

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



# ***Mémoire de Master***

***En vue de l'obtention du diplôme de Master en Sciences Economiques***

***Spécialité : ECONOMIE DE LA SANTE***

## ***Sujet***

***La politique de santé en Algérie ;  
Elaboration et mise en œuvre  
Cas de CHU de Tizi-Ouzou***

**Présenté par :**

- AGGOUN Fatma
- HEFSI Samira

**Encadré par :**

**Mr. DAHAK Abdennour , MCB, UMMTO**

**Devant le jury composé de :**

**Président : M.KARA Rabah M.C.B à l'UMMTO.  
Rapporteur : M.DAHAK Abdennour M.C.B à l'UMMTO.  
Examineur : M.HAMMACHE Mohand M.A.A à l'UMMTO.**

**Année universitaire 2016-2017**

# Remerciements

*Dieu merci pour la santé, la volonté, le courage et la détermination qui nous ont accompagnés tout au long de la préparation de ce mémoire de Master et qui nous ont permis d'achever ce modeste travail. Nous tenons à remercier notre promoteur Mr Dahak Abdenour pour ses précieuses orientations. Nous remercions également les membres de jury d'avoir consacré de leur temps pour l'évaluation notre modeste travail. En ce moment précis, toutes nos pensées vont vers nos honorables parents en reconnaissance à leur esprit de sacrifice et de dévouement ainsi qu'à leur soutien constant -moral et matériel- et ce, pour nous avoir permis de construire un avenir certain et en même temps réaliser nos rêves. A la fin, nous remercions tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce projet.*

*Merci*

# **Dédicace**

*A nos chers parents*

*A nos familles*

*A nos amis*

## **Résumé**

La santé est d'un plus grand prix que les richesses d'un malade, il n'y a personne qui ne préfère la santé d'un homme dans la médiocrité aux richesses d'un roi accablé de maladies, elle est revendiquée dans le monde entier, comme un droit fondamental et une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Ce droit à la santé fait partie de l'un des principes garantis de l'individu.

La question de la politique de santé qui constitue l'élément moteur du développement durable, reste parmi les sujets d'actualités en matière de recherche dans le dysfonctionnement du système de santé publique et son impact déterminants sur le bien du citoyen. Donc, la politique de santé est les principaux axes de stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients. En effet, l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique de santé comporte l'application des programmes nationaux de santé dans le but de lutte contre plusieurs maladies en vue de l'amélioration des prestations des soins et répondre à tous besoins de santé pour satisfaire la population en essayant le maximum possible pour réduire les morbidités et les mortalités dans la population.

### **Mots clés :**

Santé algérienne ; politique de santé Algérie ; système de santé en Algérie ; réforme, programme de santé en Algérie.

## **Abstract**

Health is a greater price than the riches of a sick person, there is no one who prefers the health of a man in mediocrity to the riches of a king overwhelmed with diseases. It is claimed all over the world as a fundamental right and major resource for social, economic and individual development. This right to health is part of one of the guaranteed principles of the individual. The question of health policy, which is the driving force of sustainable development, remains among the topical research topics in the public health system and its decisive impact on the good of the citizen. Therefore health policy is the main strategy and the means to put in place to carry out an action that aims to meet the needs of patients' health. Indeed, the elaboration and implementation of this health policy entails the application of national health programs for the purpose of controlling several diseases with a view to improving the provision of health care and meeting all health needs. To satisfy the population by trying as much as possible to reduce morbidity and mortality in the population.

### **Key words:**

Health, health policy, health system, reform, health program.



## *Liste des tableaux*

<b>Tableaux</b>	<b>Titres</b>	<b>N°</b>
<b>Tableau N°01</b>	Sources de financement en pourcentage	76
<b>Tableau N°02</b>	Evolution du budget de fonctionnement (Unité : 10 <sup>6</sup> DA)	69
<b>Tableau N°03</b>	Service d'hospitalisation de l'unité NEDIR Mohamed.	79
<b>Tableau N°03</b>	Suite/service d'hospitalisation de l'unité NEDIR Mohamed	80
<b>Tableau N°04</b>	Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire.	80
<b>Tableau N°05</b>	Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques.	80
<b>Tableau N°06</b>	Service d'hospitalisation de l'unité BALLOUA.	81
<b>Tableau N°07</b>	Taux d'occupation de lits pour le mois de septembre 2017 est comme suite : à l'unité BALLOUA.	81
<b>Tableau N°08</b>	Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques.	81
<b>Tableau N°09</b>	Effectifs de personnels de CHU par catégorie.	89

## *Listes des figures*

<b>Figure</b>	<b>Titre</b>	<b>N°</b>
<b>Figure N°01</b>	Les objectifs de recherche.	76
<b>Figure N°02</b>	Effectifs de personnels de CHU de Tizi-Ouzou.	89
<b>Figure N°03</b>	Les services d'hospitalisation de CHIU de Tizi-Ouzou.	90

