

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU FACULTÉ DES
SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION
DÉPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



*Mémoire de fin de cycle Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Master
académique en sciences économiques.*

Option : Economie de la Santé

Thème:

**Crise sanitaire du COVID 19 et le redéploiement
des activités dans les établissements de santé
Cas de CHU de Tizi-Ouzou**

Réalisé par:

- Mandlate Cristiano Domingos

Dirigé par :

Mme. SALMI Samya

Membre de jury

Présidente: Mme. MATMAR Dalila.

Professeur.

UMMTO

Rapporteur : Mme. SALMI Samya

MAA.

UMMTO

Examineur : Mme. SI MANSOUR Farida

MCB.

UMMTO

Promotion 2022

UNIVERSITE MOULOUD MAMMERI DE TIZI-OUZOU FACULTÉ DES
SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES ET DES SCIENCES DE GESTION
DÉPARTEMENT DES SCIENCES ECONOMIQUES



*Mémoire de fin de cycle Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme de Master
académique en sciences économiques.*

Option : Economie de la Santé

Thème:

**Crise sanitaire du COVID 19 et le redéploiement
des activités dans les établissements de santé**

Réalisé par:

- **Mandlate Cristiano Domingos**

Membre de jury

Présidente: Mme. MATMAR Dalila.	Professeur.	UMMTO
Rapporteur : Mme. SALMI Samya	MAA.	UMMTO
Examineur : Mme. SI MANSOUR Farida	MCB.	UMMTO

Promotion 2022

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant de m'avoir donné la santé et de la force de mener à bien ce travail jusqu'à la fin.

J'adresse mes profonds remerciements à Mme SALMI Samya de m'avoir encadré et guidé tout au long de ce travail.

Je remercie aussi les membres du jury d'avoir dispensé de leur temps pour évaluer ce modeste travail.

Enfin, je remercie ma mère, et ma famille qui ont contribué aussi à la réalisation de ce travail, à travers leur soutien et leur amour.

Dédicaces

Je dédie ce mémoire

*A ma mère, à ma famille, et à mes proches qui
m'ont toujours soutenu de loin.*

*À Travers cette dédicace j'exprime toute mon
admiration et toute ma gratitude.*

Liste des abréviations

COVID 19: coronavirus disease 2019

EPI: équipement de protection individuel

SNS: système national de santé

DNS: dépense nationale de santé

OCDE: organisation de coopération et développement économiques

OMS: organisation mondiale de santé

ONU: organisation des nations unies

MNT: maladies non transmissibles

NTIC: nouvelles technologies de l'information et de communication

TIC: technologies de l'information et de communication

FMI: fond monétaire international

EPS: établissement public de santé

Sommaire

Remerciements

Dédicace

Résumé

Liste des abréviations

Introduction générale

Chapitre I: Crise sanitaire du COVID 19

Section 01 : Le COVID 19 et le système de santé

Section 02 : Le système de santé Algérien face à la pandémie

Chapitre II: Établissements de santé face à la crise sanitaire

Section 01 : Les enjeux dans le milieu hospitalier durant la pandémie

Section 02 : Stratégie de réorganisation des hôpitaux face à la crise sanitaire covid 19

Chapitre III : Le redéploiement des activités : cas du CHU de TO

Section 01 : Présentation de CHU Nedir Mohammed de TO

Section 02 : Impact de la crise sanitaire du covid 19 dans la wilaya de TO

Conclusion générale

Bibliographie

Introduction générale

Introduction générale

Le nouveau coronavirus qui est apparu depuis la fin de l'année de 2019 en Chine et par la suite s'est propagé dans d'autres pays et son premier cas en février de 2020 dans le sol Algérien. Cette maladie a eu des effets néfastes sur tous les pays dans le cadre de leur développement.

Comme dans tout le reste du monde, cette maladie a affecté plusieurs domaines, plus précisément le secteur de santé, qui a ressenti le poids de cette pandémie virale. La crise sanitaire est là et son impact est majeur.

Les hôpitaux souffrent avec la super occupation des lits de réanimation pour essayer de prendre en charge les malades contaminés. Les hôpitaux qui sont désormais sous pression essaient de s'organiser le mieux pour pouvoir faire face à cette situation exceptionnelle.

Cette crise concrétise la définition qu'en donne Roux-Dufort (2003), lorsqu'il qualifie la crise de moment de rupture brutale pour l'entreprise, impliquant de nombreux acteurs internes, qui deviennent plongés dans une période d'incertitude manifeste de laquelle il devient difficile de sortir. Dès lors que les intérêts vitaux de l'organisation sont menacés, la crise est caractérisée”.

La crise à pousser les pays, plus précisément les pouvoirs publics, les collectivités, les établissements de santé à déployer d'urgence une nouvelle organisation autour des activités dans les hôpitaux pour pouvoir y répondre à la crise sanitaire d'une façon efficace et efficiente.

❖ Problématique

L'une des conséquences de la crise sanitaire réside dans le questionnement de la gestion hospitalière. Donc ça nous fait penser directement comment gérer les établissements de santé face à cette situation critique. Le management “classique” dans les hôpitaux n'est plus suffisant, il est nécessaire de l'innovation.

Donc notre question principale sera de comprendre:

- Comment se sont redéployées les activités dans les établissements de santé face à la crise sanitaire du COVID 19?

Questions secondaires

Cette question mérite d’être plus détaillée à travers d’autres questions secondaires comme suit:

- Comment la crise sanitaire a bouleversé le secteur de santé dans le monde et en Algérie?
- Est-ce que les acteurs du secteur de santé disposent des compétences professionnelles et des ressources pour pouvoir faire face à la crise ?
- Est-ce que le management hospitalier doit ou va être totalement changé pour être un système “anti-COVID 19”?

❖ Hypothèses

Nous avons dressé quelques possibles hypothèses pour le redéploiements des activités dans les établissements de santé face à la pandémie du coronavirus:

H1: La création des dispositifs par les instances publiques que vont permettre l’augmentation de l’offre de soins aux malades et du coup une meilleure réorganisation des activités dans les hôpitaux

H2: Une augmentation des capacités des professionnels de santé et coopération entre eux se fait nécessaire pour faciliter la réorganisation des activités dans ce secteur.

H3: Le partenariat avec le secteur public et privé peut permettre de préparer les hôpitaux pour savoir anticiper et réagir à des crises et vagues futures est un facteur important dans la gestion hospitalière.

❖ Structure du travail

Nous avons scindé notre travail en trois chapitres, dans une première partie nous allons exposer d’une manière générale et à posteriori plus concrètement de l’Algérie sur l’impact de la crise sanitaire du coronavirus dans le secteur de santé.

Deuxièmement, dans le deuxième chapitre nous allons parler de la lutte dans les établissements de santé pour pouvoir faire face à la crise sanitaire actuelle.

Et en dernier dans le troisième chapitre, nous allons analyser les bouleversements engendrés par la pandémie actuelle et comment le centre hospitalo-universitaire neder Mohammed de TO a dû faire face.

Chapitre I:

Crise sanitaire du COVID 19

Introduction du chapitre

La pandémie du coronavirus a engendré et continue à bouleverser le monde dans tous les secteurs d'activités. Comme nous le savons, le secteur le plus affecté est le secteur de santé, qui est désormais surchargé par les contaminés avec ce nouveau virus, sans compter aussi avec les services essentiels que les établissements de santé doivent continuer à servir quotidiennement.

Donc dans ce présent chapitre nous allons exposer sur les effets de la crise sanitaire dans le secteur de santé dans le monde, et plus précisément dans le sol algérien.

Dans la première section du chapitre nous allons parler tout d'abord des effets de la crise sanitaire actuelle dans le monde et plus concrètement dans le système de santé.

Dans la deuxième section du chapitre nous allons parler de l'impact de la crise sanitaire plus précisément dans le sol algérien et dans son système de santé.

Section 1: Le COVID 19 et le système de santé

À travers cette section nous allons parcourir d'une manière générale sur l'ampleur de la crise sanitaire dans le monde, et comprendre un peu plus sur l'impact laissé par cette nouvelle maladie dans le secteur de santé.

1.1. Contexte historique de la crise sanitaire du COVID 19

La grippe de l'année de 1918 a été pendant longtemps décrite comme étant la pandémie la plus importante de toutes les pandémies, jusqu'à l'apparition de la crise sanitaire du coronavirus. Le taux de mortalité de la grippe de 1918 a été estimé à plus de 2,5 %, alors que la létalité d'une grippe classique est inférieure à 0,1% , en provoquant un nombre total de décès de 100 millions de personnes dans le monde entier. Pour mieux comprendre l'impact de cette grippe, la première guerre mondiale à causer 20 millions de pertes humaines. Les EUA ont eu 675.000 décès pendant la grippe de 1918, en se basant sur la taille de la population de nos jours, cela serait près de 2,16 millions de décès.

“Pour replacer la pandémie de COVID 19 dans son contexte, bien que le nombre de décès déclarés s’élève aujourd’hui à 625.000, des estimations récentes ont montré qu’il y a eu environ 185.000 décès supplémentaires non reconnus liés au COVID, ce qui rapproche ce chiffre de 800.000. En outre, la modélisation de l’IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) a établi le chiffre des décès excédentaires à près de 900.000 au printemps dernier”¹.

Nous faisons face donc à une pandémie où son impact est semblable aux décès causés par la grippe espagnole aux EUA, malgré toutes les innovations et les nouvelles technologies de l’information et de communication que nous avons aujourd’hui à notre disposition. Les innovations technologiques dans le secteur de santé ont permis d’avoir des unités de soins intensifs, de ventiler et fournir de l’oxygène dans les cas nécessaires, d’avoir des médicaments plus efficaces, il a y eu même la création des vaccins très efficaces, pourtant la pandémie actuelle se montre être la crise sanitaire la plus grave de l’histoire

1.1.1. Les descendants de la grippe espagnole

Mais, l’impact de la grippe espagnole ne s’est pas limitée à la période de 1918- 1919, toutes les pandémies de grippe A, et presque tous les cas de grippe dans le monde ont été causés par des descendants du virus de 1918. Comme exemple, la pandémie H2N2 de 1957-1958 a causé près de 4 millions de décès dans le monde. La même chose avec la grippe du H3N2 qui a aussi causé près de 4 millions de personnes dans le monde entier.

En 2011 grâce aux progrès technologiques dans le secteur de santé, des études scientifiques ont montré que le virus de 1918 pouvait se répliquer facilement dans les poumons de furets et de primates non humains infectés, ce qui avait induit le type de pneumonie mortelle rencontré lors de la pandémie de 1918-1919.

“«Aussi meurtrière que la pandémie de 1918 ait été, les données sur la mortalité aux États-Unis, ajustées en fonction de la croissance démographique, suggèrent qu’au cours du siècle

¹ M. Benjamin, 2021, p 3

dernier, environ trois fois plus de décès ont été causés par les descendants du virus de la pandémie de 1918 que par le virus pandémique lui-même.» Ces observations ont une pertinence considérable pour les générations qui seront contraintes de vivre avec le virus du SRAS-CoV-2.² (Dr david Morens, 2019)

1.1.2.Avertissements concernant une nouvelle pandémie

Dans un rapport publié il y a plus de dix ans, intitulé «Global trends in emerging infectious diseases» (Tendances mondiales des maladies infectieuses émergentes), les auteurs montrent que ces événements ont augmenté de manière significative au fil du temps, en engendrant des répercussions sur la santé et les économies mondiales. Comme c'est le cas de la pandémie de covid 19, une grande majorité de ces maladies se transmettent des animaux aux humains.

“Peter Daszak, l'écologiste des maladies, a noté: «Les pandémies sont en augmentation, et nous devons contenir le processus qui les anime, et pas seulement les maladies individuelles: les fléaux ne font pas seulement partie de notre culture – ils sont causés par elle... Les pandémies commencent généralement par des virus présents chez les animaux, qui se propagent aux humains lorsque nous entrons en contact avec eux. Ces débordements augmentent de façon exponentielle, car notre empreinte écologique nous rapproche des animaux sauvages dans les régions éloignées et le commerce des animaux sauvages amène ces animaux dans les centres urbains. La construction de routes, la déforestation, le défrichage et le développement agricole sans précédent, ainsi que la mondialisation des voyages et des échanges, nous rendent suprêmement vulnérables à des agents pathogènes comme les coronavirus».” (cité par M.Benjamin, 2021)

Pendant février 2018, OMS à tenu une consultation en Suisse pour revoir la liste des maladies prioritaires en mettant l'accent sur les maladies infectieuses émergentes (MIE) graves, qui peuvent engendrer une urgence de santé publique, et pour lesquelles des solutions préventives ne sont pas ou sont insuffisantes. Lors de cette réunion en Suisse à été déterminé que que en prenant compte de leur gravité et possibilité de provoquer une urgence de santé publique et l'absence de médicaments ou des vaccins efficaces, il existe un besoin urgent d'accélérer la recherche et développement pour les maladies comme le ébola, la fièvre de lassa, le zika, le

² cité par M. Benjamin, 2021, p 3

MERS, et le SARS, ainsi que la maladie X, terme qui désigne un agent pathogène encore inconnu et sans nom.

“L’OMS a déclaré: «La maladie X représente la connaissance qu’une épidémie internationale grave pourrait être causée par un agent pathogène actuellement inconnu comme cause de maladie humaine».”³

“John-Arne Rottingen, conseiller spécial de l’OMS, a déclaré: «L’histoire nous dit que c’est probable que la prochaine grande épidémie sera quelque chose que nous n’avons pas vu auparavant. Cela peut sembler étrange d’ajouter un “X”, mais l’idée est de s’assurer que nous nous préparons et planifions avec souplesse en termes de vaccins et de tests de diagnostic. Nous voulons voir se développer des plateformes “plug-and-play” qui fonctionneront pour n’importe quelle maladie ou pour un grand nombre d’entre elles, des systèmes qui nous permettront de créer des contre-mesures rapidement».”⁴

Pourtant, avec tous ces avertissements concernant une possible prochaine pandémie, nous pouvons voir à travers le bouleversement causé par la crise sanitaire du covid 19 dans le monde, principalement dans le secteur de santé, nous pouvons comprendre que peu d’efforts et des fonds ont été consacrées à la recherche et développement dans le système de santé au niveau international.

Donc, nous pouvons comprendre que l’apparition du coronavirus a été prévu, et aujourd'hui nous sommes obligés de faire face à cette maladie qui a causé plus de 5 millions de décès dans le monde entier, et malgré les prévisions concernant les dommages que cette maladie pourrait causer, tous les pays, encore pire pour les pays africains n’ont pas été à la hauteur de lutter contre les effets laissés par la crise sanitaire.

1.2.L’impact de la pandémie sur les systèmes sanitaires dans le monde

Tout d’abord avant de parler sur l’impact de la pandémie dans les systèmes de santé, nous jugeons nécessaire de détailler c’est quoi un système de santé, ses missions, sa structure et

³ M. Benjamin, 2021, p 4

⁴ idem

fonctionnement dans les pays, pour permettre de comprendre comment la crise sanitaire touche ce secteur.

1.2.1.Définitions d'un système de santé

- Selon l'OMS un système de santé est défini comme étant “ un système de santé que se compose de toutes les organisations, personnes et actions dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou maintenir la santé”⁵ .

C'est à dire un système de santé ou autrement dit un système de soins de santé peut être décrit comme étant des moyens organisationnels et stratégiques que chaque pays va mettre en œuvre selon ses lois et ses mesures, avec le seul objectif d'assurer une prestation des services de santé.

- Une autre définition dit que: “un système de santé peut être défini comme l'ensemble des moyens (organisationnelles, humains, structurels, financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé, il regroupe donc d'une part les activités des soins et de prévention et d'autre part, c'est une politique d'utilisation des structures et des moyens. Il constitue un sous-système de système économique”⁶

À Travers cette définition nous comprenons qu'un système de santé est tout simplement le rassemblement de tous les moyens nécessaires dont les objectifs ce sont les activités de soins, et de prévention, il faut comprendre qu'un système de santé est important aussi dans le système économique d'un pays vu qu'il contribue dans les activités économiques.

⁵ OMS, 2007, p 2

⁶ fmed-univ-tlemcen-dz “ l'organisation des systèmes de soins, monde , et en algérie”

- Système de santé selon J.P.Grangaud : “ Ensemble complexe de personnes, de structures et d’activités liées par un ensemble de relations régies par la loi, et organisé en vue de prendre en charge la santé de la population d’un pays”.⁷

Selon cet auteur, un système de santé est un regroupement des différents acteurs de la société qui sont liés par une approche institutionnel et organisationnel, dont le but est le même, c-à-d de prendre en charge la santé de la population dans un territoire donné.

1.2.2.Les objectifs d’un système de santé

Nous avons trois grands objectifs visés par un système de santé, nous allons les citer par la suite ⁸:

- ❖ Préserver et/ou améliorer la santé de la population, c-à-d le but est de diminuer les risques de tout ce que peut porter préjudice à la santé de la population.
- ❖ Assurer les services qui répondent aux attentes de la population, en d’autres termes il faut prendre en charge d’une manière la plus efficace des problèmes de santé de la population.
- ❖ Assurer un accès équitable aux soins à toute la population, il est nécessaire de garantir l’égalité pour tous devant la nécessité de soins.

1.2.3. Caractéristiques d’un système de santé :

Pour arriver à réaliser ces objectifs, et pour considérer qu’un système de santé soit idéal, et efficace, il doit avoir des moyens et un certain nombre de qualités qui nous allons citer par la suite ⁹:

1. Global: ne néglige aucun secteur, plus particulièrement la prévention, c-à-d un système de santé doit englober tous les types de soins sans exception, et prendre en charge la promotion, la protection, et la restauration de la santé.

⁷ cité par Salmi, 2022

⁸ fmed-univ-tlemcen-dz “ l’organisation des systèmes de soins, monde , et en algérie”

⁹ idem

2. Efficace: Un système de santé considéré efficace et efficient il doit prendre en compte plusieurs aspects:
 - sur le plan scientifique il doit prendre en compte les changements ou bien les progrès concernant les sciences et des techniques,
 - Du côté du plan économique, un système de santé doit être souple et modifiable, c-à-d adapté à l'apparition des situations nouvelles imposées comme par exemple la morbidité, progrès technologique, en d'autres termes, il doit être planifiable et évaluable.
 - Sur le plan sanitaire, un système de santé efficace, son but principal est l'amélioration de l'état de santé de la population
 - Sur le plan social il doit être capable de prendre en charge la santé de personnes dans le sens d'améliorer leur qualité de vie
3. Accessible à tous les niveaux socio économiques, c'est à dire le système de santé doit être accessible à tous les dimensions, à savoir géographique, économique, et informationnelle, en d'autres termes, il doit être accessible à tous peu importe le cadre de vie, et les difficultés de communication et d'information.
4. Accessible à tous les niveaux socioculturels: Un système de santé doit être acceptable à la population, il doit être adapté aux modes de vie, aux habitudes, et cultures, chose qui peut être difficile si on applique des politiques inspirées d'autres pays.

1.2.4. Planification sanitaire

De nos jours, avec le bouleversement apporté par la crise sanitaire du COVID 19, nous pouvons comprendre qu'une planification sanitaire est indispensable pour aider les États à mieux faire face à la pandémie.

Une planification sanitaire va servir à une meilleure organisation de l'offre de soins hospitaliers sur un territoire, dans le but de mieux satisfaire les besoins de la population. Nous avons la carte sanitaire qui est un outil qui permet l'implantation des structures et leur équipement.

Cette dernière peut être définie comme suit: "Carte sanitaire est appelée aussi « offre de soins » . C'est un document technique conforté dans ses principes par un support juridique. définit

des critères de planification et de régulation de l'offre de soins pour répondre dans les meilleures conditions possibles aux besoins sanitaires de la population”¹⁰

1.2.4.1. Les étapes de la planification

- La politique sanitaire qui sera appliquée doit être en accord avec la politique générale du pays;
- Tout d’abord une politique sanitaire doit prendre en considération la situation sanitaire actuelle du pays, et par conséquent les perspectives futures.
- Pour identifier les besoins et les problèmes de santé dans le territoire il est nécessaire de faire la collecte de données qui sont de quatre ordres principales qui touchent directement au fonctionnement et la structure d’un système de santé, :démographiques, épidémiologiques, socio-économiques, institutionnels et organisationnels;¹¹

1.2.4.2. Objectifs de la planification sanitaire

Le but principal d’une planification sanitaire est de prendre en charge les services de soins dans un pays de la manière la plus efficace et efficiente, mais nous allons citer par la suite quelques objectifs¹²:

- faire attention à ce que le système de soins soit adapté aux besoins de santé de la population dans le pays;
- Faire en sorte que l’évolution du système de soins soit en fonction de l’évolution des besoins de la population ;
- Garantir la qualité des réponses aux besoins de la population;
- Coordonner et harmoniser les moyens en place pour la planification sanitaire;
- Evaluer offres et besoins de santé ;
- Maîtriser l’offre de soins et par conséquent le coût des dépenses de santé.

