1- La notion de projet.....	64

# TABLES DES MATIERES

---

2-3-1-1- Le sens du projet a l'hôpital.....	64
2-3-2- Définitions du projet d'établissement.....	65
2-3-3- Les différents volets du projet d'établissement.....	66
2-3-4- les finalités du projet d'établissement.....	68
2-3-5- La démarche de projet a l'hôpital.....	68
2-3-6- Prés requis à l'élaboration du projet d'établissement hospitalier.....	69
2-3-6-1- Le projet médical.....	69
2-3-6-2- Le projet de soins infirmiers.....	70
2-3-6-3- Projet qualité.....	70
2-3-6-4- Projet de gestion.....	70
2-3-6-5- Projet ressources humaines.....	71
2-3-7- Les enjeux managériaux et organisationnels dans un établissement de santé.....	71
<b>Conclusion.....</b>	<b>74</b>
<b>Chapitre 3 : La mise en place du projet d'établissement dans les hôpitaux publics algériens ; cas du CHU NEDIR Mohammed de TIZI OUZOU.....</b>	<b>76</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>77</b>
<b>3-1- Présentation du CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.....</b>	<b>78</b>
3-1-1- Historique Du CHU De Tizi-Ouzou.....	78
3-2-1- Présentation du CHU de Tizi-Ouzou.....	78
3-1-2-1- Unité NEDIR Mohamed.....	80
3-1-2-2- Unité BELLOUA.....	80
3-1-3- Le volet financier du CHU.....	80
3-1-3-1- Les recettes.....	80
3-1-3-2- Les dépenses.....	81
3-1-4- Organisation et fonctionnement du CHU de T-O.....	81
3-1-4-1- Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou.....	81
3-1-4-1-1- Direction du CHU de T-O.....	82
3-1-4-1-2- Le conseil d'administration.....	82

# TABLES DES MATIERES

---

3-1-4-1-3-Le conseil scientifique.....	83
3-1-4-1-4-Directions de l'organisation administrative.....	83
A-La Direction des ressources humaines.....	84
B- La Direction des finances et du contrôle.....	84
C- La Direction des moyens et matériels.....	85
D- La direction des activités médicales et paramédicales.....	85
3-1-4-2-Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou.....	85
3-1-4-2-1- Le personnel médical.....	86
3-1-4-2-2-Le personnel paramédical.....	89
3-1-4-2-3-Le personnel administratif.....	89
3-1-5- Sous-direction des activités de santé.....	90
3-1-5-1- Le bureau des entrées.....	90
3-1-5-2-Bureau de calcul des coûts (contractualisation).....	92
3-1-5-3-Bureau organisation du suivi, et de l'évaluation des activités de santé.....	92
<b>3-2- Analyse des contraintes et des dysfonctionnements préalables à la mise en place du projet d'établissement hospitalier.....</b>	<b>92</b>
3-2-1- Présentation de la méthodologie de recherche utilisée.....	92
3-2-1-1 Contenu du questionnaire, des entretiens et leurs déroulements.....	93
3-2-1-2- Présentation du questionnaire.....	93
3-2-1-3- Objectifs du questionnaire et de l'entretien.....	94
3-2-2-L'analyse des données.....	94
3-2-2-1- Mode de fonctionnement de l'hôpital.....	94
3-2-2-3- Méthodes et organisation.....	96
3-2-2-4- Communication et coordination.....	97
3-2-2-5-. Le pilotage de l'hôpital.....	99
3-2-2-6- La gestion au sein de l'hôpital.....	100
3-2-2-1- la consistance physique du CHU NEDIR Mohamed de TIZI OUZOU.....	101
A-Pour l'unité NEDIR Mohamed.....	101
B- Pour l'unité BELLOUA.....	102

# TABLES DES MATIERES

---

<b>3-3- Mise en place du projet d'établissement NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou, effets bénéfiques et contraintes.....</b>	<b>104</b>
3-3-1- Objectifs de l'CHU NEDIR Mohammed de Tizi-Ouzou.....	104
3-3-2- Approche utilisée dans l'élaboration du projet d'établissement hospitalier.....	105
3-3-3- Élaboration et mise en œuvre de projet de l'établissement.....	105
3-3-3-1- Analyse et diagnostic global de CHU de Tizi-Ouzou.....	106
A-Analyse épidémiologique de la population couverte.....	106
B- Analyse de l'offre de soins.....	107
C - Analyse des faiblesses et les forces de l'établissement, ainsi que les opportunités et les menaces.....	107
3-3-4- Mise en œuvre et opérationnalisation du projet d'établissement.....	108
3-3-4-1- Effets bénéfiques et contraintes de CHU de Tizi-Ouzou.....	108
A-Points forts et effets bénéfiques de l'introduction du PEH au niveau de l'établissement.....	108
B- Les principales contraintes.....	110
<b>Conclusion.....</b>	<b>112</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>113</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>120</b>
<b>Annexe</b>	
<b>Liste des tableaux et figures</b>	
<b>Tables des matières</b>	