## *Liste des abréviations*

Abréviations	Significations
<b>AAPNEM</b>	Association Algérienne de <b>P</b> romotion de la Nutrition de l'Enfant et de la <b>M</b> ère
<b>CASNOS</b>	Caisse Nationale des Assurances de <b>S</b> écurité sociale des <b>N</b> on-Salariés.
<b>CNAS</b>	Caisse National des Assurances <b>S</b> ociales.
<b>CERTA</b>	Centre d'Etudes de <b>R</b> echerches et de <b>T</b> raitements d'Addiction.
<b>CHU</b>	Centre <b>H</b> ospitalo- <b>u</b> niversitaire.
<b>CNRH</b>	Conseil National de la <b>R</b> éforme <b>H</b> ospitalière.
<b>COPL</b>	Comité de <b>P</b> ilotage <b>L</b> ocal.
<b>DA</b>	Dinars Algérien.
<b>D.A.S</b>	Directions de l'Action <b>S</b> ociale.
<b>DAMPM</b>	Direction des <b>A</b> ctivités <b>M</b> édicales et <b>P</b> aramédicales.
<b>DEM</b>	Dossier <b>E</b> lectronique <b>M</b> édical.
<b>DFC</b>	Direction des <b>F</b> inances et <b>C</b> ontrôle.
<b>DGFP</b>	Direction <b>G</b> énérale de la <b>F</b> onction <b>P</b> ublique.
<b>DMM</b>	Direction des <b>M</b> oyens et <b>M</b> atériels.
<b>DNS</b>	Dépenses <b>N</b> ationales de <b>S</b> anté.
<b>DRH</b>	Directeur des <b>R</b> essources <b>H</b> umaines.
<b>DR</b>	Docteur.
<b>DSP</b>	Direction de la <b>S</b> anté de la <b>P</b> opulation.
<b>EH</b>	Etablissement <b>H</b> ospitalier.
<b>EHS</b>	Etablissement <b>H</b> ospitalier <b>S</b> pécialisé.
<b>EHU</b>	Etablissement <b>H</b> ospitalo- <b>u</b> niversitaire.
<b>EPIC</b>	Etablissement <b>P</b> ublic <b>I</b> ndustriel <b>C</b> ommercial.
<b>EPH</b>	Etablissement <b>P</b> ublic <b>H</b> ospitalier.
<b>EPSP</b>	Etablissement <b>P</b> ublic de <b>S</b> anté à <b>P</b> roximité.
<b>GRH</b>	Gestion des <b>R</b> essources <b>H</b> umaines.
<b>GPEC</b>	Gestion des <b>C</b> ompétences et des <b>E</b> mplois et la <b>G</b> estion <b>P</b> révisionnelle.
<b>HCM</b>	Haut Comité <b>M</b> édical.
<b>MSPRH</b>	Ministère de la <b>S</b> anté de la <b>P</b> opulation et de la <b>R</b> éforme <b>H</b> ospitalière.
<b>MTH</b>	Maladie a <b>T</b> ransmission <b>H</b> ydrique.

<b>MST</b>	<b>Maladie Sexuellement Transmissible.</b>
<b>MSP</b>	<b>Ministre de la Santé de la Population.</b>
<b>OMS</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé.</b>
<b>ORS</b>	<b>Organisation Régionaux de la Santé.</b>
<b>ORL</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie.</b>
<b>PASS</b>	<b>Programme d'Appui au Secteur Sanitaire.</b>
<b>PLAS</b>	<b>Programme Locaux d'Action Sanitaire.</b>
<b>PMA</b>	<b>Procréation Médicalement Assistée.</b>
<b>PNS</b>	<b>Plan National de la Santé.</b>
<b>PRCDE</b>	<b>Projet de Renforcement des Capacités dans le Domaine de l'Environnement.</b>
<b>PR</b>	<b>Professeur.</b>
<b>PIB</b>	<b>Produit Intérieur Brut.</b>
<b>RAA</b>	<b>Rhumatisme Articulaires Aigues.</b>
<b>RH</b>	<b>Ressources Humaines.</b>
<b>RSI</b>	<b>Règlement Sanitaire International.</b>
<b>SAN</b>	<b>Société Algérienne de Nutrition.</b>
<b>SST</b>	<b>Santé de Sécurité de Travail.</b>
<b>SAN</b>	<b>Société Algérienne de Nutrition.</b>
<b>TBC</b>	<b>Tuberculose.</b>
<b>TBS</b>	<b>Tableau de Bord de Santé.</b>
<b>T-O</b>	<b>Tizi-Ouzou.</b>
<b>VIH</b>	<b>Virus de l'Immunodéficience Humain.</b>

# Sommaire

<b>Introduction générale .....</b>	<b>13</b>
<b>Chapitre I : Le système de santé algérien : Définitions, Evolution et Réformes.....</b>	<b>19</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>19</b>
<b>I-1</b> Présentation des concepts de base de domaine de la santé.....	<b>20</b>
<b>I-2</b> Le système de santé Algérien et son évolution de 1962 à nos jours.....	<b>27</b>
<b>I-3</b> Les principales réformes mises en œuvre pour le système de santé.....	<b>34</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>41</b>
<b>Chapitre II :Elaboration et la mise en œuvre de la politique de santé en Algérie.....</b>	<b>43</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>43</b>
<b>II-1</b> Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie.....	<b>44</b>
<b>II-2</b> Les programmes de santé élaborés en Algérie.....	<b>53</b>
<b>II-3</b> Le financement de la santé en Algérie.....	<b>66</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>73</b>
<b>Chapitre III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou.....</b>	<b>75</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>75</b>
<b>III-1</b> Présentation du cadre méthodologique de l'étude.....	<b>75</b>
<b>III-2</b> L'organisation de CHU de Tizi-Ouzou.....	<b>83</b>
<b>III-3</b> CHU de Tizi-Ouzou : entre contraintes et réformes .....	<b>91</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>100</b>
<b>Conclusion générale .....</b>	<b>103</b>

La santé est un concept difficile à définir, elle intéresse aux différents champs (médical, sciences humaines, philosophique, historique....). « *La notion de la santé concerne à la fois l'homme et le monde.* »<sup>1</sup>

Le concept de « *santé* » est souvent défini par l'absence de maladie ou de douleur. Ainsi selon le médecin René Leriche : « *La santé, c'est la vie dans le silence des organes.* »<sup>2</sup> Et selon le philosophe Emmanuel Kant : « *On peut se sentir bien portant, Mais aussi l'on ne peut jamais savoir que l'on n'est bien portant.* » Donc la santé considérée comme étant : « *Cette chose mystérieuse que nous connaissons tous mais que, d'une certaine manière, nous ne connaissons pas.* »<sup>3</sup>, sur laquelle but de philosophie. La conception d'une politique de santé s'inscrit dans la politique générale de développement d'un pays.