¹⁰ loi relative à la santé, algérie, février 2003

¹¹ idem

¹² idem

Un système de santé, en temps normal il a comme mission principale l'amélioration et le maintien de la santé dans un pays, il doit identifier les besoins de santé de la population, mettre en place des politiques et des actions de santé qui seront capable de répondre aux besoins de la population, avec l'apparition du nouveau coronavirus cette mission s'est avérée beaucoup plus difficile à accomplir, même dans les pays les plus développés du monde. Tous les systèmes de soins de santé partout dans le monde ont été impactés profondément et par conséquent son fonctionnement.

1.2.5. Les effets de la crise sanitaire sur les systèmes de santé

La maladie du coronavirus est arrivée à tous les coins du monde sans exception, et les chiffres ont seulement augmenté de jour en jour. Le 14 mars 2020, il y avait déjà 1108 cas confirmés dans le monde, et un an plus tard nous comptons avec 120.164.106 cas confirmés et 2.660.422 décès. Nous pouvons observer aussi que dès le début de la pandémie le nombre de mortalité la plus élevée est observée dans les pays de l'OCDE, ce que montrent les données venant des États Unis d'Amérique, où a été enregistré pendant l'année de 2020 un nombre de décès correspondant à 345 323, sans compter avec une hausse de mortalité significatif à cause des maladies cardiaques, ainsi que Alzheimer et le diabète.¹³

Ces chiffres nous permettent de voir les perturbations engendrées par la crise sanitaire dans les soins de santé, comme par exemple la gestion des autres maladies dans les établissements hospitaliers. Nous avons pu assister aux systèmes de santé dans le monde pour se battre, y compris sur les pays les plus développés, ils se sont battus face à la crise sanitaire pour y surpasser ses effets. Mais malheureusement nous pouvons voir aussi les effets de cette crise dans les pays en développement ou sous-développement, la réalité est différente, c-à-d dans les pays du tiers-monde la bataille contre le virus est plus dur et les systèmes de santé sont plus faibles pour faire face à la COVID 19, ce que met en exergue l'inégalité des pays.

Selon une enquête faite par l'OMS pendant l'été de l'année de 2020, montre des perturbations importantes dans le déroulement des services de santé essentiels depuis le début de la crise sanitaire dans le monde, environ 90 % des pays montrait encore des difficultés dans leurs

¹³ Laing et Alan, 2021

établissements de santé pour pouvoir offrir les services essentiels aux patients à cause de la surcharge des patients infectés par le COVID 19.¹⁴

Même si à la date d'aujourd'hui les perturbations liés au coronavirus ont diminué, en 2020 les pays ont montré qu'on environ la moitié des services de santé essentiels ont été bouleversés profondément, seulement au cours du première trimestre de l'année suivante il a eu un progrès, vu que seulement un peu plus d'un tiers des services essentiels continuent d'être perturbées.

“Au 23 juin 2021, plus de 178 millions de personnes dans le monde ont été infectées par le nouveau coronavirus SARS-CoV-2, causant 3 880 450 décès”.¹⁵ La pandémie du coronavirus a eu des effets néfastes sur toutes les parties de la société, avant même de parler des effets sur le système de santé directement, elle a affecté toute la dynamique du monde que nous connaissons. Les pouvoirs publics se sont vu obligés à prendre des mesures sanitaires et sociales contraignantes pour faire face à la pandémie actuelle, ces mesures-là ont eu des répercussions sur la vie de la population et leurs moyens de subsistance, en touchant directement l'économie mondiale dans une récession économique.

“Même les pays qui obtiennent de bons résultats en matière de sécurité sanitaire traditionnelle et de couverture sanitaire universelle ont eu du mal à réagir et à gérer les risques de cette pandémie.”¹⁶ Nous avons pu observer que le poids de cette pandémie n'a pas été supporté de la même manière dans tous les pays.

L'une des conséquences sévères de la crise sanitaire du COVID 19 sur les systèmes de santé est par exemple l'interruption des programmes de vaccination, des services de santé maternelle et infantile, et des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et de santé mentale.

Une autre conséquence affectant les systèmes de santé, est montré par une enquête faite par l'OMS est que 36 pays sur 70 ont connu des perturbations dans les 50% de leurs services de santé essentiels, situation que s'est aggravée par des nouvelles difficultés dues aux mesures de restrictions sanitaires, comme par exemple, les restrictions de déplacement pour reculer la propagation de la COVID 19, la capacité de paiements des professionnels de santé réduite, et

¹⁴ OMS, 2020

¹⁵ OMS, 2021

¹⁶ idem

sans compter aussi la peur par quelques professionnels d'être infectés par le virus qui était surexposés à ce dernier. Ce sont des facteurs qui incontestablement ont affecté le fonctionnement des systèmes de santé.

“Les effets négatifs sont principalement causés par l’augmentation des obstacles à l’accès aux services de santé essentiels et à l’absence de filets de sécurité socioéconomiques. Il s’agit d’une menace particulière pour les quelque 25 % de la population mondiale vivant dans des contextes de fragilité, de conflits et de violence, où surviennent 60 % des décès maternels évitables, 53 % des décès chez les enfants de moins de 5 ans et 45 % des décès néonataux.”¹⁷

Les systèmes de santé, dans le contexte de ses fragilités, avaient déjà du mal à répondre aux besoins de santé de première nécessité avant même le début de la pandémie. Dans nos jours avec le nouveau mode de vie, l’impact des mesures de confinement sur la vie des personnes, ainsi que les difficultés à l’utilisation des services primaires de santé ont augmenté dans les contextes sociaux, politiques, du fait que la lutte contre les maladies, la continuité des prestations des services de santé, de la sécurité alimentaire et de la gouvernance dans les pays ont augmenté, dans le sens où le défi pour faire face à la crise devient encore plus grand.

Il semble que les efforts traditionnels que visent à renforcer les systèmes de santé, qui auparavant était considéré comme étant le moyen principal de parvenir à la couverture sanitaire internationale n’ont pas été suffisant pour investir dans les biens communs pour la santé, ou autrement dit les fonctions essentielles de santé publique que seulement les gouvernements peuvent financer, soit parce que ces sont de biens publics, soit parce qu’ils présentent de défaillances dans le marché n’ont pas été résolus complètement par les pouvoirs publics, nous parlons plus précisément du Règlement sanitaire international (RSA).

“Les pays ont également trop misé sur la réaction aux événements lorsqu’ils se produisent, au lieu de prendre des mesures proactives pour prévenir les risques de catastrophes et d’urgences dans les communautés, s’y préparer et les réduire. La hiérarchisation globale des actions préventives nécessaires pour assurer la sécurité sanitaire est présentée dans le rapport annuel du Conseil mondial indépendant de suivi de la préparation pour 2019, qui déplore : « malgré

¹⁷ OMS, 2021

des progrès significatifs dans l'évaluation des déficiences et l'élaboration de plans, pas un seul Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS) n'a été entièrement financé »¹⁸

Nous pouvons comprendre que les pays n'ont pas eu une dynamique de proactivité, c-à-d ils n'avaient pas des plans nationaux de préparation à une pandémie avec l'ampleur de la pandémie du COVID 19, une action que allait permettre de contourner plus facilement les effets de la crise sanitaire du coronavirus.

À titre d'exemple, une enquête de l'année 2018 sur la préparation à une pandémie à montré que sur les 54% des pays membres du conseil mondial ayant répondu à l'enquête, 88% étaient dotés des plans nationaux de préparation à la pandémie de grippe, mais près de la moitié d'entre eux (48%) avaient été élaborés avant la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

En effet, les pays qui ont pu mieux contenir le virus avec moins de dommages semble être ceux qui se sont appuyés sur un secteur public plus efficace, d'après l'évolution des données de l'enquête, les pays n'avaient pas une couverture sanitaire universelle et de sécurité sanitaire ont également moins de capacités pour le traitement des épidémies, pour réorienter les services de base de santé, c-à-d ils auront plus de difficulté pour faire face à une pandémie.

Donc, face à la pandémie de covid 19, les systèmes de santé où la plupart sont déjà fragiles, ils ont été profondément déstabilisés par cette maladie, où l'accès des populations aux soins et services primaires est menacé. “ L'OMS souligne que 90% des pays ont connu des interruptions de services de santé essentiels comme le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles, la planification familiale et la contraception, le traitement des troubles mentaux ou du cancer, les programmes de vaccination obligatoire.”¹⁹

1.3. Causes persistantes des perturbations dans les services de santé

Les pays doivent encore faire face à des grands défis par rapport aux difficultés engendrés par la pandémie dans leurs systèmes de santé, pour faire face à cette crise les systèmes de santé ce sont obligé à prendre des décisions très importantes qui parfois peuvent impacter l'accès aux soins aux autres problèmes de santé, comme un exemple concret c'est le redéploiement du personnel pour les services de secours liés à la covid 19.

¹⁸ idem

¹⁹ idem

Même si les pays ont recruté des nouveau personnel, 66% des pays continuent à montrer, ou bien a déclarer que les causes les plus courantes liées aux interruptions des services ce sont des raisons liées au personnel, c-à-d on peut comprendre que l'une des principales perturbations dans les services de santé peut-être l'insuffisance du personnel dans les établissements de santé, ou bien la manque des ressources pour faciliter leur travail, mais une chose est claire, le personnel est cruciale pour le bon fonctionnement d'un établissement de santé.

Nous avons pu remarquer aussi dès le début de la crise sanitaire que les chaines d'approvisionnement ce sont perturbées dans presque un tiers des pays, c-à-d la production des médicaments essentiels, les matériaux des diagnostic dans les hôpitaux, ainsi comme des EPI qui sont nécessaires pour fournir des soins en sécurité ont été interrompus par la pandémie, donc par conséquent c'est une cause qui surement a affecté le fonctionnement des services de santé. comme titre d'exemple nous avons vécu au début de la pandémie le manque des masques pour la protection des citoyens, chose qui montrait qu'il avait un problème concernant la production et distribution de ce matériaux.

Un autre problème apparu dans les services de santé c'est le problème de communication et d'information. La communication doit être accru, car plus de la moitié des pays ont signalé des interruptions de service justement à cause des patients que ne cherche pas à se faire soigner à cause de la méfiance et de la peur d'être infecté dans les hôpitaux.

Au même temps, selon les informations recueillies par l'ONU, 43% des pays ont cité des difficultés financières comme l'une des causes principales causes qui perturbent l'offre des services de santé dans les établissements de santé. Comme conséquence persistante à celle-là, des millions des personnes ne bénéficient toujours pas de soins de santé essentiels.²⁰

Une autre cause que nous ne pouvons pas ignorer, est le problème des fournitures dans les établissements de santé, c'est l'impact le plus signalé par près de la moitié des pays, c-à-d le manque des fournitures de soins primaires quotidiens pour prevenir et gerer certains problèmes de santé les plus courants avant l'apparition du covid 19. Comme par exemple les soins de longue durée à cause des maladies chroniques, la réadaptation et les soins palliatifs en fin de vie ont été fortement perturbés, chose qui affecte directement les personnes âgées et les personnes handicapées. Dans les services d'urgence, de soins critiques, et de soins

²⁰ ONU, 2021

chirurgicaux qui pourraient sauver des vies ont été perturbées aussi dans les pays, c'est une des conséquences immédiates de la crise sanitaire. Selon l'OMS deux tiers des pays ont signalé des interruptions et des perturbations dans les interventions programmées, où les conséquences se sont accumulées au fur et à mesure que la pandémie augmenté.

Parmi les services de santé les plus affectés selon la réclamations des pays ont trouve les plus courants²¹:

- ❖ les services concernant les troubles mentaux, neurologiques, et liés à la consommation de substances psychoactives;
- ❖ les maladies tropicales négligées;
- ❖ la tuberculose;
- ❖ le VIH, et les hépatites B et C;
- ❖ le dépistage du cancer, et les services pour d'autres maladies non transmissibles, y compris l'hypertension et le diabète;
- ❖ la planification familiale et la contraception;
- ❖ les soins dentaires urgents;
- ❖ la malnutrition.

Une autre perturbation aussi c'est les problèmes dans les programmes de vaccination dans les établissements de santé, malgré les progrès faits par les pays en termes de vaccination, ce service à été impacté par la pandémie, Selon l'OMS 40% de pays ont signalé pendant l'année de 2020 des perturbations dans les services de lutte contre le paludisme, des perturbations dans les campagnes de prévention contre le paludisme (ex: la distribution des moustiquaires avec d'insecticide pour les enfants).²²

Donc nous pouvons comprendre tout au long de cette section qui l'impact de la crise sanitaire du COVID 19 a bouleversé les systèmes de santé dans le monde d'une manière sans précédentes, le fonctionnement des services de santé à été touché dans plusieurs aspects, comme c'est le cas du manque du personnel, le manque des ressources matérielles, des problèmes financiers, sans ignorer le manque d'information claire à la population. Mais une chose est claire est que l'impact de la pandémie ne s'est fait pas de la même manière dans les pays plus développés et les pays moins développés, c-à-d les pays d'Afrique, autrement dit,

²¹ OIT et OMS, 2020

²² idem

un système de santé qui était déjà faible, ou bien avec des lacunes avant même l'apparition de la COVID 19, avec cette crise sanitaire le choc fut encore plus difficile par rapport aux pays riches, par conséquent la lutte contre la pandémie a été plus difficile dans les pays sous-développés.

Section 2: Le système de santé Algérien face à la pandémie

La crise du coronavirus touche les systèmes de santé de tous les pays en affectant son fonctionnement, c-à-d cette crise a difficulté le but principale d'un système de santé qui est de servir à la population de la manière la plus efficace et efficiente. Pour une meilleure compréhension de cet effet, il nous semble intéressant de détailler sur la structure du système de santé algérien, mais pour cela nous allons citer avant les différents types de systèmes de santé du monde, qui par la suite cela va nous permettre de comprendre quel a été l'impact de la crise sanitaire sur le système de santé algérien.

2.1. Les différents types de systèmes de santé

Nous avons quatre types de systèmes de santé dans le monde qui nous allons citer par la suite leurs principes et caractéristiques ²³:

2.1.1. Système de santé bismarckien

Ce système de santé est un modèle d'inspiration bismarckienne, où il est fondé sur l'assurance professionnelle. Le fonctionnement de ce système désigne qu'il soit sous la tutelle de l'État mais dont le financement est autogéré par les caisses d'assurances maladie, où les cotisations sont proportionnelles aux salaires des assurés, elles sont obligatoires et aussi partagées entre les assurés et les employeurs. Mais, cette organisation limite l'universalité de la protection en la réservant seulement aux personnes qui détiennent un statut professionnel, par conséquent elle exclut de la protection les personnes qui n'ont pas versé la cotisation.

Même avec l'existence de plusieurs régimes socioprofessionnels, il existe toujours des exclus de la couverture sociale. La nécessité d'appartenance à une catégorie professionnelle pour pouvoir bénéficier de la protection sociale est atténuée pendant les années 70 au profit d'une généralisation à l'ensemble des résidents partout dans les pays qui ont adopté ce type de système.

²³ Benmansour, 2021, p 12- 17

Nous pouvons souligner quelques caractéristiques principales de ce système de santé:

- La politique Bismarckienne a été marquée par un double souci: lutter contre les syndicats, et aussi lutter contre la montée du parti socialiste;
- L'État a pris en charge la protection sociale, les assurances sociales obligatoires sont créées en Allemagne pendant l'année de 1883;
- Ce système est caractérisé par des assurances sociales professionnelles;
- Il est financé et géré par les intéressés, c-à-d ceux qui ont cotisé (les entreprises et les travailleurs) ;
- Les bénéficiaires ont droit à la santé et à l'assurance maladie;
- Concernant les partenaires sociaux, ils président les conseils d'administration de caisses de sécurité sociale, ils gèrent aussi les fonds et les risques des caisses d'assurance maladie, et sont responsables du respect du droit et de l'équilibre financier du système;
- Les prélèvements obligatoires sont sous contrôle du parlement;
- La médecine est généralement libérale, en d'autres termes, elle est payée à l'acte et indépendante.

Les pays qui ont adopté ce type de système sont : Allemagne, Autriche, France, Pays-Bas, Belgique et Luxembourg.

2.1.2.Système de santé centralisé

C'est un système qui a été créé en 1948 par Beveridge. Il est adopté par les pays socialistes et le Royaume-Uni. Il peut être appelé aussi comme étant un système national, ou bien un système de santé d'inspiration Beveridgienne. Ce type de système de santé est appelé centralisé car la production et l'offre de soins est assurée par un monopole public, principalement par l'État et la protection sociale à travers un service public appelé "service national de santé" ou en anglais "national health service" (NHS), il est financé majoritairement par les impôts avec 86%, les cotisations 10% et les usagers 4%, et le but de ce service est de donner accès universel aux soins.

Ce type de système de santé se base sur les principes suivants ²⁴ :

Universalité: le principe de l'universalité est de protéger toute la population dans son ensemble sans condition de paiement préalable de cotisation peu importe la situation professionnelle ou familiale.

Unité: ce principe dit qu' un service unique est chargé d'encaisser et de redistribuer les fonds, ce qui va permettre de remplacer la multiplicité des régimes et des caisses.

Uniformité: le principe de l'uniformité se base dans le sens où les prestations sont délivrées de la même manière à tous, en se basant sur les besoins, et non selon les modalités ou le montant des contributions.

À titre d'exemple, des pays qui ont suivi ce type de système sont: Suède, Norvège, Danemark, Finlande, Grande Bretagne, Canada, Australie, et Nouvelle Zélande.

Nous pouvons citer quelques caractéristiques d'un système de santé centralisé ²⁵:

- C'est un système de santé anglais, basé principalement sur le NHS, mais il y a une petite contribution de ménages, il est financé par les impôts et géré par le ministère de la santé, de cette façon le ministère dispose d'une enveloppe annuelle alloué par le parlement;
- La majeure partie des soins sont dispensés par le NHS ;
- Le droit à la santé et à l'assurance maladie est un attribut à la population;
- Ce système est financé par l'impôt direct qui touche les ménages, où le montant est fixé par le Parlement;
- Les bénéficiaires de soins de santé peuvent être tous les citoyens et les résidents étrangers en situation régulière dans le pays;
- Les soins sont gratuits, et il est mise en place l'égalité d'accès;
- Il se base sur les principes fondateurs, les trois U (Unité, Universalité, Uniformité)
- Médecine à double vitesse: secteur privé qui occupe une place importante principalement dans le domaine de la chirurgie non urgente et des soins de confort comme les lunettes, les prothèses, les contraceptifs, les chirurgies esthétiques, etc;

²⁴ idem

²⁵ idem

- Ticket modérateur très faible, c-à-d la participation des patients est très faible dans les ressources du NHS, seulement 4%.

2.1.3.Système de santé décentralisé

Ce système de santé peut être appelé aussi système de santé libéral, il est soumis à la loi du marché où le régulateur est le prix. Les principaux pays qui ont adopté ce système sont les EUA et la Suisse. Le système américain se répartit entre le privé ($\frac{2}{3}$) et le public ($\frac{1}{3}$), nous pouvons remarquer que l'offre des soins dans ce système est majoritairement du secteur privé.

Il existe des organisations spécifiques qui fournissent un ensemble complet de services aux usagers qui ont acquitté un prix annuel forfaitaire: Health Maintenance Organisation (HMO).

Concernant la protection sociale, 65% de la population fait recours à l'assurance privé à titre individuelle ou par l'intermédiaire des employeurs, il n'y a pas de système obligatoire d'assurance sociale, c'est chaque employé cotise selon ses moyens, et il faut prendre en compte qui seront les lois du marché qui déterminent le montant des primes.

Une autre partie de la population fait recours aux programmes publics d'assurance sociale comme le programme Medicaid qui est une aide ou bien assistance médicale gratuite aux personnes à des revenus bas, et le programme Medicare qui est une assurance maladie destinée aux personnes plus âgées, handicapés. Ce sont des personnes qui peuvent bénéficier d'un soutien public en matière de santé.

D'autres pays qui ont mis en place ce système sont le Japon, l'Irlande, et aussi certains pays d'Europe centrale, Europe orientale, et les pays d'Amérique latine.

2.1.4.Système de santé mixte

Ce système a été instauré à la fin des années 70 et milieu des années 80, au début en il a été mis en place en Europe, et par la suite dans les autres pays. Il est appelé système mixte car il associe la décentralisation et la centralisation dans son mode de fonctionnement. Son principe est l'universalité de la couverture et la médecine libérale. Le système français peut être pris comme un exemple.

Un système d'assurance de maladies mixtes est un système qui a une particularité vu qu'il se base sur une contribution de l'État, des cotisations sociales et une contribution importante de

ménages. Donc c'est un modèle de financement mixte vu qu'il tire ses ressources de la fiscalité nationale, c-à-d à travers les impôts, de la sécurité sociale obligatoires, et des ménages.

Donc ce système de santé est caractérisé par la coexistence du SNS et du secteur privé, nous pouvons noter que ²⁶:

- La décentralisation elle se manifeste au niveau des usagers qui peuvent choisir les prestataires de soins, l'établissement de soins, et s'adresser à un ou plusieurs producteurs de soins sans nécessairement avec l'intermédiation d'un médecin généraliste.
- Par rapport à la centralisation, elle montre le rôle de l'État et les organismes d'assurances maladies pour le financement du système de santé.

Les pays qui ont mis en œuvre ce système sont les pays d'Europe du sud: l'italie, portugal, et la grèce.

NB: Les principaux types de système de santé dans le monde sont les systèmes de santé centralisés, système de santé décentralisé, et système de santé mixte.

2.2. Système de santé Algerien

Nous avons vu dans le point précédent les différents types de systèmes de santé existant dans le monde, maintenant il sera plus claire de comprendre comme fonctionne le système de santé algerien et voire est ce qu'il est d'inspiration centralisé, décentralisé, ou mixte, pour a posteriori mieux comprendre comment la crise sanitaire actuelle a pu impacté le secteur sanitaire algérien.

2.2.1. Contexte général du SNS

Dès l'indépendance, le SNS se base sur les principes d'équité et de solidarité. L'algérie à consacré dans la constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Le développement du SNS depuis 1974, est basé sur la gratuité des soins pour tous les citoyens, ce système a enregistré des progrès incontestables.

²⁶ idem

Le système national algérien de santé est financé par une contribution de la part des pouvoirs publics, de la sécurité sociale, et aussi celle des ménages, donc nous pouvons conclure qu'il est un système de santé mixte, vu qu'il tire ses ressources de la fiscalité nationale, c-à-d les impôts, des cotisations sociales, et aussi du tiers payant, ou bien des ménages.

2.2.1.1. Bref historique du système de santé algérien

L'évolution du système de santé algérien est marqué par quatre périodes importantes:

1962 – 1974

La principale caractéristique de cette période est l'héritage d'un secteur de santé colonial, mais nous pouvons citer d'autres caractéristiques importantes de cette période ²⁷:

- ❖ L'offre de soins était insuffisante et très mal répartie, c-à-d il y avait une exclusion sociale d'accès aux soins limitée à une minorité de la population;
- ❖ l'offre de soins publique était géré d'une façon centralisé;
- ❖ La politique de santé est caractérisé par la priorité de la lutte contre les maladies transmissibles et parasitaires, et aussi un programme de vaccination généralisée et obligatoire;
- ❖ Vu que l'accès aux soins est destinée à une minorité c-à-d les employées et les personnes les plus aisées financièrement, une grande partie de la population se limitait seulement aux soins de médecine traditionnelle;
- ❖ cette période est basée sur le financement mixte, l'accès aux soins des assurés sociaux se faisait sur la base d'un prix de journée et représentait environ 30% DNS, le trésor public prenait en charge les indigents et représentait 60% DNS, et aussi les particuliers qui paient directement leurs soins et représentait 10% DNS

1974–1988

Avec le choc pétrolier en 1973, la hausse des prix du pétrole sur le marché international, l'évolution des recettes fiscales de l'État c-à-d 98 % des recettes fiscales sont basées sur les recettes pétrolières, donc la situation économique du pays était favorable.

²⁷ BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santéAlgérien, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33, p 03

Cette époque est marquée par la décision d'appliquer la gratuité des soins à travers l'ordonnance 73-65 du 28/12/1973 et du décret du 1/01/1974, instaurant la gratuité des soins dans tous les services publics dans le sol algérien.

De cette façon, cette période du système de santé algérien est caractérisé par:

- ❖ L'option socialiste, où la volonté politique se basait sur la construction d'un système national de santé avec une inspiration du système de santé beveridgienne et soviétique;
- ❖ La gratuité de soins;
- ❖ Il est caractérisé par l'institution de la médecine gratuite et l'accès égal, c-à-d se basait sur le principe des 3 U (unité, uniformité, universalité) et le principe de solidarité;
- ❖ Il y avait un blocage du secteur privé à cause du monopole de l'État sur les médicaments (la production et importation) et les équipements médicaux (la matière et fourniture);
- ❖ La mobilisation de ressources en infrastructures hospitalières pour augmenter le réseau d'offre des soins, unités légères et intensification, l'investissement dans la formation des personnels médicaux, paramédicaux, etc;
- ❖ et aussi la substitution des paiements directs (acte et prix de journée) par la formule “ budget global”.
- ❖ Un programme élargi de vaccination;
- ❖ l'Amélioration significative de l'état de santé de la population;
- ❖ Il est caractérisé aussi par le gaspillage à cause de la gratuité de soins, qui par conséquent il avait une surconsommation des médicaments;
- ❖ La politique de santé est axée sur les soins curatifs et marginalisation de la prévention, c-à-d remédier les effets au lieu de traiter les causes de problèmes de santé;
- ❖ L'absence d'une politique de sensibilisation sur les facteurs de risque et absence de l'éducation pour la santé.

1988 -1999

Cette période est marquée par le contre choc pétrolier en 1986, qui a engendré la baisse des prix du pétrole sur le marché international, par conséquent les recettes fiscales de l'État et épuisement des réserves du Fonds de régulation, cessation de paiement en 1988, application du Plan d'Ajustement Structurel en 1993-1994, c-à-d l'économie était en crise, le taux de

chômage élevé, l'inflation, politique de rationnement des dépenses et de la consommation, austérité budgétaire (la politique de rigueur et le désengagement de l'Etat dans le soutien des plans socioéconomiques), plus la décennie noire, cette crise a frappé fortement l'économie nationale.

Dans le secteur de santé, la crise économique en 1986 marque la fin de la politique de gratuité des soins qui faisait accroître la demande de soins et par conséquent les dépenses sanitaires. Donc, les modes antérieurs d'organisation, de financement et de gestion des secteurs sanitaires sont progressivement remis en cause.

“En 1987, la sécurité sociale finançait près de 65% du budget de fonctionnement des secteurs sanitaires. Par contre, la part de l'Etat est passée de près de 77% en 1974 à environ 20% en 1989. C'est ainsi que la sécurité sociale est devenue la source principale de financement des dépenses nationales depuis le déplafonnement de l'assiette de cotisations.”²⁸ (cité par Benmansour, 2021)

Donc, les principales caractéristiques de cette période sont les suivantes²⁹ :

- ❖ Situation économique non favorable engendrée par la crise pétrolière à affecté directement le financement du système de santé algérien;
- ❖ Nous assistons à la fin de la politique de gratuité des soins de santé et rationnement des soins de santé;
- ❖ Les déterminants de santé sont négatifs, il est marqué par des conditions de vie non favorables en raisons de la crise économique et aussi de la décennie noire;
- ❖ Le désengagement brutal de l'Etat dans le financement du système de santé qui est passé de 77% en 1974 à 20% en 1989;
- ❖ L'émergence d'une médecine à double vitesse et aussi la primauté du secteur privé d'offre de soins, c-à-d l'instauration des cliniques privées en 1988;
- ❖ Désengagement et démonopolisation de l'Etat sur les produits pharmaceutiques au grès du privé, c-à-d qui la production, importation et vente des médicaments, des matériaux au niveau des officines des produits pharmaceutiques étaient privatisées;

²⁸ Benmansour, 2021, p 20

²⁹ Cité par zenhnati Ahcène., p. 66, 67

- ❖ cette période est caractérisé aussi par la pénurie des biens et services de santé dans le réseau d'offre de soins public;
- ❖ La pénurie des vaccins a provoqué l'apparition des maladies transmissibles déjà éradiqué, d'où perte des acquis;
- ❖ D'importantes disparités de couverture sanitaire.

De 1999 à nos jours

Cette période est caractérisé par l'application d'un plan de soutien et de relance à l'économie, l'évolution des recettes fiscales de l'État et une situation économique favorable, plus une économie de marché et l'extension d'une médecine à double vitesse, c-à-d l'essor du secteur privé dans le SNS.

Nous pouvons caractériser cette période de la façon suivante ³⁰:

- ❖ la situation économique favorable est due au plan infrastructurel, c-à-d le renforcement des budgets (revalorisation salariale, médicaments), et le maintien des réformes (la contractualisation, et aussi la libéralisation totale);
- ❖ Le renforcement du dispositif tiers payant (médicaments, la carte chiffa, 5 grands centres régionaux d'explorations fonctionnelles), l'élargissement du conventionnement, et la médecine familiale;
- ❖ dans le contexte de relance de l'emploi, il y a eu la réduction du chômage, capacité de participation financière, et aussi l'amélioration du niveau de vie de l'état de santé de la population;
- ❖ L'amélioration des ressources financières de l'État, donc une amélioration des équilibres financiers des organismes d'assurance-maladie, et aussi des revenus des ménages et réduction du chômage.

Nous avons pu remarquer les divers changements dans le système de santé à travers le temps depuis l'indépendance, il est incontestable qu'il a eu des évolutions dans ce secteur dans le but d'offrir des meilleures services de santé à la population, comme nous pouvons le remarquer aujourd'hui le système de santé national se base des systèmes de santé mixte dans le sens de pouvoir permettre l'accès plus facile aux soins pour la population.

³⁰ idem

2.2.2. Les difficultés du système de santé algérien à l'heure actuelle

Malgré tous les efforts faits pour l'amélioration de la gestion, l'organisation du SNS, et aussi les résultats évidents qui ont été obtenus, le SNS est confronté à des contraintes dans son fonctionnement, et dans la prise en charge des problèmes de santé. Nous pouvons mettre en exergue quelques lacunes du SNS à l'heure actuelle ³¹:

- a) Insatisfaction latente et persistante avec mécontentement des usagers, des professionnels de santé et de l'Etat:
 - L'insatisfaction du citoyen concerne sur le système de soins en soit, dans son organisation , sa qualité et son efficience dans l'offre de soins;
 - Les professionnels du secteur de santé critiquent le fait que le SNS ne suit pas vraiment les mutations démographiques, épidémiologiques et socio-économique du pays;
 - "L'état relève , en plus des disparités, des iniquités dans la couverture sanitaire nationale ainsi que des coûts de santé élevés".
- b) Absence de cohérence du SNS:
 - " Le secteur parapublic s'est quasi effondré sous les difficultés économiques vécues par un grand nombre d'entreprises nationales";
 - "Le secteur privé peine à trouver sa place et à tendance à se concentrer dans les grands centres urbains du pays, dès lors qu'il se nourrit en grande partie dans son fonctionnement des ressources humaines publiques";

Le secteur public fait encore face à des difficultés d'adaptabilité à la situation épidémiologique, le manque de rationalité, et aussi de flexibilité pour offrir à la population des soins de qualité et de moindre coût, la persistance des maladies transmissibles, appelées les maladies de la pauvreté, caractéristiques des PVD, l'émergence des maladies non transmissibles, appelés les maladies de l'opulence prédominantes dans les pays développés, tous ces facteurs difficulté le fonctionnement du SNS.

- c) Indicateurs de couverture sanitaire:

³¹ Zaidi.Z, " systèmes de santé monde et en algérie" <https://fmedecine.univ-setif.dz>

- selon les données de l'année de 2015 nous avons les ratios nationaux : 1,76 lits pour 1.000 habitants; 1 polyclinique pour 23.917 habitants; 1 salle de soins pour 6.886; 1 médecin généraliste pour 1.118 habitants; 1 médecin spécialiste pour 1.413 habitants; 1 chirurgien dentiste pour 2.972 habitants; 1 pharmacien pour 3.467 habitants; 1 paramédical pour 325 habitants; 1 sage femme pour 1.203 habitants.

d) Protection sociale:

Concernant la protection sociale, les citoyens bénéficient de la sécurité sociale et de mutuelles dont il existe trois caisses nationales : la CNAS, la CASNOS et la CNR sous la tutelle du Ministre de l'emploi et de la sécurité sociale. Les prestations du secteur privé sont prises en charge par le malade. Mais l'assurance maladie ne rembourse qu'à des taux inférieurs aux montants payés.

D'une façon résumée nous pouvons mettre en évidence les principales faiblesses du SNS comme étant ³²:

- ❖ la surconsommation des prestations et des médicaments, c-à-d le gaspillage de la part de la population;
- ❖ problèmes de gestion et financement insuffisant du système de santé algérien;
- ❖ manque de personnel et d'équipements médicaux qui sont adéquats;
- ❖ le départ des spécialistes publics, vers le secteur privé;
- ❖ les établissements de santé peu impliqués dans l'élaboration des programmes de santé, à cause de la centralisation des organes de décision;
- ❖ diminution de la part du PIB consacrée à la santé pendant que les besoins des services de santé ont augmenté.

Nous pouvons déduire que les faiblesses du SNS sont d'ordre managérial, or que l'économie du pays permet (avant la pandémie) d'apporter des réformes meilleures afin de garantir des meilleurs services de santé à la population. Le plus important est de maintenir tous les acquis pendant toute l'évolution du système de santé algérien et consolider une gestion modernisée, avec une approche stratégique qui s'adapte aux progrès réalisés au niveau mondial.

2.3. Dysfonctionnements du système de santé national face à la pandémie

³² idem

“La propagation de la pandémie de Covid-19 en Algérie a mis le système de santé national devant une épreuve rude. Cette crise sanitaire a clairement dévoilé la vulnérabilité de notre système et nous rappelle donc le caractère important et urgent de sa reconstruction pour son renforcement.”³³

Il est vrai que les faiblesses du système de santé algérien ne sont pas apparues seulement à cause de la crise sanitaire du covid 19, mais cette dernière a révélé les défaillances du système national. Donc en des problèmes anciens dans le SNS, avec les handicapés amenés avec la pandémie montrent qu’il peut être il est temps de revoir une nouvelle forme de gestion et d’organisation.

Nous allons par la suite élucider à travers quelques points comment la crise sanitaire du coronavirus a pu impacter le système sanitaire national, en montrant quelques difficultés principales.³⁴

2.3.1. Un système de santé fortement centralisé

Dès l’apparition de la maladie du covid 19 en algérie et jusqu’à le mois de mars de 2020, seul l’institut Pasteur d’Alger avait les conditions d’effectuer les tests de diagnostic spécifique (PCR), chose qui a fait que lui tout seul ne soit pas capable de répondre à tous les besoins du pays en termes de tests de dépistage, comme conséquence plusieurs régions se trouvaient dans des situations d’incapacité de faire les analyses nécessaires pour confirmer ou non les cas suspects à l’époque. Nous pouvons remarquer que le système est encore fortement centralisé dans le secteur de la santé.

Heureusement cette situation a poussé à décentraliser le travail, donc les autorités responsables ont dû penser à prendre des nouvelles décisions pour faciliter la gestion de la pandémie en Algérie. Les pouvoirs publics ont décidé de former des nouvelles équipes de dépistage du virus et de créer et d’équiper des annexes de l’institut qui ont été implantées dans des EPH dans les autres wilayas du pays comme les wilayas d’Oran, Constantine, Boumerdes, Ouargla, Tamanrasset, Béchar, etc.

Il a été aussi créé des laboratoires d’analyse et de dépistage de la maladie du coronavirus dans plusieurs universités comme l’université d’Alger, de Mostaganem, de Tlemcen, de Tizi-

³³ Snoussi Z, 2020, p 336

³⁴ idem

Ouzou. Ces initiatives ont facilité l'opération de dépistage dans le sens de mieux gérer la propagation et connaître le nombre des cas du covid 19 en Algérie.

“Le présent constat témoigne de la forte centralisation de notre système de santé. En effet, c’est déjà à partir de 1973, date d’instauration de la gratuité des soins, qu’une triple centralisation s’est apparue: l’implantation des structures de soins à travers le territoire national à l’aide d’une carte sanitaire; le financement des dépenses de santé par un budget global forfaitaire, préétabli, mais budgétisé au niveau des ministères de tutelle (Finances, Santé); et l’affectation autoritaire des médecins (à travers le service national obligatoire, mitemps, zoning, l’autorisation d’installation) en fonction des localisations spatiales des structures publiques (Oufriha, 1997). Aussi, au vu des investissements consentis au secteur de la santé et au nombre du personnel soignant formé, et ce depuis l’indépendance, l’absence de laboratoires analogues à l’Institut Pasteur dans les autres régions d’Algérie (Est, Ouest, Sud-Est, Sud-Ouest, Haut-plataux, etc.) aurait pu être évitée. On comprend alors que les établissements de santé soient peu impliqués, voire même oubliés, dans l’élaboration de la politique de santé.”³⁵

Même si le système de santé national est mixte, nous pouvons voir que l’approche centralisée est fortement présente à travers ce constat au début de la pandémie en Algérie, elle n’est pas la plus adéquate pour faire face à une situation exceptionnelle comme la crise sanitaire du coronavirus, donc la démarche de décentralisation est inévitable comme l’une des actions de riposte à la covid 19.

Une redistribution des moyens financiers, matériels et humains se montre nécessaire pour mieux répondre aux nouveaux besoins de la population amenés par la crise. Il est peut être temps de commencer à envisager une nouvelle réforme sanitaire majeure pour permettre une décentralisation plus élargie pour permettre une autonomie aux régions sanitaires de pouvoir prendre des décisions sans nécessairement devoir faire recours à chaque fois à l’administration centrale, de ce fait que cela pourrait aider dans la gestion de la crise sanitaire.

2.3.2. Des conditions de travail difficiles dans les établissements de santé publics

³⁵ cité par Snoussi Z, 2020, p 382

Dès le début de la pandémie, les professionnels de santé du secteur public ont fait tous les efforts possibles pour faire face à cette situation de la meilleure façon possible, mais ils se sont retrouvés dans des situations vraiment difficiles, notamment le manque des moyens de protection, des outils de diagnostic, et les outils de prise en charge des cas diagnostiqués, mais nous devons mettre en lumière que malgré cette situation et des conditions de travail approprié le personnel de santé à continuer d'exercer son devoir dans le but de lutter contre la maladie de la décennie.

Dans les constats faits par la commission nationale consultative de promotion et de protection des droits de l'homme qui à été menée en 2008 a montré l'état difficile dont fonctionnent les services d'urgence des hôpitaux, a noter le manque de moyens et d'équipements techniques, aussi le manque du matériel nécessaire pour le diagnostic, et parfois même des médicaments d'urgence, tous ses défaillances vont rendre difficile la prise en charge des patients qui sont déjà hospitalisés, et ceux qui attendent encore des soins dans les files d'attentes des hôpitaux.

“Dans ce rapport, il est noté que le personnel soignant exerce dans des conditions difficiles du fait qu'il est souvent exposé aux agressions verbales et/ou physiques des patients et de leurs proches. Également, l'effectif est jugé insuffisant pour la charge de travail. De plus, les professionnels de santé exercent la plupart du temps en manque de moyens et matériels indispensables à leur activité ”.³⁶

Dans les hôpitaux algériens le scénario n'a pas été différent du reste du monde, les conditions de travaux principalement dans les hôpitaux publics de santé n'ont pas été à la hauteur de faire face à la crise sanitaire actuelle.

“Donc, il est temps de penser sérieusement à améliorer les conditions de travail du personnel soignant. On peut là penser au renforcement du recrutement du personnel soignant ou des effectifs administratifs dans les services de soins (les secrétaires médicales par exemple). De même, la mise à la disposition des soignants de tous les moyens et outils de travail utiles à leur exercice est d'une nécessité cruciale pour l'accomplissement de leur devoir d'une manière appropriée. La réorganisation des conditions de travail est également primordiale dans la mesure où elle permettra d'améliorer la performance des soignants.”³⁷

³⁶ Snoussi Z, 2017

³⁷ Snoussi, 2020, p 385

Les autorités publiques peuvent penser à investir plus dans l'amélioration des conditions de travail dans les établissements sanitaires, mais penser à améliorer la grille de salaire du personnel soignant, une action qui peut en quelque sorte donner un "boost", ou bien donner un peu plus de la force aux fonctionnaires des hôpitaux d'exercer encore mieux leurs professions.

2.3.3. Absence des médecins libéraux

Nous avons vu l'énorme effort des médecins du secteur public en termes d'humanité et de professionnalisme dès le début de la pandémie en Algérie. Sans oublier les professionnels du secteur privé, eux aussi ils ont contribué à prendre en charge les patients pendant cette phase difficile, mais les médecins de ce secteur ont fermé leurs cabinets même avec l'obligation du gouvernement de "maintenir leur activité sous peine des poursuites pénales et de sanctions administratives de retrait immédiat et définitif des titres légaux d'exercice de l'activité" en publiant deux décrets exécutifs (2020-70 du 24 mars 2020 et 2020-86 du 2 avril 2020).

Ces professionnels de santé se sont trouvés dans une situation difficile, ils devaient soit fermer leur cabinet pour mieux se protéger contre le virus, soit continuer avec leurs services de soins malgré le manque de moyens de protection. Au moment où le taux de contamination augmente, le risque de contamination des médecins s'élève aussi, chose qui pourrait affecter leur travail, et par conséquent le fonctionnement et l'organisation du secteur de santé.