Donc, les politiques de santé sont désignées :

« *Par l'ensemble des actions stratégiques entreprises par une autorité publique dans le but de faire évoluer, en atténuant ou en favorisant, une situation donnée ou certains phénomènes se manifestant dans la population. Elles concernent l'ensemble des secteurs* ».<sup>4</sup>

En effet, en Algérie la politique de santé jusqu'à la fin des années soixante-dix, tendait à l'instauration d'un système national de santé hiérarchisé et gratuit en s'appuyant sur un réseau de soins de santé primaire, et, du moins dans les textes officiels, sur une primauté à l'action préventive. Elle semble s'orienter vers une nouvelle démarche à partir des années 1980. Au cours de cette dernière décennie, la priorité est accordée à la construction d'hôpitaux, et donc au système curatif qui dépend des infrastructures légères (polycliniques, centres de santé) et de la médecine ambulatoire et préventive. Pour y parvenir, la politique définit les orientations stratégiques suivantes : le renforcement de la participation de l'Etat au financement de la santé pour atteindre l'objectif fixé.<sup>5</sup>

En Algérie, les autorités publiques ne considèrent pas encore la nécessité de mettre en œuvre des politiques en matière de santé environnementale et c'est ce qui fait qu'en santé publique.

---

<sup>1</sup> Tout savoir sur la santé publique-infirmiers. Disponible sur le site : <http://www.infirmiers.com> .Consulté le 18/11/17).

<sup>2</sup> OLIVIER Bésy. *La santé c'est la vie dans le silence des organes.* la revue lacanienne. 3<sup>ème</sup> édition .ERES. Janvier 2009 .P.47. Disponible sur le site <https://www.cairn.info> consulté le 18/11/17).

<sup>3</sup> AQUILINO, Morelle. DIDIER, Tabuteau . *La santé publique.* 2<sup>ème</sup> Edition .France ,Avril 2015.P.3.

<sup>4</sup> GILLES, Tredez. *Santé et politiques publiques .Rapport réalisé avec le soutien du conseil Régional Nord-Pas-de-Calais.* Février 2014.P.15.Disponible sur le site : [www.orsnpdc.org](http://www.orsnpdc.org) .Consulté le 18/11/17).

<sup>5</sup> Le ministre de la santé Algerien. *Politique nationale de santé.* P.4. Disponible sur le site : [www.afro.who.int](http://www.afro.who.int) .Consulté le 18/11/17).

De ce fait , l'état algérienne a développé son système de santé qui repose, effectivement, sur un ensemble de structures administratives et techniques, établissements spécialisés et organes scientifiques et techniques,<sup>1</sup> pour subvenir aux besoins de la population en matière de santé et de qualité de soin toujours croissant, tout cela, dans un cadre politique bien particulier basé sur la gratuité des soins. Alors, le système de santé comporte l'ensemble des activités sous la responsabilité du ministère de la santé et toutes les activités qui améliorent la santé. Dont il permet de l'améliorerait maintenir l'état de santé de la population. Assurer la réactivité du système et garantir une contribution équitable de la part de la société. Devant cet état de fait, le gouvernement a pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de reformes profonde du système de santé.

Le processus de réforme du système de la santé prend en compte la formulation d'une nouvelle politique nationale de santé, en se basant sur les leçons apprises de la mise en œuvre d'une politique efficace.

L'ensemble des actions et des programmes de santé qui sont élaborés en Algérie sont regroupés dans un plan régional de santé publique, pour améliorer la cohérence des actions entreprises au niveau de la région. Cette planification d'ensemble permet d'afficher et de suivre les objectifs poursuivis régionalement. Le représentant de l'État dans la région a la responsabilité de la mise en œuvre des objectifs et de l'élaboration des plans régionaux de santé publique.<sup>2</sup>Ces actions relèvent encore du seul Ministère de la santé et de la population, qui persiste dans une gestion centralisée du système de santé, par des administrations centrales (exclusivement), notamment pour les affectations budgétaires, les nominations des personnels, la mise en place des programmes de santé.<sup>3</sup>

La question de la politique de santé a été considérée comme relevant de la souveraineté nationale, sa nouvelle ambition est d'agir sur le long terme et d'améliorer la santé des citoyens.

L'élaboration de la politique nationale de santé en Algérie définit les orientations stratégiques basés sur le pilier du système de santé, et s'inscrit dans la vision de l'Algérie et des objectifs ,de ce fait le ministre de la santé participe activement à l'ensemble du processus d'élaboration, de validation et d'adaptation de cette politique qui doit tenir compte des forces

---

<sup>1</sup>(s.a).Santé Algérie-le Système de santé Algérien-Algérie Monde. Disponible sur le site : [www.algerie-monde.com](http://www.algerie-monde.com) Consulté le 18/11/17.

<sup>2</sup>Dousti Philippe. Introduction : L'organisation du système de santé publique. 2004/4.Revue.P.645.Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-4-page-645.htm> Consulté le : 19/11/17.

<sup>3</sup>Mustapha, Bouziani. Regard sur la santé publique en Algérie. Publié dans Le Quotidien d'Oran le 01 - 10 - 2009.Disponible sur le site : <https://www.djazairiss.com/fr/lqo/5127151.Consulté> le :(19/11/17).

et des faiblesses de la situation sanitaire actuelle de l'Algérie, d'un certain nombre de tendances lourdes ainsi que les attentes des citoyens.

Le financement du système de soins a plutôt favorisé son orientation curative ; selon deux modes, financement privé et l'autre public et chacun diffère de l'autre. Au cours de ces deux dernières décennies, les dépenses nationales de santé ont augmenté rapidement (en valeur absolue). Ce qui a conduit à des régulations dans les dépenses et à un malaise au niveau des prestations de soins et des malades.

### **Intérêt et importance de sujet**

Ce sujet porte un intérêt majeur vu que la politique sanitaire joue un rôle très important pour améliorer la qualité des soins de citoyens, et répondre d'une manière efficace et efficiente à leurs besoins de santé. L'intérêt personnel de ce sujet, est de séduire la concentration des responsables des hôpitaux publics sur l'importance d'élaboration et mise en œuvre d'une politique sanitaire en vue de l'amélioration de la qualité des soins notamment dans le CHU de Tizi-Ouzou.

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

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

Avant d'entrer dans notre sujet, il est nécessaire de préciser les motifs de choix de celui-ci qui sont d'ordre objectifs et subjectifs.

#### **Motifs objectifs**

Le choix du sujet traité dans cette recherche a été motivé par le fait que :

- L'importance d'élaboration d'une politique de santé efficiente dans le processus de l'amélioration de la qualité des soins.
- Une partie importante des travaux de recherche sur les plans et les stratégies sanitaires dans le domaine de la politique de santé.
- Manque des travaux universitaires sur le sujet.

#### **Motifs subjectifs**

- C'est pour nous un réel plaisir de traiter le sujet de la politique de santé, car nous souhaitons que les recherches sur le sujet vont contribuer à améliorer nos expériences dans le domaine et nous permettrons de démontrer l'importance de la mise en œuvre de la

politique de santé dans l'amélioration de la qualité des soins d'une manière efficace et efficiente ;

- En traitant ce sujet nous avons eu l'occasion idéale pour approfondir nos connaissances dans le domaine.

### **Problématique de l'étude**

Ces dernières années l'Algérie, a inscrit le projet de la réforme hospitalière parmi ses prérogatives d'action dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé à travers l'élaboration de la politique de santé au sein de ces derniers. En effet, les actions et les programmes de santé sont des politiques qui doit contribuer à progresser les reformes de santé, de ce fait notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante :

- **Quels sont les dysfonctionnements de système de sante rencontrés au sein de CHU de Tizi-Ouzou et les réformes engagées pour améliorer la qualité des soins ?**

Pour mieux cerner la problématique de notre sujet, on a subdivisé cette question centrale en trois sous-questions :

- Quelle est la situation de système de santé algérien et son évolution depuis 1962 à nos jours ?
- Comment la politique sanitaire a été élaborée en Algérie, et quels sont les programmes de santé qui sont mis en œuvre ?
- Quels sont les dysfonctionnements de système de santé de centre hospitalo-universitaire (CHU) de Tizi-Ouzou, et quelles sont les réformes engagées pour améliorer la qualité des soins ?

### **Objectif de l'étude**

L'objectif de notre étude est d'identifier la nature de l'organisation du CHU de Tizi-Ouzou et d'analyser l'évolution et du système de santé algérien ainsi l'élaboration de la politique sanitaire algérienne, et évaluer le fonctionnement et les reformes de CHU de T-O et de présenter ses contraintes et ses dysfonctionnements au sein de cet établissement.

### **Méthodologie de la recherche**

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive basée sur des notions théoriques portant essentiellement sur :

- L'exploitation des travaux qui traitent les questions liées à la politique de santé et sa mise en œuvre au sein de CHU de T-O ;

- L'exploitation de travaux universitaires et des rapports d'études qui traitent la circonspection de la politique sanitaire et sa mise en œuvre ;
- L'exploitation des thèses et mémoires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) ; et Ecole des Haut Etudes de la Santé Publique (EHESP) ;
- L'exploitation des rapports du Programme d'Appui Au Secteur de Santé (PASS).

Pour la collecte des données du terrain, nous avons adopté une démarche qualitative qui vise à répondre à notre question de départ à travers une méthode d'étude de cas dont l'objectif est de tenter de comprendre et de décrire un phénomène appréhendé de la politique sanitaires qu'est le processus d'évaluer la situation et la qualité de soins de la population utilisant une technique d'analyse de contenu.

Pour les outils de recherche, on a fait recours à la recherche documentaires et bibliographiques dans un premier niveau. Dans le deuxième niveau qui concerne la collecte des données du terrain.

### **Structure de l'étude**

Le plan de notre recherche comporte trois chapitres, chacun est subdivisé en trois sections. Dans le premier chapitre nous présenterons le système de santé en Algérie et son évolution de 1962 à nos jours. Dans le deuxième chapitre nous présenterons le concept de la politique de santé en Algérie, élaboration et sa mise en œuvre. Le troisième chapitre fera l'objet d'une analyse empirique dans l'objectif est d'analyser les dysfonctionnements de système de santé au sein de CHU de T-O et les réformes engagées dans le but de l'amélioration et la distribution des soins d'une manière efficace et répondre à tous les besoins de santé de la population.