"La note ministérielle n°15 du 8 avril 2020 relative à la protection des personnels de santé face à l'infection du Covid-19a précisé toute une liste de moyens de protection (masques, surblouses, lunettes de protection, charlotte, gants, etc.) indispensables à l'activité des professionnels de la santé pendant cette pandémie. En revanche, leur disponibilité sur le terrain n'est pas garantie, pour tous les praticiens. Le cas des praticiens dentistes est plus sensible à cause du risque de contamination plus élevé auquel ils sont exposés avec leur personnel soignant. Ainsi, ayant probablement épuisé leur stock de protection et de désinfection et en présence de difficultés d'approvisionnement (ou tout simplement par peur de contamination), nombre de médecins ont fermé leurs cabinets dentaires"³⁸

La décision de fermeture des cabinets par certains médecins libéraux a sans doute affecté l'accès aux soins. Donc il est clair que le manque des moyens nécessaires à la lutte contre la propagation du virus, notamment les EPI pour les professionnels de la santé a gravement

³⁸ Snoussi Z, 2020

impacté le secteur de santé national, vu que les médecins qui pouvaient aider dans cette bataille ont rester à leurs maisons par manque des ressources matériels.

2.3.4. Des taux de remboursement complètement obsolètes

Vu le nombre des cas enregistrés jour après jour en Algérie, et aussi le manque de tests de dépistage qui se faisait sentir sur le territoire, les autorités publiques ont pris des décisions pour faciliter le traitement aux personnes qui présentaient des symptômes du covid 19 avant qui ne soit trop tard pour eux. Le ministère de santé autorisé les spécialistes de faire recours à l'utilisation du scanner thoracique comme étant une alternative au dépistage biologique. Dans les hôpitaux publics, le dépistage est souvent gratuit, ou peut être avec une petite contribution de la part du patient, mais comme même il reste insuffisant vu le nombre de demandeurs nécessitant un teste pour dépister la maladie. Par contre dans les cliniques privées et les centres d'imagerie médicale, l'accès aux soins est plus facile, dans ce cas le dépistage du covid 19, mais les coûts ne sont pas à portée de tout le monde, sans prendre en compte que le remboursement par la sécurité sociale est dérisoire.

“En effet, les tarifs de remboursements des consultations médicales et des actes médicaux (analyses sanguines, radios, soins dentaires, etc.) datent depuis 1987 et n’ont pas été révisés depuis. De même, il existe des examens de radiologie non remboursés, tel que l’IRM « l’Imagerie par Résonance Magnétique » qui n’est pas remboursé puisqu’il ne figure pas dans la nomenclature nationale des actes médicaux de 1985. Devant une batterie d’examens indispensables demandés au patient, et avec des tarifs de plus en plus élevés, ce dernier, obligé de s’acquitter d’une charge financière élevée par rapport à son revenu, est souvent contraint de s’endetter ou d’abandonner les soins.”³⁹

Pourtant cette question ne date pas d’aujourd’hui, ce qui est dû à la crise actuelle qui a mis un accent sur ce problème. Donc la liste des actes médicaux doit être prise en charge et il faut une actualisation ou bien revision de leurs taux de remboursement urgent.

Dans le Rapport Nabni (2012), il est proposé d’augmenter les niveaux des prestations auprès d' établissements de santé qui sont conventionnés avec la sécurité sociale, tout d’abord en commençant par les examens radiologiques, tels que IRM, et les examens biologiques plus courants. Cette action devrait être entamée par les établissements des niveaux de coûts réels

³⁹ idem

des examens radiologiques et des examens biologiques, notamment en concertation avec le ministère de la santé, les caisses de sociale, notamment la CNAS, et CASNOS, et aussi les gestionnaires du secteur privé et les spécialistes des coûts de la santé. Par la suite dans ce même rapport il a été proposé d'augmenter les remboursements de la sécurité sociale à des niveaux plus en rapport avec ces coûts.⁴⁰

Le même rapport a été repris dans une nouvelle version en 2020, avec les mêmes recommandations qui ont été déjà citées, et surtout en insistant que pour ce qui est à la charge des patients, c-à-d les ménages soit réduit à des niveaux acceptables, et l'augmentation des la part des autorités responsables par l'assurance maladie, les mutuelles, et l'État.

“Dans ce sens, on insiste sur la généralisation de la contractualisation auprès des médecins, pharmacies, établissements de santé privés avec l'assurance maladie et le système du tiers-payant, ainsi que l'extension de la couverture aux centres de radiologie/imagerie, examens biomédicaux, radiothérapie, kinésithérapie, etc, et l'augmentation des niveaux de remboursements. Le rapport mentionne aussi la nécessité de développer un régime complémentaire de mutuelles de santé ou compagnies d'assurances ou à défaut d'augmenter la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en ligne avec l'évolution des besoins au sein de la population”.⁴¹

Donc nous pouvons noter que la crise sanitaire elle a impacté fortement non seulement le secteur public en soit, mais aussi la vie économique des ménages, vu que certains ne sont pas capables de payer les frais des soins publics, notamment ceux qui sont atteints par la maladie du coronavirus. Par cela il se fait nécessaire la prise en charge des autorités publiques pour alléger la vie de la population.

2.3.5. Pénurie de certains médicaments de maladies chroniques dû à la fermeture des frontières

Avec la propagation de la pandémie de covid 19, l'État Algérien a pris des mesures de confinement, comme tous les autres pays, dont la fermeture des frontières, comme l'une des conséquences on assiste à des perturbations en approvisionnement de certains médicaments des maladies chroniques, chose qui a impacté durement une part de la population qu'en avait besoin de ces médicaments.

⁴⁰ Nabni, 2020

⁴¹ idem

“Ainsi, le Syndicat National des Pharmaciens d’Officine (SNAPO) a déploré une grave pénurie des médicaments dans les pharmacies pour le traitement des maladies chroniques et a souligné aussi la carence en « Chloroquine » au niveau des officines, molécule indispensable au traitement de certaines maladies inflammatoires et auto-immunes, également fortement demandée dans le protocole thérapeutique des patients atteints de Covid-19, depuis la propagation de l’épidémie”⁴²

Cette situation montre l’impact sévère de la pandémie dans le secteur de santé national, le manque des médicaments essentiels pour certains citoyens à causé en quelque sorte un certain désespoir dans la vie des personnes nécessitantes. L’intervention des autorités responsables est indispensable et déterminante pour trouver des solutions à ce problème, c-à-d les pouvoirs publics devraient trouver une solution pour se procurer des médicaments qui était en pénurie, plus particulièrement les médicaments des maladies chroniques.

“Il faut bien réfléchir à cette question et dessiner les grandes lignes d’action qui permettraient de développer une industrie pharmaceutique nationale capable de booster la production locale et garantir ainsi un approvisionnement large, sûr et permanent, en médicaments, en quantité et en qualité. Par ailleurs, l’action devra être continue et consolidée après la sortie de ce passage périlleux sachant que cette crise ne sera probablement pas la dernière que connaîtra notre planète.”⁴³

L’apparition du nouveau coronavirus a mis le système de santé algérien dans une difficile épreuve, et malheureusement cette situation a révélé des dysfonctionnements qui étaient déjà présents dans le SNS, la crise sanitaire a juste les mis en exergue.

⁴² Snoussi, 2020, p 392

⁴³ Snoussi, 2020, p 390

Conclusion du chapitre

L'avènement du nouveau coronavirus a sans doute mis les systèmes de santé de tous les pays en épreuve. C'est une situation exceptionnelle qui a durement impacté les secteurs sanitaires et leurs fonctionnement, sans compter avec l'énorme quantité des vies perdues par la maladie covid 19.

La principale conclusion que nous pouvons tirer est que les services de santé essentiels ont été gravement bouleversés dans de nombreux pays. Dans plus de la moitié des pays ayant répondu à l'enquête de l'ONU, les services de traitement de l'hypertension sont en partie ou totalement désorganisés, dans les autres pays ce sont les services du traitement de diabète, et les services anticancéreux, et aussi les services d'urgences cardiovasculaires.

“Les services de réadaptation sont perturbés dans près des deux tiers (63 %) des pays, alors que la réadaptation est cruciale pour un bon rétablissement après une forme grave de la COVID-19.” ONU (2020)

Donc il est clair que la crise sanitaire a engendré un dysfonctionnement dans les systèmes de santé, en révélant ses principales défaillances. Il est évident que l'impact de la pandémie n'a pas impacté les pays de L'OCDE et les pays en développement de la même façon vu que la structure, les ressources dans les établissements de santé ne sont pas au même niveau. Mais cette situation est l'opportunité idéale pour apporter des changements aux systèmes de santé dans les PVD pour mieux répondre aux besoins de la population, non seulement, aussi pour être mieux préparé pour des situations similaires dans le futur.

Chapitre II:

*Établissements de santé face à la crise
sanitaire*

Introduction du chapitre

Nous avons parlé plusieurs fois sur l'impact causé par la crise sanitaire dans les systèmes de santé dans le monde, le plus évident est l'impact de cette dernière sur le management hospitalier, c-à-d la gestion des hôpitaux est remis en question. La crise sanitaire a mis en exergue la critiques de la gestion des établissement de santé, plus précisément en parlant du management du "passé", vu que un état de désorganisation a été ressenti dans les hôpitaux durant la première vague de la pandémie du covid 19, c-à-d ça nous a montré que les hôpitaux n'étaient pas adapté dans la gestion de la crise en elle-même.

Sans doute, la crise sanitaire a induit un redéploiement obligatoire sans précédent dans les établissements hospitaliers, la crise est arrivée, et les hôpitaux ont dû s'adapter en urgence pour pouvoir répondre aux nouveaux besoins.

Cette pandémie est particulière et sans précédent à cause de son impact non seulement sur le secteur de santé en lui-même, mais aussi elle a impacté gravement les personnels de santé dans le sens professionnel, social, et familial, chose qui par conséquent impact directement leur travail.

Donc, globalement, le système de santé, ou bien le secteur de santé ont besoin d'un redéploiement en urgence, c-à-d en d'autres termes, il est nécessaire des changements dans l'organisation des hôpitaux pour pouvoir mieux faire face à la crise sanitaire.

Dans ce qui suit, nous allons voir l'organisation des hôpitaux, comment le management hospitalier a pu aider dans la riposte à la pandémie, et les difficultés auxquelles les professionnels de santé ont dû faire preuve.

Section 1: Les enjeux dans le milieu hospitalier durant la pandémie

Dans cette section nous allons, en plus d'aborder la structure, les missions, et les responsabilités des établissements de santé, nous allons aussi voir quels ont été les principaux défis dans les hôpitaux pendant la crise sanitaire auxquelles les professionnels de santé ont dû faire face.

1.1. Contexte général sur les établissements de santé

Nous allons tout d'abord donner d'une façon résumée une définition d'un établissement de santé, quels sont ses principales missions, et par la suite voir la structure organisationnelle de ce dernier.

1.1.1. Définition et missions d'un établissement de santé

Un établissement tout d'abord peut être défini comme étant une structure définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le Code de la santé publique. Ces missions sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public. La compétence d'un établissement de santé peut être de nature communale, intercommunale, départementale, régionale, ou nationale”¹

En d'autres termes, un établissement de santé est au service du public, dans le sens où son but principal est de satisfaire les besoins sanitaires de la population, et il suit le code de santé public qui peut être différent dans chaque pays.

Généralement, le code de la santé publique de chaque pays prévoit des missions, ou bien des responsabilités des établissements de santé, mais nous pouvons prendre l'exemple de la loi française, selon l'article L6112-1, les missions des établissements de santé sont au nombre de 14, elles prévoient² :

- la permanence des soins ;
- la prise en charge des soins palliatifs ;
- l'enseignement universitaire et postuniversitaire ;
- la recherche ;

¹ <https://medical-rh.com.établissementsdesanté>

² loi française article L6112-1

- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers;
- la formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- l'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes, ainsi que les associations qui œuvrent dans ce domaine ;
- les actions de santé publique ;
- la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ;
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- ceux dispensés aux personnes retenues en application du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

1.1.2. Catégories des établissements de santé

Il existe trois principales catégories des établissements de santé qui sont au service de la population: ³

- Les établissements publics de santé;
- Les établissements privés à but lucratif gérés le plus souvent par de grands groupes;
- Les établissements privés à but non lucratifs

Les établissements publics de santé: “Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion.”

Il existe différents types d'hôpitaux du secteur public de santé:

- Les centres hospitaliers universitaires (CHU) : ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales.

³ comité éditorial de l'UVMaF, 2014

Chapitre II: Établissements de santé face à la crise sanitaire

- Les centres hospitaliers (CH) : leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.
- Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie assurent la prise en charge des patients en matière de santé mentale
- Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA) sont placés sous l'autorité du chef d'état major des armées, et considérés comme des CHU par le ministère de la Santé

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC): “La majorité de ces établissements était des établissements privés participant au service public hospitalier. Ils ont pris automatiquement, depuis la loi du 21 juillet 2009 appelée HPST, la qualification d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et assurent à ce titre une ou plusieurs missions de service public. Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé, une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle.”⁴

Mais il faut prendre en compte que dans les établissements privés à but non-lucratif, leur comptabilité est de droit privé, et leurs bénéfices sont en partie réinvestis dans l'innovation et de développement de nouveaux services, c-à-d dans l'amélioration des meilleures prestations de services à leurs patients. En contrepartie, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics, et ils partagent des valeurs et des principes.

Les établissements privés à but lucratif: “Les établissements à but lucratif (cliniques) sont le plus souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens.” (UVMaF, 2014, P 14)

Pour qu'un établissement de santé privé puisse fonctionner il établit des contrats avec des médecins, des associés ou non, c-à-d en termes de financement de l'établissement. De nos jours, on voit apparaître beaucoup plus des investisseurs extérieurs avec un rôle croissant dans l'hospitalisation privée, c-à-d à travers la forme de chaînes de cliniques, ils achètent des établissements déjà existants et ça permet d'apporter encore plus des capitaux dans ce secteur, c-à-d au profit des investisseurs.

⁴ UVMaF, 2014, p 13

1.1.2.1. Structure organisationnel des établissement de santé en Algérie

Pour une meilleure compréhension de la structure des établissements de santé nous pouvons prendre l'exemple de l'Algérie, organisation des ces établissements au niveau national et local⁵.

Depuis l'apparition de décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007, on ne parle plus de secteurs sanitaires mais des établissements publics hospitaliers (E.P.H) et des établissements publics de santé de proximité (E.P.S.P).

Etablissement Public Hospitalier (EPH): est un établissement public à caractère administratif. Il est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou de l'ensemble des communes.

EPH en Algérie selon la loi il a comme responsabilité envers la population:

- ❖ Assurer l' organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale, et d'hospitalisation;
- ❖ Appliquer les programmes nationaux de santé;
- ❖ Assure l' hygiène, la salubrité, et la lutte contre les fléaux sociaux;
- ❖ Assure le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé.

Établissement Public de Santé de Proximité (EPSP): il est constitué d'un ensemble de polycliniques, et salles de soins qui couvrent un bassin de population.

Son rôle n'est pas d'une manière globale, c-à-d il prend en charge une partie de la population, dû le nom "proximité" , ces établissements ont comme mission:

- ❖ La prévention et les soins de base, le diagnostic, les soins de proximité, les consultations de médecine générale et les consultations spécialisées de base;
- ❖ Les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale;
- ❖ La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de la population;
- ❖ Contribuer à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l' hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux;

⁵ Pr Boukharouba.H, UNIV. FARHAT ABBAS, algérie

Chapitre II: Établissements de santé face à la crise sanitaire

- ❖ Contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de soins.

Le Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) : Il a été créé un SEMEP au sein de chaque EPH et EPSP. Il a pour tâches notamment: la collecte, le traitement et la diffusion de l'ensemble des informations sanitaires hospitalières et extrahospitalières , la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles les plus prévalentes, ainsi que le contrôle des normes d'hygiène du milieu. Toutes ces activités doivent se faire en collaboration avec les Bureau d'Hygiène Communale.

Le Bureau d'Hygiène Communale (BHC) : Il est placé sous l'autorité du président de l'Assemblée Populaire Communale (APC), et est chargé de préparer les instruments, actes et dossiers techniques requis par l'action des organes de la commune et du contrôle permanent de l'hygiène et de la salubrité publique au niveau de la commune.

L'Unité de Dépistage et de Suivi (UDS) : Créés par instruction interministérielle n°2 du 27 avril 1995 dans le cadre de la mise en œuvre du Plan portant réorganisation de la santé scolaire (circulaire interministérielle n°1 du 6 avril 1994). Chaque UDS doit couvrir une circonscription pédagogique précise.

Centre de santé :Le centre de santé fournit à la population les services de premiers soins et de traitement de quelques maladies, ce sont les communes dépourvues d'hôpital et de polyclinique qui profitent de ce type d' infrastructure.

Protection maternelle et infantile : La PMI est l'ensemble des réseaux techniques, administratifs, économiques et sociaux visant à préserver la santé de la mère et de l'enfant, en assurant à celui-ci un développement harmonieux aussi proche qu'un développement normal.

Polycliniques :L'implantation des polycliniques a permis d'amoindrir la forte pression exercée sur l'hôpital et à fournir une amélioration dans l'organisation de ces services.

Les unités légères : Comprennent les centres de santé, salles de consultations et de soins, maternités rurales autonomes.

Les CHU :ils assurent les activités de formation, de soins et de recherche.

Les EHS : Les hôpitaux spécialisés assurent essentiellement les soins spécifiques.

Les structures et établissements privés : Les activités de santé exercées à titre privé par les professionnels. (les conditions d'exercice des établissements privés sont définies par des textes réglementaires).

Après avoir fait un petit point sur l'ensemble des établissements de santé, nous pouvons mieux comprendre quels ont été les principaux défis dans les hôpitaux face à la pandémie, et quelles ont été les difficultés du point de vue des professionnels de santé pendant la phase actuelle dont le monde traverse.

1.2. Difficultés des établissements de santé face à la crise sanitaire du covid 19

Dès le début de la crise sanitaire, il est clair que les hopitaux ont subi un dur bouleversement dans leur fonctionnement, les hopitaux ont fonctionné en plan blanc. Les hôpitaux été en surcharge de patients, dont les professionnels de santé n'avaient aucun repos. Nous allons voir par la suite les principales difficultés dans les établissements de santé et aussi pour les professionnels de santé.

1.2.1. Le COVID-19 et ses impacts sur les professionnels de santé

Selon F. Georges une enquête faite dans quelques hôpitaux en France nous pouvons voir plusieurs facteurs qui ont causé un stress au personnel hospitalier lors de la pandémie, nous allons les détailler par la suite:⁶

Fatigue physique: presque la totalité des soignants questionnés sur l'impact du covid 19 dans leurs vies professionnelle, sociale, et familiale, 72% ont rapporté une fatigue physique extrême, vu que les horaires de travail et les jours de travail ont augmenté et changés. Cette fatigue est considérée comme étant supérieure, c-à-d hors normal, par rapport à l'habitude de leur travail, et en plus d'une lourde augmentation de travail, le salaire n'a été proportionnel à ce changement dans les établissements de santé.

Épuisement moral: Les soignants ont aussi rapporté un épuisement moral durant cette période, c-à-d il n'y avait pas vraiment un encouragement pour les professionnels de santé qui faisaient face tous les jours avec les patients contaminés ou potentiellement contaminés par le covid 19. En d'autres termes les professionnels de santé réclament qu'il n'y a pas eu un encouragement suffisant, c-à-d des attitudes de la part des autorités publiques pour encourager les soignants

⁶ l'article de F. Georges et al 2020

de continuer à lutter contre la pandémie, sans compter avec la discrimination des ces soignants dans leurs quotidiens avec les citoyens qui parfois les jugés contaminés vu qu'ils travaillent dans des établissements de santé.

Crainte de l'infection: La crainte de l'infection est évidente, et elle est diffusée dans l'ensemble des catégories des personnels, 72% des professionnels de santé ont réclamé la peur d'être infectés par le coronavirus. D'autres professionnels de santé ont eu peur même de décéder après avoir contracté cette infection.

Il faut compter aussi avec la peur de contaminer leurs proches après avoir contracté le virus, c'était encore une autre difficulté pour les soignants, dont 90% ont affirmé avoir cette peur, et le sentiment de culpabilité d'être potentiellement un vecteur de la maladie en la transposant de leur milieu de travail vers leurs milieu familial, et en plus de contaminer leur familles il y avait le risque aussi de contaminer d'autres patients qui ne sont pas atteints du covid 19.

Management pendant le plan blanc: il faut prendre en compte aussi que le changement dans l'organisation des établissements de santé est aussi un impact pour les professionnels de santé qui sont normalement déjà habitués à travailler d'une certaine façon différente du jour au lendemain. Ces changements d'organisation sont vus comme des perturbations par 59% des personnels de santé. En plus ils jugent que la communication à été insuffisante, c-à-d il y a eu une manque d'information par les personnels, chose qui joue un rôle crucial dans la lutte contre la covid 19.

Rémunération disproportionnée: Les professionnels de santé ont sans doute subi une énorme augmentation de charge de travail. Le quotidien des professionnels a été bouleversé brutalement avec la création de filières spécifiques à la covid 19, c-à-d une adaptation et aussi des formations des professionnels de santé sont requises pour faire face aux impacts de la pandémie. Mais du coup leur rémunération n'a pas suivi ce changement. Donc c'est du travail en plus sans l'augmentation des salaires.