### **Introduction du Chapitre I**

La santé est un enjeu politique, la question de la santé est aujourd'hui parmi les préoccupations les plus difficiles à définir, il s'agit à la fois d'un concept existentiel et scientifique dont les sens est éclairés par les sciences biologiques, psychologiques et sociales et qui est changeant dans l'espace et dans le temps. Elle fait l'objet de nombreuses analyses et réflexions critiques par rapport aux politiques de santé et leurs résultats comme production scientifique qui ne cesse de se multiplier au niveau mondial.

Afin d'assurer à la population un meilleur niveau de santé, chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation. Cette organisation coordonne les activités des professionnels de santé et des différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement complexe est *le système de santé*.

Le système de santé partout dans le monde, focalisent l'attention des différents acteurs : décideurs, Hommes politiques, bailleurs de fond, prestataire de soins, usagers, L'accès aux soins de santé est revendiqué partout comme un droit, inscrits dans les textes doctrinaux des nations. Cependant, le système de soins choisi montre qu'il s'agit d'un système orienté vers les soins curatifs. Malgré le développement de l'offre des services de santé et le volume des investissements consentis, les disparités régionales persistent.

Le système national de santé semble aujourd'hui faire l'unanimité contre lui aussi bien de la part des usagers que de la part des professionnels de soins. Ces critiques fondées tant sur des appréciations liées à l'accueil, à la prise en charge du malade et aux dysfonctionnements des unités de soins qu'à leurs résultats objectifs. Donc le système de soins est relativement performant en dépit de ses nombreux dysfonctionnements. Malgré leur grande insatisfaction résiduelle, les algériens restent attachés à un système de soins basé sur une certaine égalité d'accès aux soins et la solidarité nationale.

Le système de santé Algérien connaît ces dernières années de très grande mutations et un vaste chantier de réformes, la mise en place de ces réformes vient pour surmonter des obstacles dans plusieurs domaines du système national : effectifs des personnels de santé, infrastructures, médicaments et matériels médicaux, logistique, suivi des progrès et efficacité du financement.

## Section 1 : Présentation des concepts de base de domaine de santé

La santé n'est pas seulement la médecine, c'est la vie sociale, elle est régie par la formule, offres de soins et demandes de soins, la maladie étant un critère du désordre sociale (la déviance médicale est une déviance sociale).

### 1-1-Le concept de la santé

Parmi une dizaine de définitions de la santé, les définitions ce différents selon le regard que l'on adopte, la plus commune est celle de la constitution de l'OMS (1948) qui définit la santé comme étant : «*Un état parfait de bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie*»<sup>1</sup>.

Donc elle n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative, ressentie par chaque individu. Aucune mesure réelle ne peut mesurer la santé, puisqu'elle est le fait de satisfaire tous ses besoins (affectifs, nutritionnels, relationnels, sanitaires...). En effet, en médecine, la santé est l'absence de maladie.

Cette définition de l'OMS a un double sens, la première partie de la définition concéderai la santé comme un état durable et permanent, une vraie dichotomie, qui existe entre bien mal, santé maladie, cette première phrase conçoit la santé en tant qu'état statique, cependant la deuxième partie de la définition donne plus d'un sens de qualité meilleure un projet d'un devenir en perspective et par conséquent exprime mieux la réalité d'un acte dynamique, la santé est un état alors que la maladie est une réaction.

De plus, l'organisation dans sa constitution stipule que : «*La possession du meilleur état de santé qu'un individu est capable d'atteindre, elle constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale*»<sup>2</sup>.

La possession d'un meilleur état de santé est donc vue comme un droit pour tout homme, le bien-être est un ressenti c'est donc une évaluation subjective personnelle.

Autrement dit personne d'autre que nous-mêmes, ne peut déterminer de notre état de bien-être.

À partir de la définition de la santé établie par l'OMS nous pouvons dire que : Dès que nous commençons à ne pas nous sentir bien dans notre vie, nous nous éloignons de la santé et nous commençons à prendre le chemin de l'apparition des symptômes de maladies.

---

<sup>1</sup> OMS. La Conférence internationale sur la Santé, *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n°2. , New York 1946, p. 100 et entré en vigueur le 7 avril 1948.

<sup>2</sup> BAHLOULI, Ahmed Sofiane. *La politique de santé en Algérie*. Mémoire de magister en sciences politiques et relations international. Faculté de droit. Université d'Oran : département de sciences politiques et relations international, 2012.p 18.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

Ces symptômes de maladies peuvent mettre des années à se révéler tant le corps est conçu pour la santé et l'auto guérison et non la maladie<sup>1</sup>.

En effet, la santé constitue également un besoin social. Celui-ci peut s'exprimer de façon plus au moins aigue, souvent plus sous l'effet de facteurs sociaux au socio-économiques. Éventuellement amplifiés par la pression médiatique, qu'en raison d'une évolution objective des besoins de santé.

Le secteur de la santé est ainsi devenu un champ de revendication social qui cristallise les griefs de la population envers les pouvoirs publics. Cette demande sociale contribue sensiblement à orienter la politique de santé, en particulier dans le sens de privilégier les soins curatifs en raison de l'immédiateté des besoins qu'il exprime<sup>2</sup>.

Elle s'exerce donc dans chacune de ces dimensions, biologique, sociale et psychologique. Mais cette notion varie également selon le moment, la façon dont l'individu se perçoit et s'analyse (la perspective).

Elle dépend aussi des groupes d'appartenances, de la société et de la culture de l'individu. Par exemple, la notion de santé n'est pas la même dans les pays en voie de développement et dans les pays développés<sup>3</sup>.

Bien que, la santé est une valeur partagée par tous, chaque individu en fonction de ses connaissances, des expériences, de ses valeurs, de son âge, de son sexe, de son ressenti personnel et selon le contexte où il vit a sa propre présentation sociale de la santé. C'est pourquoi elle peut varier non seulement selon les individus mais également selon les groupes sociaux et les territoires. Chaque individu cherche à atteindre et à conserver le meilleur état de santé possible en recherchant un état de complet bien-être ou la plus part de ses besoins seraient satisfaits.

### **1-2- Définition de système de soins**

Dans la définition large qui est donnée du système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes, qui contribue aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population. Il correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé.

---

<sup>1</sup> Loi d'attraction-Santé et Energie Vitale, *Retrouver son bien-être, créer sa vie par l'Alignement énergétique* Chantal, Attias, Janvier 2017.

<sup>2</sup> ZENATI, Achène. *Les évolutions récentes du système de santé Algérien.* : CREAD centre de recherche en économie appliquée pour le développement, Algérie, 2017.p. 108.

<sup>3</sup> HUBERT, Julie. Rédactrice *infirmier* .Cours étudiants en soins infirmiers. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en.../cours-sante-publique-notions-de-base.html>. Consulté le (26/09/2017).

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

---

Cependant, le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins. Pour l'OMS, il correspond à la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires<sup>1</sup>.

Donc, le système de soins est une partie du système de santé qui correspond à l'offre de soins. L'organisation et les caractères de la distribution des soins sont considérés d'un point de vue administratif, juridique, économique, social et spatial. Il peut aussi être défini comme « *L'ensemble des services, des structures et des règles ayant pour fonction de prévenir la maladie, de soigner et de réadapter* »<sup>2</sup>.

Subséquentement, l'OMS propose quatre valeurs essentielles<sup>3</sup>, susceptibles de guider l'élaboration et l'évaluation des systèmes de santé :

- **La qualité** : Aptitude du système à fournir des réponses satisfaisantes aux besoins de santé d'une personne. La qualité des soins peut être examinée sous l'angle des utilisateurs du système (qui attendent qu'on réponde à leurs besoins avec humanisme, respect et attention personnelle, en leur proposant une gamme complète de services) et sous l'angle des professionnels de santé (soins conformes aux référentiels de bonne pratique et aux données actuelles de la science).
- **L'équité** : Capacité du système à permettre que toute personne de la population ait un accès garanti à un ensemble minimal de services appropriés, répondant à ses besoins, sans discrimination de race, sexe, âge, groupe religieux, niveau socio-économique.
- **La pertinence** : Aptitude du système à agir prioritairement sur les besoins ou problèmes de santé reconnus comme étant les plus importants (problèmes prioritaires), et à cibler les services sur les personnes ou les groupes qui ont le plus besoin.
- **L'efficience** : Capacité du système à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. Elle implique de connaître le coût des différentes prestations et leur efficacité respective et de prendre en compte ces données dans la politique de santé.

Pour optimiser le niveau de chacune des quatre (4) valeurs, le système de soins doit rechercher les qualités suivantes<sup>4</sup> :

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé(OMS). *Pour un système de santé plus performant*. Rapport sur la santé dans le monde 2000.Genève, 2000.

<sup>2</sup> BERESNIAK, A, Duruy G. *Économie de la santé*. Masson, Abrégés, Paris, 2001. P. 182.

<sup>3</sup> OCDE. *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2003*. Disponible sur : <http://www.ocde.org> consulté le( 26/09/17).

<sup>4</sup> MCPHERSON, K. *Les variations des pratiques médicales dans les systèmes de santé à la recherche d'efficacité*, OCDE, Paris, Gallimard.1990.

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

---

- **La globalité** : Soins complets, continus, personnels de promotion, prévention et restauration de la santé.
- **L'efficacité technique et économique (efficience)**.
- **L'accessibilité** : Financière, géographique.
- **L'acceptabilité** : Pour les usagers mais aussi pour les professionnels de santé et pour les financeurs.
- **La souplesse** : C'est à dire la capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents. Rappelons qu'un service de soins efficace peut se condamner lui-même, s'il parvient à éradiquer le problème de santé pour lequel il a été mis en place.
- **La possibilité d'être planifiable et évaluable** : En conséquence, le système de soins doit être capable, d'identifier les besoins de santé de la population, de choisir des priorités d'actions, de mettre en œuvre une politique de santé adaptée aux besoins et enfin distribution des soins préventifs et curatifs individuels et collectifs, programmes d'actions de santé, programmes de recherche<sup>1</sup>.

### 1-3-Définition de système de santé

Dans tous les pays, les populations aspirent à une meilleure santé. Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation afin de répondre au mieux, à la demande de santé. Cette organisation coordonne l'activité des professionnels de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement du système de soins. Cet agencement complexe est le système de santé. Donc ce dernier peut être défini comme : « *L'ensemble des moyens organisationnels, structurels, humains, financiers, destiné à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Il constitue un sous-système du système économique général* »<sup>2</sup>.

Alors, il englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé. La plupart des systèmes de santé nationaux sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>AMAROUCHE. *Les systèmes de santé dans le monde*. faculté de médecine de Constantine. Constantine(2005/2006).p.3. Disponible sur le site : [http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie\\_2016\\_systemes\\_de\\_sante\\_dans\\_le\\_monde-amarouche.pdf](http://univ.ency-education.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie_2016_systemes_de_sante_dans_le_monde-amarouche.pdf). Consulté le (05-10-2017).