Les professionnels de santé du secteur libéral ont aussi connu une diminution parallèle et significative de l'activité, par conséquent leur rémunération a baissé, 65% des répondants ont vu leurs charges de travail diminuer. "L'assouplissement des conditions de remboursement des téléconsultations par les médecins ainsi que le renouvellement des ordonnances par les

pharmaciens sont les mesures dérogatoires les plus appréciées. 62 % des professionnels libéraux rapportent cependant des difficultés à assurer le suivi de leurs patients”. Du à ça aussi, des médecins libéraux ont vu leur rémunération baisser pendant la crise sanitaire du covid 19.

Manque de matériels de protection: pendant le début de la pandémie les établissements réclament le manques des matériels des protection, c-à-d les EPI dans les hôpitaux, notamment les masques de protection FFP2, les lunettes de protection, de surblouses, et aussi le manque du gel hydroalcoolique. Les ressources essentiels pour lutter contre la pandémie n'ont pas été disponibles le plus rapidement possible pour la protection et une meilleure prestation des services des professionnels de santé, chose qui a impacté directement leur travail.

Les difficultés auxquelles les professionnels de santé ont dû faire face sont évidentes, dont les responsables en grande partie sont les autorités publiques, plus précisément les autorités publiques du système sanitaire de chaque pays, dont la raison principale c’est la mauvaise gestion de la crise sanitaire dans les hôpitaux, peut à cause de son caractère impair, mais il fallait répondre plus efficacement à cette situation pour permettre aux professionnels de santé de mieux exercer leur travail pour la population.

1.2.2. L’hôpital dans la crise et dans le système de santé

Nous avons citer quelques facteurs qui ont suscité un stress directement chez les professionnels de santé au début de la pandémie du coronavirus. Nous pouvons à présent parler un peu plus d’une manière globale de l’impact de covid 19 dans les hôpitaux.⁷

1.2.2.1. un impact concentré sur quelques services

Sans vouloir être redondant, l’impact de la covid 19 qui nous vient à l’esprit dès qu’on se réfère aux hôpitaux c’est la concentration sur quelques services. Le covid 19 n’a pas affecté de la même façon tous les services d’un hôpital. à titre d’exemple, les activités hospitalières les plus requises pendant la première année de la pandémie sont les services de soins digestifs et d’orthopédie traumatologie.

⁷ <https://infirmiers.com/>“le covid et ses impacts sur les professionnels de santé”, juin, 2020

Vu que le covid 19 est une maladie respiratoire, elle a principalement affecté le service de pneumologie, ainsi que la réanimation pour les patients avec des problèmes graves de la maladie.

Selon l'enquête de l'OMS(2020) dans les pays ayant répondu, plus de 70% des hospitalisations au début de la pandémie été du à cause du nouveau coronavirus, donc c'est comme si les autres services n'existaient plus, les hôpitaux ont du s'adapter à répondre en grande partie seulement les malades du covid 19, au détriment des autres services de soins, vu que presque tous les attentions étaient sur la maladie.⁸

1.2.2.2. Les défis des hôpitaux dans la gestion de la crise sanitaire

Il est important de prendre en compte que l' hôpital lui-même est un élément dans l'ensemble du système de santé, donc pour nous aider à comprendre les principales difficultés dont les hopitaux ont fait face dans l'essai de contourner la crise sanitaire, il est intéressant de regarder dans son ensemble.

La télémédecine: la télémédecine peut être vue comme une solution au début de la pandémie, mais ça n'a pas été aussi facile à appliquer comme nous pouvons le penser. La relation avec les patients atteints du covid 19 pourrait être opérée à distance dans le but d'essayer d'alléger la surcharge des hôpitaux vu qu'il y n'avait pas de place.⁹

La télémédecine vient à peine de se développer avant la crise sanitaire, mais il y a deux facteurs qui ont donné un frein à ce moyen. Tout d'abord le premier facteur c'est la réticence des médecins, vu que la traduction médicale privilégie la relation directe entre le patient et le médecin. La téléconsultation semblait être une relation dégradée du médecin au patient, on va dire c'est ne serait pas du même niveau de qualité d'offre de soins comme quand le rendez vous physique, donc c'est ne sont pas tous le médecins qui avait une expérience sur la télémédecine, qui a son tour pourrait servir comme un outil au moment de la pandémie.

Un autre facteur qui a mis un frein sur développement de la télémédecine est qui sur le plan réglementaire, la téléconsultation avait un moindre remboursement, et aussi avec des obstacles administratifs, c-à-d avec des enregistrements difficiles. donc ces deux facteurs là ont brusquement devenu encore plus évidents avec la crise sanitaire, c-à-d vu que les

⁸ idem

⁹ Labaye E, 2020

médecins n'avait pas un esprit ouvert avant le début de la pandémie du coronavirus, et aussi avec le bas remboursement des téléconsultations, il n'existait pas vraiment une expérience dans ce domaine pour pouvoir faire face à la crise sanitaire, donc ça été un des plusieurs obstacles dans les hopitaux.

Un autre soucis dont les hôpitaux ont fait face c'est "l'hospitalo centrisme", c-à-d tout le système de santé dès l'avènement de la pandémie il se concentre sur l'hôpital en lui même et sur les soignants, du le nom "hospitalocentrisme". Les premières mesures prises dans les pays contre la propagation du virus est le confinement obligatoire, dont les personnes étaient conseillées de n'est pas aller directement aux urgences dans les hôpitaux, ou chez son généraliste, mais plutôt d'appeler si les symptômes ne sont pas graves, ou si c'est un autre besoin de santé qui c'est ne pas nécessairement aller aux hôpitaux qui étaient déjà surchargés, mais en réalité ça n'a pas été le cas dans plusieurs établissements sanitaires, peut être au début les personnes étaient en panique, mais dès les premiers symptômes, même les plus légers du coronavirus, certains citoyens continuaient à se déplacer vers les hôpitaux, où il n'y avait pas de places, ou bien des lits, donc c'est une difficulté aussi dans ces établissements vu qu'ils étaient vraiment surchargés, et les personnels épuisés, et sans le matériel de protection suffisant, donc en pratique tout était centré sur l'hôpital.¹⁰

En réalité, le système s'est retrouvé hospitalocentré et quasiment entièrement tourné vers la covid 19 à cause du comportement des patients, vu que les patients majoritaires occupant les lits hospitaliers étaient atteints du covid 19, et les autres personnes avec des autres problèmes de santé ont quasiment disparus des hôpitaux, ils se sont confinés chez eux, peut être par peur d'être contaminés à l'hôpital, donc c'est comme si à la première année de la covid 19 les hôpitaux ont servi seulement à traiter des malades de covid 19.

Difficulté dans la gestion des ressources humaines et des ressources financières: la gestion des ressources humaines a été un défis aussi dans les hôpitaux, car après la première vague , et l'avènement de la deuxième vague du covid 19, les professionnels de santé étaient épuisés, vu la charge dont ils ont subi lors de la première vague, et en plus les autres patients commencent à revenir dans les hôpitaux, dû tous les services commencent à être chargés, donc le souci ici c'est le personnel.

¹⁰ idem

Le problème financier est un autre défis que les hôpitaux ont dû endurer après la difficulté de la gestion des ressources humaines, c-à-d en plus de l'épuisement des professionnels de santé. Il a été possible de remarquer que les établissements n'ont pas été touchés par la crise de la même façon, c-à-d dans les différentes régions, chose qui est due à cause de la redistribution des ressources matérielles, donc c'est la faute des autorités publiques qui n'ont pas su gérer les moyens matériels entre les établissements, un exemple c'est la comparaison entre les établissements de santé en centre ville, et ceux de les villages, le traitement et les moyens de traiter les patients sont inégaux, donc on peut conclure qu'il existe un problème grave de gestion de la part des autorités responsables.¹¹

Pour terminer, nous pouvons considérer que les approvisionnements ont été le problème central de gestion, c-à-d il a été inimaginable que même dans les pays de l'OCDE il y aurait le manque des gants, des surblouses, de médicaments, des masques, qui dira dans les pays de l'Afrique, la situation était encore plus critique dans cet aspect, mais c'est ce que nous avons vécu au début de la pandémie. La crise sanitaire a révélé la fragilité des chaînes d'approvisionnement en général, dont les professionnels de santé, même le reste de la population, n'avaient pas conscience. donc la vulnérabilité des chaînes d'approvisionnement est devenue évidente avec la pandémie, avec le manque de stock de matériel par tout, c-à-d que les hôpitaux ne sont pas préparés pour des situations pareilles, et cette situation a révélé une certaine désorganisation économique.

Donc nous pouvons considérer que la question des approvisionnements est le problème de gestion le plus grave durant la pandémie, vu que ce problème a révélé le vrai état de santé de l'économie et de gestion des systèmes de santé dans les pays, en laissant les établissements de santé dans des situations catastrophiques.

Les établissements du secteur public, et du secteur privé ont tous vécu presque les mêmes difficultés dans tous les pays du monde affectés par la pandémie du coronavirus, l'épuisement moral et physique des personnels de santé, et aussi le manque des matériaux adéquats aux professionnels ont été les principales problèmes à l'intérieur des hôpitaux, sans compter que les professionnels de santé ne disposaient pas des compétences pour faire face à cette situation, c-à-d il n'était pas préparés à une crise sanitaire de ce niveau, comme exemple c'est

¹¹ idem

le cas des médecins qui n'avait d'expérience avec la télémédecine, donc il faut encore investir dans la formation des professionnels de santé.

Section 2: Stratégie de réorganisation des hôpitaux face à la crise sanitaire covid 19

Devant l'afflux de patients hospitalisés avec un recours important et prolongé aux soins de réanimation, les structures sanitaires ont dû se réorganiser rapidement avec notamment la création d'unités covid 19 et l'ouverture de lits supplémentaires de réanimation, c-à-d une réorganisation des conditions de travail dans les établissements de santé se fait nécessaire pour augmenter la performance des soignants, c'est ce que nous allons voir par suite.

2.1. Le changement dans le milieu hospitalier

“Face aux mutations perpétuelles de l'environnement socio-économique, à l'évolution des exigences de la population et aux pressions budgétaires et concurrentielles, l'hôpital se trouve dans l'obligation de conduire des changements pour mieux s'adapter à ces impératifs contextuels. Autrement dit, il est condamné à changer (Kleiber, 1997) car toutes les variables et les composantes, qui caractérisent la réalité hospitalière, convergent vers la nécessité de mener des changements dans les hôpitaux”¹²

Il est clair que dans la situation que nous vivons aujourd'hui un changement plus profond se fait nécessaire dans nos hôpitaux pour répondre aux nouveaux besoins des patients. “De ce fait, plusieurs démarches de changement, sous formes de réformes et de restructurations pluridimensionnelles, sont mises en œuvre dans les établissements hospitaliers pour assurer l'efficacité et la qualité des prestations offertes à leurs usagers.”¹³

Ce que nous devons comprendre est que le changement fait partie du management dans n'importe quelle organisation, il est nécessaire pour accompagner les différents changements que le monde peut traverser. Donc nous allons par la suite essayer de comprendre comment la théorie de changement peut aider les établissements de santé dans la démarche de management.

¹² Boiteau et Baret, 2017

¹³ Brahim, Wadia, 2019, p 428

2.1.1. Le management de la qualité comme théorie de changement

Selon plusieurs auteurs, le changement passe forcément par un processus d'apprentissage de nouvelles capacités collectives (Crozier et Friedberg 1977, Bateson, 1977, Kourilsky 1995, Yatchinovsky, 1999). Par ailleurs, les démarches Qualité sont considérées comme des systèmes d'apprentissage focalisés sur le développement de nouvelles compétences et capacités (Shiba, 1997). De ce fait, nous pouvons considérer la mise en œuvre d'une démarche Qualité comme un processus de changement qui s'appuie essentiellement sur un système d'apprentissage (Nouiga, 2003).¹⁴

Dans la même logique, G. Barouch (2017) considère le management par la qualité comme un changement décisionnel, organisationnel et culturel qui permet de converger un ensemble d'attentes divergentes vers l'atteinte des objectifs communs.¹⁵ Ces auteurs décrivent l'instauration du management par la qualité comme étant un changement radical abordé d'une manière proactive. D'autres acteurs décrivent cette démarche, c-à-d la mise en place d'un système de management de la qualité comme étant un processus progressif qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue.

À Travers cela , deux types de changements de qualité sont identifiés: le changement radical et aussi le changement par l'amélioration continue. Malgré les divergences qui existent entre ces deux approches de changements, nous pouvons conclure que toutes les deux démarches de qualité engendrent une dynamique dans les organisations et génèrent des changements culturels, organisationnels et techniques.

Dans la situation que nous vivons aujourd'hui avec la pandémie du coronavirus, ces changements sont les résultats désirés pour pouvoir répondre efficacement à la crise sanitaire, que ce soit par l'approche de changement radical, c-à-d le milieu sera changer totalement et en peu de temps pour appliquer des nouvelles formes de gestion , ou bien que ce soit par l'approche de changement par l'amélioration continue, c-à-d la gestion dans l'établissement sera refaite petit-à-petit dans le sens de l'améliorer les formes de gestion, la seule chose qui importe est qu'il existe un changements pour s'adapter aux nécessités actuelles.

¹⁴ cité par Brahim, et Wadia, 2019, p 433

¹⁵ idem

2.1.2. Le changement par les démarches qualité dans les établissements de santé

Selon P. François et P. Pomey (2005), l'implantation d'une démarche Qualité dans un hôpital génère un ensemble de changements positifs, elle permet de réduire le cloisonnement des structures et des métiers, d'améliorer les relations entre les professionnels hospitaliers, d'assurer une forte participation du personnel et de créer les conditions favorables pour une amélioration continue des activités et des prestations hospitalières. Mieux encore, elle permet d'améliorer les pratiques professionnelles et de modifier profondément le mode de management et la culture des acteurs hospitaliers.¹⁶

La mise en place d'une démarche qualité dans les hôpitaux est fondamentale vu qu'elle va justement créer des changements positifs, c-à-d cette démarche va apporter une amélioration dans plusieurs sens dans la gestion et organisation des établissements de santé. Mais selon Brémond (2013) la changement par la qualité dans les hôpitaux peut se montrer un peu plus difficile à la réussir, plus particulièrement dans les hôpitaux publics vu qu'ils doivent encore suivre les directrices de la tutelle de l'État.

Selon le modèle de S.Shortell (1998), a réparti les facteurs de réussite du changement par la qualité dans les hôpitaux en quatre groupes importants:

La dimension stratégique : La direction doit promouvoir et intégrer la démarche Qualité dans le projet stratégique de l'hôpital. Elle doit aussi garantir l'implication de tous les acteurs hospitaliers pour réussir le changement par la démarche Qualité ¹⁷.

La dimension structurelle : La qualité doit être intégrée dans les niveaux opérationnels de l'hôpital. En d'autres termes, il s'agit de décliner la politique établie par la direction dans toutes les unités de soins pour améliorer la pratique soignante ¹⁸.

La dimension technique : Pour qu'il existe un changement dans une organisation, il faut tout d'abord changer les comportements de individus composants de l'organisation, insiste sur

¹⁶ Chassin, 1996, Briand et al., 2001

¹⁷ C. Duval (2017)

¹⁸ idem

l'amélioration de la communication, de la formation et de l'information des acteurs hospitaliers pour réussir le changement par la qualité dans les hôpitaux.¹⁹

La dimension culturelle : La dissémination d'une culture qualité dans l'hôpital est un processus difficile et lent car le changement culturel demande un travail en profondeur sur les valeurs, les croyances et les pratiques professionnelles . Donc il est nécessaire d'investir plus aussi sur la culture des professionnels de santé, et non seulement viser sur le côté technique.²⁰

Nous pouvons aussi dire que le changement par la qualité dans le milieu hospitalier demande une prise en charge forte de la part des tous les acteurs de l'hôpital, c-à-d la direction doit organiser le changement dans l'établissement de santé, le personnel a son tour il est le moteur du changement vu qu'ils vont le mettre en oeuvre, et les patients aussi doivent accepter facilement des changements dans les hôpitaux.

2.2. Création des moyens d'appui aux professionnels de santé dans les établissements de santé

Les Professionnels de santé sont les personnes les plus vulnérables à être contaminés par le virus, et il ne peuvent pas s'éloigner des hôpitaux pour se protéger vu que est leur lieu de travail, et au même temps ils sont cruciaux dans la lutte contre la pandémie, c-à-d ils sont l'élément clé de la riposte à la pandémie.

2.2.1.Interventions d'appui aux professionnels de santé pour la protection de leur santé

Tout d'abord avant d' envisager quel type de démarche de changement dans les hopitaux, il faut prendre en compte que les soignants sont les plus vulnérables dans la pandémie de covid 19, donc il faut mettre en place des actions pour leur protection afin qu'ils puissent travailler en sécurité.²¹

¹⁹ idem

²⁰ idem

²¹ OMS, 2020, “ gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la covid 19”

2.2.1.1.Lutte anti-infectieuse

Pour la lutte contre l'infection des soignants de santé pendant leur travail, il est fondamental que les éléments nécessaires pour la préparation et la riposte aux épidémies et pandémies soient mis en place dans les établissements de santé au niveau national et régional.

Il est notamment essentiel, pour éviter la transmission des agents pathogènes et la propagation des épidémies, de désigner des référents et des équipes compétents pour la lutte anti-infectieuse, d'appliquer effectivement les modes opératoires normalisés en la matière au centre de soins et d'assurer une dotation suffisante en matériel et en personnel dans les unités cliniques. Les agents doivent être bien formés aux mesures de lutte anti-infectieuse dans le contexte de la COVID-19, porter le bon équipement de protection individuelle (EPI) et appliquer les mesures de sécurité requises pour éviter l'infection sur leur lieu de travail, dans leur ménage et dans la communauté.²²

Quelques actions doivent être entamés dans les établissements de santé pour protéger les professionnels de santé dans leur milieu de travail, comme par exemple ²³:

- ❖ Renforcer les mesures de prévention, comme la distanciation physique, le lavage fréquent des mains et le respect des règles d'hygiène respiratoire.
- ❖ Former tous les agents de santé et les travailleurs sociaux à la lutte anti-infectieuse et aux mesures concernant spécialement la COVID-19, dont les bonnes façons d'utiliser, d'enfiler, de retirer et d'éliminer les EPI, dans les scénarios de disponibilité suffisante ou insuffisante
- ❖ Mettre en œuvre les stratégies recommandées pour la lutte anti-infectieuse : détection précoce, précautions visant à éviter la transmission pour les cas suspects ou confirmés de covid 19 ;
- ❖ Garantir la disponibilité des fournitures de lutte anti-infectieuse (solution hydroalcoolique, savon, désinfectants pour les locaux, EPI) et l'accès à celles-ci, quantifier les besoins en fournitures et mettre en place au préalable les fournitures adéquates aux points d'entrée et dans les lieux de soins.

²² idem

²³ idem

Ce sont juste quelques actions qui peuvent être mis en place pour protéger les professionnels, dans le sens d'éviter leur contamination dans le lieu de travail, éviter la contamination des agents de santé est le premier pas dans la riposte à la pandémie.

2.2.1.2.Créer des conditions de travail décentes

Avoir des conditions de travail nécessaires et adéquates à la sécurité et bien-être des professionnels de santé fait partie de la stratégie de redéploiement dans les hôpitaux. Cette crise sanitaire nous montre la taille de l'importance d'assurer la santé et la sécurité dans le milieu hospitalier, y compris les ressources matérielles suffisantes pour accomplir les tâches dans les établissements de santé.

Les autorités dans les établissements de santé doivent prendre en charge la sécurité physique et mentale des soignants, comme par exemple éviter toute forme de discrimination et de violence envers les professionnels de santé en rapport avec la covid 19; informer les soignants de santé sur leur droits, devoirs et responsabilités dans le contexte de réorganisation dans les hôpitaux; assurer que les travailleurs ont consenti de travailler dans les soins dans le cadre de la covid 19 et travailler obligatoirement avec de EPI adéquats; le personnel lié au patients de covid doivent avoir une formation pour mieux répondre aux besoins de santé; sans laisser de côté la santé mentale des professionnels de ce secteur, c-à-d il faut investir dans la préservation de l'état mental des professionnels qui endurent des moments très durs pendant la pandémie, comme par exemple créer des services de soutien psychosocial, former des professionnels qui seront responsables de la santé mentale des soignants de santé, et de les suivre régulièrement pour procurer un bien-être pour eux.²⁴

2.2.1.3.Améliorer la rémunération des professionnels de santé

Il est clair que le travail est devenu encore plus dur dans les établissements de santé, les charges horaires ont été augmentées, et le temps libre des soignants de santé a diminué, avec la fatigue physique et mentale de ces derniers il est juste d'ajuster leur rémunération, une mesure qui doit faire partie obligatoirement dans la stratégie de réorganisation des hôpitaux. En d'autres termes, la rémunération doit être proportionnelle aux heures de travail et d'autres facteurs que les professionnels de santé peuvent subir.

²⁴ idem

Il faut peut-être octroyer des primes pour compenser les charges de travail alourdies, et les risques liés à cette maladie, peut être donner des congés payés, assurance contre les risques professionnels dont ces travailleurs font face quotidiennement.²⁵

2.2.2.Interventions pour améliorer les capacités des professionnels de santé

Même si les professionnels de santé ont fait tous les efforts pour mieux répondre aux nouveaux besoins de santé amenés par la crise sanitaire, nous pouvons conclure qu'ils n'étaient pas vraiment préparés pour une situation de cette taille, donc investir dans l'amélioration de leurs capacités est primordiale dans les établissements de santé pour faire face à la crise.

Avant même de penser à une stratégie de redéploiement du personnel de santé pour faire face à la crise sanitaire il faut penser à renforcer leurs compétences, tous les agents de santé qui sont en contact direct avec les patients atteints du coronavirus doivent recevoir une formation et des informations appropriées concernant la covid 19, c-à-d en fonction de leurs rôles et capacités ils doivent être compétentes pour accomplir leurs tâches de la meilleure manière possible.

L'amélioration des compétences du personnel de santé est indispensable notamment pour la prise en charge des cas suspects ou confirmés de la covid 19, plus précisément en ce que concerne la lutte anti-infectieuse, et le travail dans des environnements qui nécessitent une attention en plus, comme les services d'urgence, les unités de soins intensifs, pour mieux faire face à l'augmentation du nombre des cas.²⁶

2.2.3.Interventions pour améliorer l'organisation dans le hôpitaux

La rationalisation dans la répartition des personnels de santé est cruciale pour favoriser un environnement de travail favorable et une charge de travail acceptable. Vu que la pandémie touche tous les systèmes de santé nationaux à des degrés divers, un redéploiement temporaire ou peut être définitif du personnel de santé est requis. Un environnement de travail favorable

²⁵ idem

²⁶ idem

va permettre de renforcer les compétences des professionnels de santé et d'optimiser l'organisation et la charge de travail.²⁷

La réaffectation du personnel est nécessaire dans cette situation, 94% des pays enquêtés par l'OMS ont affecté partiellement ou entièrement le personnel de santé du domaine des maladies non transmissibles vers la lutte contre la covid 19.²⁸

Le report des programmes publics de dépistage comme exemple du cancer du sein, ou du col de l'utérus a été important justement pour réduire le maximum les soins non urgents dans les établissements de santé et laisser la place aux personnes touchées par la maladie du coronavirus. Il est évident qu'il existe une corrélation entre le niveau de perturbation des services de traitement des MNT et l'évolution de la pandémie du covid 19 dans les pays, donc la majorité des pays ont indiqué avoir intégré les services contre les MNT dans leurs plan national de préparation de riposte à la covid 19.

Il est évident que toute l'organisation dans les établissements de santé a été bouleversé, et il est une action nécessaire pour arriver à répondre le plus efficacement à la cette situation, nous allons voir d'autres moyens qui peuvent aider les professionnels, ou bien les systèmes de santé à faire face à la crise sanitaire, comme par exemple les NTIC.

2.3. Les NTIC comme appui à la gestion de la crise sanitaire

“La maîtrise de l'information est l'enjeu déterminant de toute organisation y compris dans une organisation à caractère sanitaire. Collecter l'information puis la traiter et en faire ressortir le résultat pour enfin le diffuser en vue de permettre la prise de décision, dans les situations normales ou de crises, exige des compétences spécifiques et des outils plus adaptés comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC)...Les NTIC regroupent les processus de collecte, de stockage, de traitement, et de diffusion de données (textes, images, son...)....La raison d'être de tout système d'information consiste en la transformation brute ou élaborée en information de décision, en d'autres termes en information utile”.²⁹

²⁷ idem

²⁸ OMS, 2020

²⁹ Salmi M, 2021

L'utilisation des différents moyens de communication et d'information est un moyen d'aider dans la lutte contre la covid 19 et ses effets néfastes sur le secteur sanitaire. Pour pouvoir mieux gérer un établissement de santé, c-à-d pour appliquer des meilleurs moyens de management comme une stratégie contre la crise sanitaire, il est nécessaire d'être le mieux informé sur le problème, donc tout d'abord l'information c'est la priorité. Nous allons voir par la suite que les NTIC sont un appui à la stratégie de management pour la réorganisation dans les établissements de santé.

2.3.1. La place des NTIC dans le secteur sanitaire

Tout d'abord il faut savoir que selon _Josianne. B a défini les T.I.C: Les Technologies de l'Information et de la Communication étant à un ensemble de technologies fondées sur l'informatique, la microélectronique, les télécommunications (notamment les réseaux), le multimédia et l'audiovisuel, qui, lorsqu'elles sont combinées et interconnectées, permettent de rechercher, de stocker, de traiter et de transmettre des informations, sous forme de données de divers types (texte, son, images fixes, images vidéo).³⁰

L'utilisation des NTIC est de plus en plus abondante dans les secteurs d'activités, et le secteur de santé n'est pas différent. "Le domaine de la santé n'échappe pas aux évolutions communes à l'ensemble de la société de l'information, en effet, les hôpitaux rassemblent les services médicaux et administratifs, dans lesquels l'utilisation des T.I.C paraît indispensable pour une meilleure production des soins aux patients, notamment avec les volumes importants de données et d'informations que produit chaque service dans son fonctionnement quotidien"³¹

La mise en place dans les hôpitaux améliorer l'offre des services de soins, elle offre aussi dans ce sens des nouveaux modes d'organisation, qui peuvent faciliter les activités en temps réel, et permettent une flexibilité accrue dans les services hospitaliers, l'importance de la mise en place de NTIC dans les hôpitaux est que ce moyen permet de répondre aux besoins et les nouveaux besoins des patients en matière de soins et de prestations médicales.

Nous pouvons citer comme exemple l'utilisation de l'e-santé et de la télémédecine qui sont considérés comme étant un bon exemple de l'apport des NTIC dans le secteur de santé.

³⁰ Josianne Basque, 2005

³¹ Bouhouili, et EL kahri, 2013

Chapitre II: Établissements de santé face à la crise sanitaire

L'e- santé est l'application de ces technologies à l'ensemble des activités en rapport avec la santé.³²

La télémédecine concerne l'ensemble des T.I.C qui permettent facilement l'exercice de la médecine à distance.³³

L'exemple clair de l'importance d'application des NTIC dans le secteur de santé est justement le contexte actuel qui nous vivons aujourd'hui, la crise sanitaire du covid 19, avoir des informations concises à travers les moyens d'information est fondamental pour qu'un établissement de santé puisse savoir comment agir de la meilleure façon, utiliser la télémédecine est indispensable justement pour offrir les services de santé à distance et permettre plus des lits dans les hôpitaux pour les patients dans des états plus critiques et aussi diminuer le risque d'infection des patients non atteints par la covid 19.

“Le recours des administrations publiques aux TIC est aujourd'hui généralisé dans de nombreux pays. En France, la circulaire du 16 septembre 1996 avait déjà spécifié que les systèmes d'information et de télécommunication ministériels devaient viser l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du service public ainsi que la simplification des relations avec les usagers”.³⁴

Les NTIC facilitent aussi les procédures administratives, c-à-d dans le secteur public plus précisément ce moyen permet aux patients d'accéder aux services de soins de santé plus efficacement sans beaucoup de procédures, sans compter avec la disponibilité de l'information aux patients en temps réel, chose que important de nos jours, donc nous pouvons comprendre que “l'usage des (T.I.C) et en particulier de l'Internet en tant qu'outil visant à mettre en place une administration de meilleure qualité envers les citoyens , on pourrait dire que l'administration électronique est un outil visant à rendre toute organisation, comme l'administration publique, plus souple en termes d'écoute et de réactivité pour satisfaire au mieux les besoins explicites, implicites de ses usagers” (OCDE)

Les NTIC sont un outil d'aide dans la gestion et organisation dans les établissements de santé non seulement en temps de crise comme c'est le cas actuelle mais depuis toujours, elles

³² idem

³³ idem

³⁴ idem

facilitent le management hospitalier, et par conséquent elles vont aider aussi dans le redéploiement des activités dans les hôpitaux.

2.3.2. La téléconsultation comme un outil à la riposte de la crise sanitaire

“En substitution aux consultations dans les cabinets médicaux, et dans le but de désengorger les hôpitaux et les cabinets qui représentent un milieu favorable à la propagation du virus, les médecins du secteur libéral ont essayé de trouver une alternative; la téléconsultation. De fait, ils ont opté pour les moyens de vidéotransmission habituels tels que Skype ou Whatsapp par exemple, ou tout simplement les appels téléphoniques, ou sur Viber, Messenger ou via les commentaires sur le réseau social «Facebook”.

³⁵ Nous pouvons prendre l'exemple de secteur de santé algérien il a été mis en place l'utilisation des NTIC comme appui à la gestion de la crise sanitaire dans le territoire, il a été mis en place une plateforme en ligne appelé Yassir consultation, mis à la disposition des citoyens, dont les médecins spécialistes volontaires étaient prêts pour répondre tous les questionnements et préoccupations de la population dont l'espérance de mieux servir à la population et de désengorger les hôpitaux. par ailleurs la société algérienne de cardiologie (SAC) a mis à la disposition des cardiologues un autre outil de travail en ligne qui pourrait faciliter la prise en charge des patients, en intégrant un module de téléconsultation, une autre initiative du groupe “winelka d'aides aux malades” a créé un groupe sur un réseau social appelé “stopcoronaDz” qui est une plateforme de téléconseil qui regroupe des professionnels de la santé de différentes spécialités qui se portent des bénévoles pour aider la population à mieux se protéger et éviter des surcharger les hôpitaux.

³⁶ Une autre plateforme de téléconsultation médicale appelé “etabib.dz” a été initié sur les réseaux sociaux pour permettre de consulter gratuitement par appel vidéo des médecins bénévoles des différentes spécialités, cette plateforme permet de consulter , de renouveler son ordonnance sans se déplacer vers un cabinet médical, ou un hôpital.

³⁷ Aussi le ministère de la santé comme étant un acteur important du secteur de la santé a lancé aussi une plateforme de sensibilisation en collaboration avec le ministère de la poste de

³⁵ Snoussi Z, 2020

³⁶ idem

³⁷ idem

telecommunications, Cette plateforme contient plusieurs rubriques qui apportent des renseignements relatifs au Coronavirus; modes de transmission et de diagnostic, principaux symptômes, prise en charge, consignes sanitaires, etc. Elle publie également un suivi quotidien des nouveaux cas confirmés et des décès. Une autre rubrique est aussi consacrée aux mesures prises par le gouvernement, et un espace est dédié aux professionnels.³⁸

Donc nous pouvons comprendre que les NTIC occupent une place importante dans la gestion de la crise sanitaire, non seulement elle facilite le travail dans les hôpitaux, vu que à travers la téléconsultation, télémedecine, e-santé, les hôpitaux peuvent être plus libres avec plus des lits pour les autres patients, aussi les professionnels de santé seront moins chargés et du coup ils vont offrir des meilleurs services des soins de santé, mais aussi l'utilisation de NTIC permettent une riposte efficace à la lutte, par conséquent il se fait nécessaire de renforcer les systèmes d'information et de communication dans le système de santé.

2.4. Le Management hospitalier de demain

Dès le début de la crise sanitaire actuelle il est né avec cette pandémie le problème de gestion dans les hôpitaux, c-à-d les services de santé ont été complètement bouleversés et les hôpitaux ont tournés vers un système "tout-covid", en d'autres termes tous les attentions étaient tournées vers les patients atteints par la covid 19, c-à-d les établissements publics se sont orientés majoritairement vers la gestion de la crise sanitaire où il existe le risque d'adopter un fonctionnement 100% covid 19, donc le soucis est de réorganiser les établissements de santé pour être on va dire un "système anti-covid" c-à-d où la gestion de cette maladie est déjà maîtrisée dans les hôpitaux, et trouver un équilibre pour tous les services hospitaliers.

Les Hôpitaux peuvent tirer quelques enseignements de la crise sanitaire pour pouvoir se prévenir des crises sanitaires futures et développer un nouveau management adapté à la gestion d'une situation pareille ou identique, nous pouvons voir quelques idées par la suite³⁹:

2.4.1.S'anticiper aux menaces

Se préparer à la menace est un exercice fondamental pour une démarche qualité dans les hôpitaux, nous avons assisté pendant la crise sanitaire que la majorité des acteurs de santé

³⁸ idem

³⁹ Labaye E, 2020

n'étaient pas prêts, ou bien ils n'ont pas anticipé une telle situation. Un établissement de santé agile doit savoir anticiper, réagir, et adapter son organisation à la situation actuelle.

L'action d'anticiper est basée sur la compréhension, donc il faut tout d'abord savoir au fond de quoi il s'agit, pour savoir comment se préparer, dans le cas de covid 19 il serait nécessaire d'étudier encore plus cette épidémie pour pouvoir se protéger des épidémies semblantes dans le futur, par exemple avec la crise actuelle les établissements de santé pourrait se baser sur ce événement pour en tirer des enseignements et pouvoir s'en servir dans le futur pour appliquer un management hospitalier qui s'adapte à une épidémie ou une pandémie.

Le fait d'anticiper permettra même aux établissements de santé d'appliquer un redéploiement dans le milieu hospitalier plus stratégique, efficace, et plus rapide, donc les effets de la crise sanitaire covid 19 ne se reproduiront pas, et éviteront le risque de bouleverser tous les services de santé, et tourner les systèmes vers un système de santé tout-covid, c-à-d les services centrés sur le covid 19, comme a été le cas au premier stade de la pandémie.

En temps de crises, les établissements de santé doivent avoir la capacité de s'adapter à la situation, dans le sens de sa structure et de son management, le covid 19 a révélé des faiblesses des ressources matérielles et des ressources humaines, c-à-d le manque des certains équipements nécessaires dans les hôpitaux, et aussi le manque d'effectif nécessaire à la lutte contre la pandémie du coronavirus. Donc il est évident que les établissements n'ont pas anticipé une situation pareille éviter l'impact dur sur les hôpitaux.

Mais il faut prendre aussi que c'est ne pas le rôle seulement des établissements de santé de se préparer, les autorités publiques responsables du secteur de santé ont aussi un rôle fondamentale dans cette démarche. "Se préparer aux menaces suppose aussi une action publique cohérente, qui définit un alignement entre les initiatives locales et celles menées au niveau national ou régional. Dans cette quête de cohérence, le comportement des acteurs engagés à chacun de ces niveaux est crucial."⁴⁰. Une cohérence avec l'action publique se fait nécessaire, c-à-d il faut une compréhension des logiques d'action au niveau national, régional, et local.

⁴⁰ idem

Être capable de s'adapter aux changements avec des ressources qui ce soit matérielles ou immatérielles dans un période courte de temps est un enjeu fondamentale pour faire face à une crise future.

2.4.2. Penser le management en proximité

Le management de proximité, ou bien management de terrain exprime un management situé en proximité, c-à-d qui est dans un contexte local, au niveau des équipes de soins, et au plus près de la prise en charge du patient, en d'autres termes exprime la cohésion d'équipe.

Le travail des équipes de soins pendant la pandémie a été un élément fondamental, donc la cohésion entre elles est primordiale. Donc le management en proximité est une des solutions à appliquer au sein des établissements de santé.

Organiser le travail en équipe en temps normal, va permettre une meilleure performance organisationnelle en temps de crise, comme exemple la prise en charge des patients sera moins complexe, supposons qui avant la crise du covid 19 les établissements de santé étaient mieux organisés, ça aurait évité le problème de manque d'effectif (d'ailleurs plusieurs hôpitaux ont fait appel à des étudiants en médecine, des stagiaires, de retraités , pour aider dans les hôpitaux) pour répondre aux besoins des patients, une telle situation qui a transformés les hôpitaux dans des lieux majoritairement centrés sur la covid 19.

L'organisation entre l'équipe de soins de santé a un rôle primordial dans le management hospitalier, elle permet la coordination des actions, la réaction en cas des situations inattendues, et la vitesse dans l'exécution.

En effet, les pratiques collectives, la mise en place des actions qui vont favoriser un climat organisationnels plus efficace dans le milieu hospitalier est le but du management en proximité, c-à-d d'établir une cohérence entre les actions des professionnels de santé pour une meilleure gestion d'une crise avec agilité et performance.

2.4.3. Équilibre entre performance interne et territoriale

Établir des pratiques de collaboration avec d'autres professionnels de santé situés dans des autres lieux, notamment des établissements privés et publics, peut être un outil dans la créativité organisationnelle, comme par exemple le cadre de la télémédecine, téléconsultation,

cette collaboration va permettre aux acteurs de santé d'appliquer un management hospitalier plus efficace.

Donc la recherche d'un équilibre interne des établissements de santé et aussi avec le territoire, c-à-d avec d'autres acteurs de santé est importante dans la gestion d'une crise sanitaire, nous avons vu avant par exemple à travers la téléconsultation que plusieurs médecins bénévoles en algérie se sont mis à la disposition pour aider les patients et aussi alléger les hôpitaux, ce sont des professionnels du secteur public et privé, donc nous avons vu que il est une action efficace et qui a fait différence dès l'avènement de la covid 19.

Introduire plus de coopération entre les organisations de santé, c-à-d entre les établissements et d'autres organisations de santé est une action qui peut avoir un rôle important, une telle coopération pourrait faciliter le parcours des patients, c'-à-d faciliter encore plus l'accès aux soins, permettre de mutualiser les ressources existantes, surtout au niveau de certaines professions de santé où les manques font défaut parfois, c-à-d une collaboration entre les différents acteurs de santé dans le territoire pourrait mieux répondre aux besoins sanitaires divers plus efficacement.

Donc, l'hôpital il a son rôle dans la société, nous avons vu avec l'émergence de la crise que le scénario a été très difficile dans les établissements de santé, la coopération entre les différentes organisations pourrait alléger cette tâche de grande taille, en prenant en compte toujours du but principal des établissements de santé qui d'offrir des services de soins et se possible de guérir les patients.

Comme conclusion de la section nous pouvons dire qu'il est évident que les établissements de santé manquent de plusieurs moyens matériels et immatériels pour lutter contre la covid 19, l'impact est lourd et peut ça prendra du temps pour que les hôpitaux reviennent au "normal". Il est nécessaire plus d'investissement dans le secteur de santé de la part des autorités publiques responsables, c-à-d des interventions dans la formation du personnels de santé pour améliorer les capacités, et des interventions matériels c-à-d dans les équipements nécessaires dans les hôpitaux.

Conclusion du chapitre

Nous avons pu comprendre à travers ce chapitre non seulement l'Algérie mais plusieurs pays ont du mal à faire face à la crise sanitaire dans les établissements de santé. Comme par exemple les interruption ou réduction des autres services de santé, les annulations des traitements prévus, la diminution des moyens de transport publics à cause du confinement obligatoire, et le manque de personnel parce que les soignants ont été mobilisés en renfort des services s'occupant de la COVID-19, sont des situations que la majorité des pays n'ont pas échappées,,même les pays de l'OCDE, selon l'OMS un pays sur cinq qui signalent des perturbations, c-à-d l'une des principales raisons de l'interruption des services est le manque de médicaments, de produits de diagnostic et d'autres technologies.

Donc les effets de la pandémie sont déjà là, dès présent les responsables doivent prendre des décisions vers un management qui n'est pas centré seulement sur le covid 19.

Chapitre III:

*Le redéploiement des activités : cas du
CHU de TO*

Introduction du chapitre

Après avoir fait un vue d'ensemble sur les notions de base du secteur de santé et sur l'impact de la crise sanitaire dans le monde et en Algérie, nous allons dans ce présent chapitre nous consacrer sur les effets de la pandémie dans la wilaya de TO, et plus précisément sur le Centre-Hospitalo Universitaire (CHU) de TO.

Tout d'abord dans la première section nous allons exposer la présentation du CHU Nedir Mohammed de TO;

Nous allons aussi parler dans la deuxième section du chapitre sur l'impact de la crise sanitaire à TO, et plus précisément dans les activités du CHU de TO.

Section 1: Présentation de CHU Nedir Mohammed de TO

Dans un premier temps, il nous semble nécessaire de présenter la structure du CHU de TO avant d'aborder l'impact de la pandémie dans le fonctionnement de l'hôpital, la présentation de la structure va nous permettre de mieux comprendre les bouleversements qui ont été engendrés par la crise sanitaire du coronavirus. ¹

1.1. Structure du CHU Nedir Mohammed de TO

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement public qui est à caractère administratif avec capacité de 1000 lits qui sont organisés et répartis en 42 services d'hospitalisation, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales de biologie, de radiologie et entre autres services. Cet établissement a une couverture régionale, il couvre quatre wilayas (Tizi Ouzou, Bejaia, Boumerdes et Bouira).

Le CHU de TO est un établissement de santé qui répond à une population d'environ 3 millions d'habitants, et il assure des missions de formations et de recherche. En matière de santé, il assure des activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention, et aussi toute activité qui préconise à la protection et à la promotion de la santé et de la population. Il met en œuvre des programmes nationaux, régionaux, et locaux de santé, il contribue aussi à la promotion et à la protection de l'environnement dans les domaines de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité, et de la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux. ²

Dans le domaine de la formation, cet établissement de santé 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

¹ CHU TO et le Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27: cité par Sifaoui F, 2017

² Ait Sai et Amroun Yanis, 2017

oeuvre des programmes y afférents, et en matière de recherche, il effectue des travaux d'études et recherche dans le domaine des sciences de santé.³

Le centre Hospitalo universitaire de Tizi Ouzou est constitué de deux unités:

- L'unité principale: l'hôpital Nedir Mohammed
- l'unité Belloua

Unité Nedir Mohammed

Elle a été construite dans les années 50 et a été mise en service en juillet 1953, elle est construite en pavillons interdépendants qui sont reliés par des passerelles qui vont justement permettre une meilleure communication des différents services et qui vont faciliter le transfert des malades.