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> CABANE, C. *Lexique de géographie humaine et économique*, Ed. Dalloz, Paris, 1984, P. 387.

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

D'une part, il est une organisation des services de santé, en traçant les principes à suivre et les objectifs à atteindre (prévention, soins, éducation sanitaire, etc....)<sup>1</sup>. On pourrait considérer que, l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction qui comporterait de moyens qui sont au nombre de quatre ; des structures, des matériels, des hommes et une organisation, doit pouvoir identifier les besoins de santé de la population (rôle de l'épidémiologie), déduire les priorités sanitaires et mettre en place des actions nécessaires pour réaliser des objectifs prédéfinis.

Donc la décision en santé publique doit concilier ; équité, efficacité et rationalité économique et cela pour atteindre les objectifs de<sup>2</sup> :

- La restauration de la santé, c'est-à-dire la distribution des soins à l'individu malade.
- La prévention, qui est l'ensemble de mesures qui visent à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies et des accidents.
- La promotion de la santé, qui correspond à l'ensemble des moyens destinés à augmenter la capitale santé de la population.
- L'éducation pour la santé a pour objectif de mettre à portée de tous l'information nécessaire à des choix adaptés à la santé présente et future. À chacun de ces niveaux, elle occupe une place de choix<sup>3</sup>. Le médecin doit concilier la plus stricte économie possible avec la meilleure efficacité du traitement.

D'autre part, le système de santé doit pouvoir identifier les besoins de la population, en déduire les priorités et mettre en œuvre une politique et des actions capables de réaliser ses objectifs.

C'est à dire ne privilégier aucun secteur en particulier, ne pas négliger la prévention et la promotion de la santé et ne pas se cantonner dans une médecine de soins, il doit être<sup>4</sup> :

- **Efficace** : Cette efficacité est de deux (02) ordres :
  - Technique : Par l'intermédiaire, sinon l'obligation des résultats.
  - Économique : Nécessitant des choix compatibles avec des efforts des pays pour assurer le financement des besoins de santé.

---

<sup>1</sup> KAÏD, Nouara. *Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants*. Thèse de doctorat d'état en sciences économiques. Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion. Université d'Alger : Département des sciences économiques. (s.d). p. 16.

<sup>2</sup> LEVY, A. JOURDAN, R. *Moyens de santé publique*. Manuel de santé publique ; Ed Masson. 1989. P. 1-6.

<sup>3</sup> CAZA, M. DUFOUR, J. *Organisation sanitaire et sociale ; les systèmes de santé* : Santé Publique ; Ed Masson. 1989. P. 5-9.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

- **Accessible** : On distingue deux (02) aspects :
  - Géographique : Le système de santé doit être proche de la population : la distance entre la communauté et les structures constitue un critère d'appréciation du système de santé.
  - Économique : Le droit à la santé constitue un des principes fondamentaux des droits de l'homme, le coût ne devant pas lui faire obstacle.
- **Acceptable** : Le système de santé doit avoir l'assentiment (accord, consentement volontaire) de la population ; cette notion d'acceptabilité explique parfois les différences observées entre pays de niveau socio - économique identique en fonction de leur culture.
- **Planifiable et évaluable** : Ces deux qualités sont essentielles : le rôle de la planification est de déterminer les ressources disponibles pour satisfaire les besoins et choisir les solutions aptes à modifier la situation. Ils convient ensuite d'évaluer les techniques, les structures et les matériels utilisés pour atteindre les objectifs fixés préalablement.
- **Souple et modifiable** : Le système de santé doit pouvoir s'adapter à toute situation nouvelle imposée par le type de morbidité, le progrès technologique et les conditions sociaux-économiques.

De ce fait, le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures, sur le plan juridique comme financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention. Le secteur libéral coexiste avec le secteur public ; l'État et les collectivités territoriales ont un rôle important de décision et de contrôle<sup>1</sup>. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention.

Alors, le système de santé doit répondre aux demandes des usagers tout en étant efficaces au niveau des coûts et de l'égalité d'accès aux soins. Son organisation se trouve au cœur des débats sur la réforme de la santé<sup>2</sup>.

### 1-4-Définition de la politique de santé

Une politique de santé peut être définie comme « *Un ensemble de mesures, cohérentes entre elles, susceptible de réduire les affections pathologiques. Ces mesures étant généralement de type sanitaire, mais ne pouvant en aucun cas s'y réduire* »<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> (s.a). *L'organisation de système de santé*. Disponible sur : [https://www.cap-concours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/visiter/l-organisation-du-systeme-de-sante-cc\\_san\\_05](https://www.cap-concours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/visiter/l-organisation-du-systeme-de-sante-cc_san_05). Consulté le 02-10-2017.

<sup>2</sup> TIBICHE Arezki, Médecin Épidémiologiste. *Service d'Épidémiologie et de Médecine Préventive, C.H.U de Tizi-Ouzou*.2014.

<sup>3</sup> Oufriha F.Z. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, 1992.P. 247.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

L'objectif premier de cette dernière est d'améliorer la santé des citoyens qui dépend de tout un ensemble de facteur, dont le système de soins, par contre ses objectifs secondaires permettent d'assurer un accès équitable aux soins médicaux, de gérer efficacement les établissements médicaux et de financer les programmes de santé publique de manière efficace et équitable<sup>1</sup>.