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

Unité Belloua

L'unité Belloua est une structure qui est située à 4 km de l'unité mère Nedir mohammed, elle est constituée par quatre bâtiments qui sont reliés par des grands couloirs, et elle a une capacité de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

1.1.2. Organisation et fonctionnement du CHU de TO

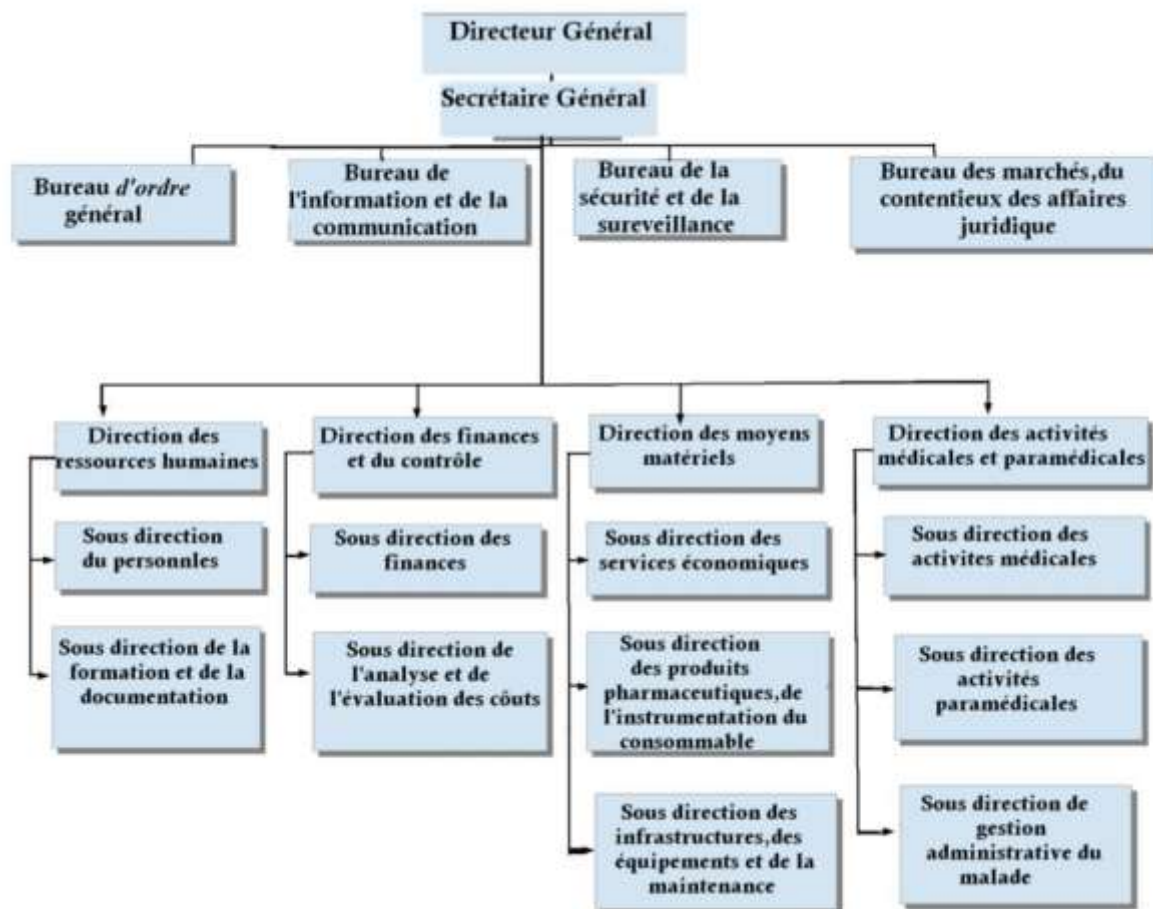
Dans ce présent point nous allons présenter l'organisation administrative et médicales du CHU de TO, qui est un point important pour notre travail vu que nous cherchons à voir comment le fonctionnement et l'organisation a été bouleversé par l'avènement de la pandémie du covid 19.

1.1.2.1. Organisation et gestion administrative du CHU de TO

Le CHU de To est administré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur général qui est doté d'un conseil scientifique, et il est assisté par un comité consultatif comme il est présenté dans l'organigramme qui suit:

³ idem

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>.

À partir de cet organigramme nous allons détailler les centres de responsabilité suivants :

Direction du CHU de T-O

Le Directeur du Centre Hospitalo- Universitaire est nommé par l'arrêté du ministre chargé de la santé. Il est le responsable de la gestion du CHU. Par cela, il représente le CHU devant la justice et dans tous les actes de la vie civile, il est ordonnateur du CHU, il représente aussi les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du CHU, il met en place aussi le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur, et il met en oeuvre 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 les 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 .⁴

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration comprend un représentant du ministre chargé de la santé, comprend aussi un représentant du ministre chargé de l'administration des finances, un représentant aussi des assurances économiques, un représentant des organismes de sécurité sociale, comprend un autre représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, un autre représentant des spécialistes hospitalo-universitaires qui est élu par leurs pairs et le président du conseil scientifique du CHU.

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec une voix consultative et assure le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat qui s'étale à trois années, qui peuvent être renouvelables par arrêté du wali, sur la proposition des autorités et les organismes dont ils relèvent.

Le conseil d'administration délibère sur:

- ❖ le plan de développement à court et à moyen terme de l'établissement;
- ❖ le projet de 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 .

Le conseil d'administration 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

⁴ Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27 : cité par Sifaoui F, 2017

tiers de ses membres. (source: Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. Journal officiel, 10/12/1997, n°81, p. 21-27.)

Le conseil scientifique

Le rôle du conseil scientifique est de proposer les mesures qui seront destinées à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention, la réparation des personnels, c-à-d les mesures qui sont en relation avec les activités des services. Il participe aussi à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et aussi il évalue les activités des services en matière de soins, de formation, et aussi en matière de recherche.

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 toutes les questions à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend notamment: 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 qui peut être 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 du président du conseil, ou soit de la majorité de ses membres du conseil, ou aussi du directeur général du CHU .⁵

Directions de l'organisation administrative

La direction de l'organisation administrative est sous l'autorité du directeur général, elle 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.

⁵ idem

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 ⁶

La Direction des ressources humaines

La direction des ressources humaines comprend notamment:

- 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;

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, entre autres. Cette direction est chargée principalement d'assurer les tâches relevant des domaines suivants :

- **Recrutement**

Le recrutement dans le CHU se fait en fonction des besoins des différents services administratifs et médicaux, permettant de pourvoir les postes vacants à la suite des départs à la retraite, de maladie, de congés; ces besoins sont déterminés à travers le biais du plan annuel de gestion des ressources humaines qui est un tableau récapitulant la situation des effectifs du C.H.U, les besoins en personnel, les postes actuels et la répartition des postes budgétaires. Ce plan annuel va déterminer aussi le calendrier des recrutements. Ce plan est envoyé à la direction de santé et au ministère, tous les fins d'année, pour sa validation et l'accord. Les proportions d'employés recrutées par voie interne et externe sont fixées par les statuts particuliers des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé. En effet, l'article 06 du décret exécutif n°91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier de ces derniers fixe la

⁶ Ould, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010

proportion de recrutement interne pour cette catégorie de personnel à 50% des postes vacants. La proportion du recrutement externe est aussi de 50% qui se fait par un appel d'offres souvent lancé par le biais des canaux légaux que sont la presse et l'affichage dans les lieux publics avec un délai d'un mois.

- **Rémunération**

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

- **Promotion et sanction**

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

- **La formation**

Dans le CHU la formation se divise en formation de base et la formation continue. D'après l'article 3 du décret exécutif n° 96-92 la formation continue est une obligation pour les établissements publics à caractère administratif, à cette effet, chaque fin d'année, après l'envoi du ministère des principaux thèmes de formation pour le CHU de T-O, il y'a une nécessité de déterminer les besoins en formation, d'élaborer un plan de formation et de permettre la faisabilité de ces formations, en assurant le transport, et tous les moyens nécessaires. La formation a comme principal finalité, la promotion du personnel, le perfectionnement et le recyclage, donc la formation spécialisée est destinée à l'occupation initiale d'un emploi public, ou à l'accès à un corps ou grade supérieur pour les fonctionnaires en activité, ainsi qu'à la préparation aux concours et examens professionnels, le perfectionnement vise à l'amélioration, l'enrichissement, l'approfondissement, la mise à jour des compétences professionnelles du fonctionnaire et le recyclage, à pour objectif

d'adaptation d'un emploi public compte tenu de l'évolution des méthodes et des techniques, ou des changements importants intervenus dans l'organisation, le fonctionnement et les missions du service.

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

La direction des finances et du contrôle 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 principal 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 .

- **La Direction des moyens et matériels**

La direction des moyens matériels elle comprend :

- 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.

- **La direction des activités médicales et paramédicales**

Elle comprend :

- la sous-direction des activités médicales qui comporte : le bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités médicales ; le bureau de la permanence et des urgences; le bureau de la programmation et du suivi des étudiants.

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

1.1.3. 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 ⁷:

1.1.3.1. 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 les 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.

D'autre part, 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 maîtres conférenciers, 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

⁷ cité par Bouadi S, p 104

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 .

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 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 .

Les maîtres conférenciers 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 chargé 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 .

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 maîtres conférenciers 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 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, il 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, il 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 docents, et dans le domaine des soins ils sont chargés de :

Assurer tous les soins liés à leurs compétences, contribuent 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.⁸

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

⁸ Sifaoui F, 2017

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.

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.

1.1.3.2. 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.⁹

1.1.3.3. Le personnel administratif

On retrouve notamment, les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économe. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements 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'économie, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en denrées de tous genres et objets mobiliers de toute nature. De ce fait, le fonctionnement de cette organisation (CHU) est assuré par un effectif tous corps confondus de 2 425 employés.¹⁰

1.1.4. Les différents Services d'activités du CHU de TO

Le CHU de T-O est organisé en différents services, ces services sont les services d'hospitalisation, service des urgences et les services médico-techniques.¹¹

1.1.4.1. Services d'hospitalisation

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

Le CHU du T-O contient plusieurs services d'hospitalisation notamment :

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

⁹ Ait Sai et Amroun, 2017

¹⁰ idem

¹¹ Sifaoui F, 2017

- **Les Services médicaux à savoir** : médecin interne, Cardiologie, Hématologie, Réanimation médicale, Réanimation chirurgicale, Pédiatrie, Maladies infectieuses, Psychiatre, Néphrologie, Hémodialyse, Urgence de Médecine, Urgence de pédiatrie, Service de tri.

1.1.4.2 Service des urgences

Dans le service des urgences, sont dirigés les blessés et les malades où son état nécessite un traitement immédiat. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

1.1.4.3 Services médico-techniques

Les services médico-techniques sont représentés principalement par le service de radiologie, et le laboratoire d'analyses médicales, Imagerie Médicale, Pharmacie, Maintenance Bio-Médicale, Centre de Transfusion Sanguine et Service Informatique. La participation de ces services à l'activité de l'hôpital mais ne remplissent se concrétisent lors de la fourniture des résultats des divers examens que demandent les services d'hospitalisation en les aidant à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mises en œuvre.

Nous avons exposé d'une manière générale sur la structure, l'organisation, et le fonctionnement du CHU de TO. Ce point est essentiel dans notre sujet de travail car il va nous permettre de comprendre un peu plus sur l'impact de la crise sanitaire du covid 19 sur les services d'activités au CHU de TO.

Section 2: Impact de la crise sanitaire du covid 19 dans la wilaya de TO

Dans ce point qui suit, nous allons mettre en exergue les bouleversements subis dans le CHU de TO, dans leurs activités dès l'avènement de la pandémie dans la wilaya de TO, et plus concrètement dans l'hôpital. ¹²

2.1. Rappel sur l'avènement de la maladie du coronavirus dans la wilaya de TO

Il serait intéressant de faire un petit rappel sur l'avènement de la maladie, cela va nous permettre de mieux comprendre l'impact de la crise sanitaire avec des statistiques en Algérie, plus précisément dans la wilaya de TO. ¹³

Selon les données recueillis par l'OMS (2020) le premier cas en Algérie était un ressortissant italien qui a été notifié le 25 février 2020 dans une base de vie à Hassi Messaoud dans la wilaya de Ouargla, par la suite le 02 mars 2020 un nouveau foyer a été détecté dans la wilaya de Blida à travers deux citoyens algériens résidants en France qui été de séjour en Algérie.

Depuis, la pandémie s'est propagée à l'ensemble du territoire algérien avec une prédominance dans les wilayas du nord, mais selon les données beaucoup plus sur la capitale et la wilaya de blida.

Nous pouvons voir l'impact de la crise sanitaire de la covid 19 dans la wilaya de TO a travers les statistiques et les événements suivants:

11 mars 2020: le premier cas positif dans la wilaya de TO au niveau de la commune de

Bouzeguene à travers une personne qui retournait de france

12 mars 2020: fermeture des universités et des écoles

17 mars 2020: la fermeture des mosquées

¹² exploitation des données au CHU de TO

¹³ exploitation des données au CHU de TO au service d'épidémiologie

Chapitre III: Le redéploiement des activités : cas du CHU de TO

19 mars 2020: premier cas enregistré au niveau de la wilaya

20 mars 2020: interdictions des manifestations

22 mars 2020: arrêt des transports publics

24 mars 2020: premier cas guéri au niveau de la wilaya

28 mars 2020: promulgation du confinement de 17 heures à 7 heures

4 avril 2020: confinement de 15 heures à 7 heures

24-25 mai 2020: fête de l'aid el fitr

14 juin 2020: déconfinement total de la wilaya

6 aout 2020: confinement ciblé de deux communes où il a été constaté que le virus circulait activement en l'occurrence TO et DBK pendant 14 jours

15 aout 2020: autorisation pour l'ouverture de la saison estivale et la réouverture conditionnée des mosquées.

1 septembre 2020: confinement partiel de la wilaya pendant un mois du 23 heures à 6 heures du matin.

Nous pouvons aussi observer le cumul des cas enregistrés au sein de la wilaya de TO à la date du 19 septembre:

- 2643 cas positifs à la PCR
- 983 cas probables (TDM: thoracique en faveur du COVID)
- 221 décès positifs
- 14 décès probables (TDM)
- 1347 cas guéris.

La wilaya de TO occupe la 16^{ème} place à l'échelle nationale.

Parmi les 2491 cas enregistrés au sein des communes de la wilaya pendant l'année de 2020, la commune de TO est la plus touchée avec une proportion de 31, 15 % suivie de la commune de DBK avec un taux de 8,8%, de Boghni 4,1 %, de azazga avec 3,6% et de LNI avec 3,53% des cas.

Chapitre III: Le redéploiement des activités : cas du CHU de TO

Depuis la notification du premier cas au niveau de la wilaya, le 11 mars au 19 septembre 2020, un nombre de 221 décès positifs à la PCR a été enregistré:

- le taux de létalité est de 8 %
- l'âge moyen des décès est de 72 ans, avec un âge minimal de 22 ans, et avec l'âge maximal de 98 ans
- Les comorbidités sont associées chez 82% des décès.

les communes qui ont enregistré le plus de décès sont :

- tizi ouzou: 45
- DBK : 10
- AEH: 9
- Azazga: 8
- LNI: 7
- Ouacifs: 7
- ouaguenoun: 6

Dès le début de la crise sanitaire nous pouvons compter jusqu'à plus de 260 000 cas et plus de 6800 décès.

2.2. Actions des pouvoirs publics algériens pour lutter contre la pandémie

Pour pouvoir faire face à la crise sanitaire dans les hôpitaux qui étaient surchargés, les pouvoirs publics algériens ont adopté une politique de réponse rapide à la pandémie pour aider les hôpitaux.

Ces allocations destinées au secteur de santé elles se sont divisées comme suit ¹⁴:

- 3,7 milliards DZD destinées aux fournitures médicales;
- 16,5 milliards DZD destinées aux agents de santé;
- 8,9 milliards DZD pour le développement du secteur de santé.

¹⁴ Rapport du FMI, 2020

Les autorités publiques ont mis en place aussi des importations importantes des produits et des équipements de santé pour combler le manque des équipements dans les établissements hospitaliers, en effet durant la pandémie, les procédures d'importations ont été simplifiées pour faciliter les échanges.

Il a été créé des hôpitaux locaux, et aussi des entreprises publiques ont été invitées à contribuer dans la lutte contre la pandémie, avec Getex, qui est une entreprise qui opère dans l'industrie textile, chargée de produire des masques, avec l'entreprise Saidal aussi qui opère dans l'industrie pharmaceutique à été demandé de produire encore plus des désinfectant pour les mains, qui est un produit qui été en pénurie au début de la pandémie, et aussi l'entreprise ENIE qui est une entreprise qui fabrique des produits électroniques, elle a été appelé à produire des ventilateurs quand il a eu le manque de l'oxygène aux patients atteints par la maladie de covid 19.

2.2.1. Dépenses publiques liées à la crise sanitaire dans la Wilaya de TO

Nous pouvons détailler quelques dépenses financières liées à la crise sanitaire dans la WTO durant les années 2020 et 2021, avec les données recueillies au niveau de la DRAG.¹⁵

2.2.1.1. Dépenses prises en charge (hygiène publique et sociale)

- I. Acquisition de produits et effets destinés à la lutte contre le coronavirus au profit des services de la protection civile d'un montant de 12 000 000,00 DA(4.000 000,00 dotation du BP 2020 + 8 000 000, 00 transfert), détaillé comme suit:
 - ☐ 833 950,00 DA destiné pour l'acquisition des thermomètres frontaux et des ensembles de pluie;
 - ☐ 198 016,00 DA acquisition de 16 distributeurs de gel hydraulique à pedale et 16 gel hydraulique;
 - ☐ 5 569 690,88 DA fourniture de protection et produit désinfectant;
 - ☐ 235 620,00 DA chlorure de chaux;
 - ☐ 787 500,00 DA smartphones destinées au personnel du corps médical.

¹⁵ direction de réglementation des affaires générales de tizi ouzou

II. Un montant de 11 000 000,00 DA est inscrit au budget supplémentaire 2020 de la wilaya destinée pour l'acquisition des produits et matériels de protection individuel au profit du personnel médical (matériel en cours de livraison BS 2020).

- ☐ 30 000 bavettes
- ☐ 1418 blouses
- ☐ 1000 combinaisons
- ☐ 810 masques FFPS
- ☐ pulvérisateurs
- ☐ autres effets et produits de désinfection.

2.2.1.1. Synthèse des autres dépenses liées à la crise sanitaire du covid 19

- ❖ subvention aux communes de la WTO pour l'acquisition de produit de désinfection d'un montant de 18 570 000, 00 DA
- ❖ prise en charge des familles impactées par les mesures de lutte contre le coronavirus par l'acquisition des produits alimentaires d'un montant de 86 174 912,40 DA
- ❖ acquisition de produits et effets destinés à la lutte contre le coronavirus au profit des services de la protection civile d'un montant de 12 000 000,00 DA
- ❖ subvention au centre hospitalo universitaire (CHU Mohammed Nedir) de TO pour la prise en charge du transport du personnel médical exerçant dans le cadre de lutte contre le coronavirus d'un montant de 5 000 000, 00DA
- ❖ subvention au profit du CFPA de Draa Ben Khedda pour la confection de bavettes et paravents de 1 000 000,00 DA
- ❖ allocation de 10 000,00 DA destinées aux pères de familles impactés par les mesures de lutte contre la propagation du coronavirus ou le nombre des inscrits s'élève à 954 070 000,00 DA
- ❖ allocation de 30 000,00 DA au profit des familles impactées par les mesures covid 19, première tranche 87 720 000,00 DA
- ❖ allocation de 5.000,00 DA attribué aux agents ayant participé aux opérations de désinfection au niveau de la wilaya et des communes d'une montant de 36 885 000,00 DA
- ❖ prise en charge de citoyens rapatriés au niveau des établissements hôteliers: restauration et hébergement- 43 745 279,75DA et transport - 3 320 100,00 DA

- ❖ acquisition de gel désinfectant et thermomètre frontales au profit des centres des examens de fin d'année dans le cadre de la lutte contre le coronavirus pour un montant de 8 000 000,00 DA
- ❖ un montant de 5 000 000,00 DA est inscrit au budget de la wilaya chapitre 921/9213 art 609 destiné pour l'acquisition des réactifs pour le laboratoire du CHU mohamed nedir de TO
- ❖ Un montant de 20 000 000,00 DA est destiné pour les écoles primaires pour l'acquisition des produits désinfectants et les bavettes
- ❖ Un montant de 3 000 000,00 DA dans opération de désinfection des structures de la wilaya et dairates.

Les pouvoirs publics ont aussi soutenu en matière de nourriture et eau à 600 000 familles plus touchées. Les efforts du gouvernement ont été complétés par le don de la Chine pour les masques chirurgicaux, de kits de test et d'appareils respiratoires artificiels, et le déploiement de ses équipes médicales en Algérie pour aider à lutter contre la pandémie.¹⁶

2.3. Les effets de la pandémie et la réorganisation des activités du CHU de TO

La pandémie a obligé les établissements de santé à devoir s'adapter à cette nouvelle réalité pour pouvoir se surpasser. Nous allons voir dans ce qui suit les changements dans l'établissement de santé CHU de TO.¹⁷

2.3.1. Les compétences professionnelles du personnel de santé face à la crise sanitaire au CHU de TO

Les compétences professionnelles des agents de santé sont venues progressivement au fur et à mesure que la pandémie augmentait. Mais les professionnels de santé du services d'infectiologie, d'épidémiologie, et de pneumologie ce sont impliqué un peu plus dans la lutte contre la pandémie, vu que ce sont des services d'activités dédiées à l'étude des virus et des bactéries, et aussi dédiés aux maladies respiratoires.

La Direction des activités médicales et paramédicales du CHU(DAMPM) était aussi le premier département dédiée à la lutte contre la crise sanitaire.

¹⁶ Mesbahi F, 2022, p 735

¹⁷ exploitation des données au CHU de TO

Chapitre III: Le redéploiement des activités : cas du CHU de TO

Nonobstant, vu que la maladie du Covid 19 est une nouvelle maladie , les professionnels de santé ont été invité à suivre des protocoles de l'OMS et aussi du ministère de la santé pour pouvoir mieux prendre en charge les patients atteints du virus, nous allons les détailler par la suite: ¹⁸

- Pour les cas ne nécessitant pas de soins en réanimation, l'hospitalisation se fera dans les services d'infectiologie. Si l'hôpital ne dispose pas d'un tel service ou n'a pas assez de lits, le patient sera hospitalisé en pneumologie ou en médecine interne et le cas échéant, si nécessaire dans tout autre service;
- Pour prévenir une éventuelle propagation au sein de l'établissement hospitalier, le patient doit être immédiatement mis en isolement respiratoire, en chambre individuelle, chambre double, ou salle commune dédiée au patients covid 19. Dans le cas où cet isolement privatif n'est pas possible, les autres patients présents dans le service doivent être éloignés du cas suspect , voire transférés dans un autre structure;
- Au sein d'un service dédié à l'hospitalisation des cas suspects ou confirmés d'infection covid 19, il faut le séparer les patients suspects des patients confirmés;
- Les procédures de désinfection et de nettoyage doivent être respectées et mises en place pour éviter la dissémination et la contamination par ce virus;
- Pour les wilayas dotées d'un ou plusieurs CHU, il faut identifier la structure totalement dédiée à la prise en charge des cas graves d'infection liée au coronavirus, qui seront équipées ou renforcées en lits et en moyens de réanimation.

Ce protocole venant du ministère de santé algérien a permis aux professionnels de santé de pouvoir faire face à cette situation extraordinaire.

Mais il faut souligner que, à part ces directrices des autorités publiques, le personnel de santé du CHU de TO continue leur formation pour la covid dans le but d'améliorer leur compétences. ¹⁹

¹⁸ note n° 12 du 23-03-2020 relative à la mise en place du dispositif de prise en charge d'un patient covid 19

¹⁹ exploitation des données au CHU de TO

2.3.2. Changement du fonctionnement vers pour un système totalement anti covid 19

Selon les informations recueillies auprès des professionnels du CHU de TO, ils considèrent que dans un premier temps la gestion hospitalière a totalement changé au début de la pandémie, vu que la situation était d'une envergure alarmante et son précédent.

Nous pouvons dire qu'il y a eu une adaptation des activités de l'hôpital, la majorité des services, voire presque tous les services se sont dédiés à la covid 19 lors de la première vague, notamment ²⁰:

- les maladies infectieuses;
- pneumologie;
- médecine interne;
- urologie;
- traumatologie;
- neurologie;
- endocrinologie;
- cardiologie;
- réanimation;
- pédiatrie;
- chirurgies infantiles;
- chirurgie générale.

Lors de la première vague du covid 19 l'hôpital ne recevait pas d'autres patients, les chirurgies qui étaient programmées ont été reprogrammées, à l'exception des chirurgies de cancer.

Les services qui continuaient à fonctionner normalement malgré la surcharge de patients du covid 19 étaient notamment:

- hématologie;
- oncologie;
- gynécologie;
- chirurgie viscérale.

²⁰ idem

Presque tous les services ont changé d'activités et se sont dédiés uniquement aux patients covid 19, vu que les lits de l'hôpital étaient complètement occupés par ces patients, c-à-d dans un premier temps toutes les activités de routine ont été ralenties dans l'hôpital dû à la pandémie.

Donc lors de la première vague et de la deuxième vague de la pandémie le fonctionnement de l'hôpital était majoritairement dédié à la covid 19, à l'exception des services de base, c-à-d les urgences ont dû continuer leurs activités normalement.

Il a même été créé dans l'hôpital un espace appelé "consultation spéciale covid 19", où tous les patients qui présentaient des symptômes de la maladie devaient s'adresser. Le but de la création de cet espace était d'éviter la contamination des autres patients qui demandait des autres services de santé de l'hôpital.

Lors de la troisième vague de la pandémie, l'hôpital CHU avait déjà un peu plus de maîtrise sur la maladie donc l'hôpital a été divisé en deux départements pour mieux traiter les patients de covid19. Un département était dédié seulement aux patients covid 19 et l'autre département était dédié aux autres services d'activités de routine de l'hôpital.

Il faut préciser que vu que l'hôpital été surchargé par les patients covid 19, à un moment donné il y avait plus des lits disponibles pour les nouveaux patients, l'hôpital a établi des partenariats avec des professionnels du secteur privé qui ont mis à la disposition leurs cabinets de consultation de ville et des lits pour aider l'hôpital à faire face à cette surcharge des patients.

2.3.2.1. Système de travail du personnel de santé

Vu la situation critique de la pandémie, l'hôpital a été amené à changer et réorganiser leur mode de travail du personnel de santé.

Il a été mis en place une organisation spéciale du département des ressources humaines pour pouvoir faire face à la surcharge des patients de la covid 19 pendant 24h, donc le personnel de santé a dû se redéployer pour pouvoir prendre en charge les patients ²¹.

Avant la période de la pandémie le système de travail dans l'hôpital était comme suit:

²¹ idem

- de 8 heures jusqu'à 16 heures de travail normal, et par la suite le système de garde (poste de garde) jusqu'à le lendemain matin, dont le nombre des professionnels de santé était de 40 personnes dans la journée.

Après l'avènement de la pandémie le système de travail (le système de garde) est passé à cette situation:

- le travail est passée à 24 heures sur 24 heures, il n'y avait pas de pause pour le personnel de santé, mais le nombre total des personnes est passée de 40 à 20 personnes qui travaillent au même temps, justement pour diminuer le risque de contamination entre eux, et ça leur permet de travailler 24h et une pause de 24h et ainsi de suite.

2.3.3. Disponibilité des ressources matérielles au CHU de TO

L'hôpital a fait face à une grande difficulté des ressources matérielles nécessaires pour la lutte contre les effets de la covid 19.²²

Le CHU a eu des difficultés concernant à la disponibilité des EPI pour les professionnels de santé, comme par exemple les bavettes chirurgicales, les FFP2, le gel hydroalcoolique, le savon liquide, les combinaisons, les chaussures, ce sont les principaux matériels de EPI dont l'hôpital a eu des difficultés vu que la demande était élevé dans tous les hôpitaux.

Pour arriver à faire face à cette situation lors de la première vague, chaque service devrait comptabiliser les employés pour leur donner le nombre exacte des EPI à chaque employé pour éviter le gaspillage du matériel.

Par exemple: les personnes qui travaillent dans le secteur administratif portaient seulement des masques chirurgicaux, et les médecins qui étaient en contact direct avec les malades portaient les masques FFP2, justement pour que le matériel EPI soit suffisant.

Ils ont suivi aussi les protocoles de OMS et du ministère de la santé qui stipulaient qui doit porter les masques chirurgicaux et les FFP2 pour éviter le gaspillage, notamment: ²³

²² idem

²³ note n°8 du 17 -03-2020 relative aux indications du port des masques chirurgicaux et des masques de type FFP2 pour les professionnels de santé

- Pour le masque chirurgical
 - réservé aux personnes présentant des signes d'infection respiratoire évoquant un covid 19 et /ou aux patients atteints de covid 19
 - réservé aux professionnels de santé chargés des premiers secours et en charge du transport sanitaire en cas de contact avec une personne citée ci-dessus
 - qu'un personnel de santé en contact avec une personne présentant des signes d'infection respiratoire, et en absence d'acte invasif sur la sphère respiratoire, porter un masque chirurgicale en face à face (soignant/ soigné)

Le masque chirurgical n'est pas indiqué pour les personnes non malades.

- Pour le masque type FFP2
 - Que les masques filtrant de protection de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants qui réalisent des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres sur les voies respiratoires.

Donc ces mesures ont permis à l'hôpital d'adopter une meilleure gestion sur les ressources matérielles disponibles.

Cependant, lors de la deuxième vague de la pandémie la plus difficile dont le CHU a fait face est le manque de médicament, c-à-d les antibiotiques nécessaires aux patients de la covid 19.

Lors de la deuxième vague l'hôpital a fait face à un problème grave de disponibilité des médicaments, vu que la demande était élevée et la production des médicaments a baissé.

Malgré cela, l'hôpital a reçu des dons d' antibiotiques notamment: le paracétamol, chloroquine, azithromycine de la part de l'entreprise internationale Pfizer, et des laboratoires algériens. Cette aide a permis à l'hôpital de mieux prendre en charge les patients dont ils avaient besoin de ces médicaments au moment de la pénurie.

Or que pendant la troisième vague de la pandémie, la plus grande difficulté était le manque d'oxygène, l'hôpital a compté aussi avec des dons pour pouvoir faire face à cette difficulté.

2.3.3.1. Aide des moyens financiers des autorités publics au CHU de TO

Le CHU bénéficie d'une aide de la part des pouvoirs publics sous forme d'une prime de risque adressée aux personnels de santé.²⁴

Cette prime était divisé en chaque trois mois adressés aux différents professionnels de santé:

- Pour les médecins le total de la rémunération était de 120 000, 00 DA
- Pour le corp paramédical le total de rémunération était de 60 000, 00 DA
- POur le corps médical commun le total de la rémunération était de 30 000, 00 DA

Les autorités publiques responsables du secteur de santé ont aussi mis à la disposition:

- Un budget supplémentaire pour l'oxygène dans l'hôpital;
- des dons des moyens de protection et des médicaments
- des test antigéniques, kit PCR, et des vaccins de l'institut Pasteur
- Il a aussi augmenté la limite du budget annuel de l'hôpital , en donnant l'accès à faire des dettes.

Cette aide venant de la part des autorités publiques a permis aussi à l'hôpital de pouvoir contourner la surcharge des patients, et aussi l'insuffisance des ressources matérielles nécessaires pour lutter contre la pandémie.

²⁴ exploitation des données au CHU de TO

Conclusion du chapitre

La situation du CHU de TO n'a pas été différente des autres établissements de santé. L'impact de la pandémie est évident, les établissements de santé ont dû s'adapter et se réorganiser pour pouvoir faire face à cette situation.

Nous avons pu voir tout au long du chapitre sur la l'organisation, la structure et le fonctionnement du CHU de TO, et par conséquent les effets de la pandémie sur leur mode de travail et la façon dans la gestion hospitalière à dû se réorganiser dans cette nouvelle situation.

Au début de la pandémie, les professionnels de santé se sont obligés à étudier plus la maladie, pour améliorer leurs compétences sur ce sujet, l'hôpital en lui-même a dû changer son organisation pour mieux prendre en charge les patients du covid 19.

Sans compter avec les difficultés des ressources matérielles dont l'hôpital a fait face, heureusement les autorités publiques et quelques acteurs du secteur privé ont adressé des aides à l'hôpital pour pouvoir répondre à la crise sanitaire du Covid 19.

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans ce présent travail nous avons présenté tout d'abord dans le premier chapitre la crise sanitaire dans un contexte général et l'impact de cette crise sur le secteur sanitaire en Algérie pour nous aider à mieux comprendre l'ampleur des effets néfastes engendrés par la pandémie du coronavirus.

Deuxièmement nous avons présenté dans le deuxième chapitre l'impact direct de la pandémie dans les établissements de santé, pour mettre en évidence comment ces derniers ont pu faire face à cette situation particulière qui a obligé aux établissements de santé redéployer leurs activités de routine dans le milieu hospitalier.

Dernièrement dans le troisième chapitre nous avons présenté le CHU de TO et leur fonctionnement avant et après la période de covid à travers une approche qualitative qui s'est basé sur des entretiens et des enquêtes dans cet établissement lors de la collecte de données pertinentes à notre travail.

À ce stade, après avoir présenté le cadre théorique et aussi en se basant sur les résultats trouvés lors de notre travail de recherche au CHU de TO, nous pouvons répondre à notre questionnement principal qui est de savoir comment se sont redéployées les activités dans les établissements de santé face à la crise sanitaire du COVID 19.

Effectivement comme nous avons vu comme un exemple le cas du CHU de TO, a bouleversé toute leur activité de routine lors de la première vague de la pandémie. Nous avons vu le centre hospitalo-universitaire de Tizi Ouzou a dû créer des services spécialisés seulement pour recevoir des patients atteints de la maladie du coronavirus, une telle situation qui a impacté les autres services de routine, qui a un moment donné ont été arrêtés, seulement les services d'urgences s'est sont maintenus.

Le CHU de TO n'était pas différent des autres EPS, il était surchargé, les lits étaient occupés par les patients de la maladie du coronavirus, l'hôpital a dû faire face à la pénurie non seulement des places pour les patients, mais aussi au manque des médicaments essentiels, à l'insuffisance des EPI, et de l'oxygène pour les patients.

Mais au même temps le CHU de TO a bénéficié des aides financières des autorités publics qui ont permis aux professionnels de santé de mieux prendre en charge les patients et pouvoir faire face à cette situation, de l'autre côté les professionnels de santé ont changé leurs façon de travailler pour pouvoir mieux prendre en charge les patients de covid 19 et en

Conclusion générale

entamé des formations individuels qui les a permis d'améliorer leurs compétences professionnels face à cette situation exceptionnelle.

Nous pouvons désormais confirmer notre deuxième et troisième hypothèse.

- **H2:** Une augmentation des capacités des professionnels de santé et coopération entre eux se fait nécessaire pour faciliter la réorganisation des activités dans ce secteur.
Effectivement les professionnels de santé ont procuré à faire des formations individuelles pour permettre de faciliter la réorganisation des activités dans l'hôpital, et pour faciliter la prise en charge des patients, c-à-d le but était d'améliorer leurs compétences dans le domaine.
- **H3:** Le partenariat avec le secteur public et privé peut permettre de préparer les hôpitaux pour savoir anticiper et réagir à des crises et vagues futures est un facteur important dans la gestion hospitalière.

Nous avons vu qu'il y a eu une collaboration entre le CHU de TO et quelques établissements privé de santé à travers les dons des médicaments faits par l'entreprise Pfizer, les professionnels de santé du secteur privé qui ont disponibles leur cabinet de santé pour aider dans la surcharge des lits dans l'hôpital . Donc une relation entre les deux secteurs est importante vu qu'elle peut permettre aux établissements de santé de mieux gérer une situation similaire dans le futur.

Nous avons vu à travers ce travail de recherche que la pandémie du coronavirus a mis en lumière la résilience des systèmes de santé ainsi que du CHU de TO qui au fur et mesure des vagues de la covid 19 ont su faire face à la situation. L'avènement de la covid 19 souligné à quel point il est fondamental l'existence d'un personnel de santé solide qui est la partie cruciale dans la gestion hospitalière et dans tout le système de santé.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- M. Benjamin, article “ Le contexte historique et les premiers stades de la pandémie de COVID-19” , septembre 2021
- OMS, “ système de santé”, 2007, p 2
- fmed. univ- tlemcen, “l’organisation des systèmes de soins, monde , et en algérie”
- loi relative à la santé, Algérie, février 2003
- Laing et Alan, “ impact de la crise sanitaire sur les systèmes de santé” 2021
- OMS “Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19”, 2021
- OIT, OMS, “ Covid 19: santé et sécurité au travail pour les agents de santé”, 2020
- “Les différents types de systèmes de santé”: Benmansour, 2021
- BOULAHRIK Mohand, Financement du système de santéAlgérien, revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce, 2016, N° 33, p 03
- Snoussi Z, “ le système de santé algérien face à la crise sanitaire du covid 19: quels enseignements sur ses défaillances? , vol 36, n° 3
- loi française article L6112-1
- comité éditorial de l’UVMaF, 2014
- Pr Boukharouba.H, UNIV. FARHAT ABBAS, algérie
- l’article de F. Georges et al, “ covid 19 impact: analyse de différents facteurs de stress du personnel hospitaliers dans les centres hospitaliers en France”, 2020
- Labaye E, “ système hospitalier français dans la crise covid 19”, 2020
- OMS, 2020, “ gestion des personnels de santé et politique à leur égard dans le contexte de la riposte à la covid 19”
- OMS, “ la covid 19 a des graves répercussions sur les services de santé soignant les maladies non transmissibles”, juin, 2020
- Salmi M, “ système d’information hospitalière", 2021

- Bouhouli M et El Kahri, “ le rôle des NTIC dans l’amélioration des systèmes qualité des services hospitaliers”, 2013
- C.Chevance et al, “ gestion de l’épidémie covid 19 par les établissements publics de santé” analyse de la fédération hospitalière de france

Références bibliographiques

- Ould, Mohamed. Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé, Tome 1, 2010
- Mesbahi F, “ les répercussions de la pandémie covid 19 sur l'économie mondiale et l'économie algérienne” 2022, vol 05, n° 01 pp 724- 741
- note n° 12 du 23-03-2020 relative à la mise en place du dispositif de prise en charge d'un patient covid 19
- note n°8 du 17 -03-2020 relative aux indications du port des masques chirurgicaux et des masques de type FFP2 pour les professionnels de santé
- Rapport du FMI , 2020 “ relative à la santé et à la protection de leur population”
- Boiteau et Baret, “ la conduite de changement en hôpital" , france, 2017
- Josianne Basque, “ une réflexion attribuées aux TIC en enseignement universitaire” , éd utice, france, 2005
- Brahim, Wadia, 2019, “Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée du management de la qualité.” éd : hal ouvertes, france, p 428
- Rapport Nabni, “ Cinquantenaire de l'indépendance: enseignements et vision pour l'algérie: chapitre de santé” 2020
- Briand et al, “ Construction d'une méthode de conduite du changement Par l'analyse du Projet d'Etablissement Hospitalier”, univ hassan, 2001

mémoires et site web

- mémoire : Sifaoui F, “ le système d'information hospitalier comme outil d'aide à la prise de décision”, UMMTO, 2017
- mémoire : Ait Sai et Amroun Yanis, “ préalable à la mise en place de la contractualisation au sein d'un établissement public” , UMMTO, 2017
- mémoire: Bouadi S, “ le projet d'établissement hospitaliers", UMMTO, 2015, p 104
- Zaidi Z, “ systèmes de santé monde et en algérie” <https://fmedecine.univ-setif.dz/ProgrammeCours/04.05.Systèmes%20de%20sante.pdf>
- <https://medical-rh.com.établissementsdesanté>
- Zenhnati Ahcène., p. 66, 67 <https://journals.openedition.org>

Résumé

Notre travail de recherche est basé sur une approche qualitative où nous cherchons à savoir quel a été l'impact de la pandémie du coronavirus dans le secteur de santé dans le monde en général, et en Algérie.

Pour mieux comprendre ses effets nous avons enquêté le CHU de TO ce qui nous a permis d'analyser l'impact de la crise sanitaire dans cet établissement de santé et voir comment se sont redéployé leurs activités de routine comme réponse à l'impact de la crise sanitaire d covid 19.

Effectivement cet établissement a dû se réorganiser, notamment les professionnels de santé ont dû aussi changer leur façon de travailler pour pouvoir répondre à la surcharge dont le centre hospitalo universitaire a dû faire face.

Mots clés: Crise sanitaire COVID 19, Redéploiement, Système de santé, Établissement de santé, CHU de TO.

Summary

Our research work is based on a qualitative approach where we seek to know what was the impact of the coronavirus pandemic in the health sector in the world in general, and in Algeria.

In order to better understand its effects, we investigated the CHU of TO, which allowed us to analyse the impact of the health crisis in this health establishment and to see how their routine activities were redeployed as a response to the impact of the health crisis of covid 19.

Indeed, this institution had to reorganize itself, especially the health professionals had to change their way of working in order to respond to the overload that the university hospital had to face.

Key words: COVID 19 health crisis, Redeployment, Health system, Health facility, CHU de TO.