D'une part la politique de santé est l'ensemble des mesures prises par les autorités politico-administratives pour permettre à la population sous sa responsabilité de jouir de leur droit à la santé. Ces mesures concernent notamment le développement des ressources humaines, le développement des systèmes de santé, le financement de santé, la définition du rôle de l'Etat et celui des privées dans le système de santé.

Autrement dit, la politique sanitaire se définit plutôt comme les principes, les grands axes, les stratégies et surtout les moyens d'une action qui visent la satisfaction des patients en cas de maladies. Alors que l'énoncé le plus fréquent, concerne une « *politique de santé* » axée les moyens sont abondants et judicieusement utilisés, meilleur sera le résultat en termes de santé. Dans ce cas, les contraintes sont moindres car les résultats sont rapportés en termes de gestion. Cependant, cette option présuppose que des moyens soient alloués à des structures capables de prendre en charge les problèmes prioritaires, correctement identifiés et quantifiés, ce qui n'est jamais le cas<sup>2</sup>.

Une politique de santé publique regroupe l'ensemble des choix stratégiques, des pouvoirs publics pour choisir les champs d'intervention, les objectifs généraux à atteindre et les moyens qui seront engagés. Il s'agit de maintenir ou d'améliorer l'état de santé d'une population.

Dans son rôle de partenaire technique de référence en matière de santé, a su apporter au ministère de la santé l'appui technique et quelques fois financier nécessaires pour l'élaboration contribué à ce que le pays dispose de documents stratégiques pertinents notamment : un document sur la stratégie multisectorielle de lutte contre les maladies non transmissibles dans le cadre du partenariat entre l'Union Européenne et le Gouvernement algérien, au sein du Programme d'Appui au Système de Santé (PASS). L'appui a porté également sur l'élaboration du plan d'action pour la mise en œuvre du Règlement Sanitaire International (RSI)<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Ibid.* P. 23.

<sup>2</sup> KAÏD, Nouara. *Op.cit.*, P. 23.

<sup>3</sup> (s.a). Centre International pour le Développement des Politiques Migratoires, (ICMPD). *Contribution à la Connaissance des Flux Migratoires Mixtes, vers, à travers et de l'Algérie. Pour une vision humanitaire du phénomène migratoire*. Disponible sur : <http://www.icmpd.org/fileadmin> . Consulté le (02-10-2017).

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

La politique nationale de santé en Algérie vise à doter la nation, d'un système de santé cohérent et performant mettant l'individu au centre des soins de santé, accessible à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des soins de santé primaires.

Enfin, la politique sanitaire pour se donne pour ambition de proposer aux gouvernements nationaux des stratégies afin d'améliorer l'état de santé des populations, et vise à terme, l'égalité de tous en matière de santé. En ce sens, la santé pour repose sur les valeurs de justice sociale, d'équité et de solidarité<sup>1</sup>. C'est une approche globale qui intègre des dimensions diverses pouvant avoir des influences sur la santé et la qualité de vie : l'environnement, les relations sociales, le travail, les soins, le cadre de vie etc.

### **Section 2 : Le système de santé Algérien et son évolution de 1962 à nos jours**

La santé est non seulement un droit universel fondamental, mais aussi une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel. Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa Constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, de solidarité qui fondent le système national de santé<sup>2</sup>.

L'histoire contemporaine de l'Algérie est profondément marquée par deux événements majeurs dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours : la colonisation française (1830-1962) et une guerre d'indépendance particulière destructrice (1954-1962).

L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962. Contrairement aux deux pays voisins du Maghreb, jusqu'en 1948, les Algériens relevaient d'un statut particulier, dit de l'indigénat et les territoires majoritairement habités par des populations indigènes étaient exclus du droit français pour relever d'un statut particulier de communes mixtes, placées sous la gestion d'une administration commandée par l'armée et les représentants des colons.

---

<sup>1</sup> ASVALL. J. E. *La politique cadre dans santé pour tous dans la région européenne* : version actualisée de 2005.p.13.

<sup>2</sup> KAHLOUCHE, Noureddine. : *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier : démarche Méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant*. Mémoire de Magister. Institut des sciences et sciences de l'ingénieur Génie civil, Université Mohamed Chérif Messaadia Souk-Ahras, juin 2012. P. 23.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

C'est dans ce contexte que va se mettre en place une politique de santé dont l'évolution sera marquée par deux éléments majeurs : la volonté de prise en charge des problèmes de santé de la population par l'Etat et la disponibilité de ressources financières, largement dépendantes de la rente pétrolière.

### **2-1-La première période (1963-1973)**

Cette période a été marquée par l'héritage de l'Algérie d'un système de soins coloniale qui favorise les populations urbaines concentrées dans l'Algérois, le Constantine et Oran<sup>1</sup>.

Au lendemain de l'Indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins (dont 50% d'Algériens) pour couvrir les besoins de santé d'une population, estimé à 10,5 millions d'habitants. Les indicateurs sanitaires de la période considérés, se caractérisaient par une mortalité infantile élevée, dépassant 180 pour mille, une espérance de vie qui n'atteignait pas 50 ans, et l'ampleur des maladies transmissibles qui, sévissant à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et de handicaps.

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

- La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical (public et privé) afin de faciliter l'accès aux soins (instauration d'une mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé, mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaires) ;
- La lutte contre la mortalité et la morbidité, dues aux maladies transmissibles.

Cette période a été marquée par la mise en œuvre de plusieurs programmes de santé destinés à protéger les catégories de population vulnérables, et à assurer la prévention des maladies prévalentes. C'est durant cette période qu'a été instituée la vaccination obligatoire de toutes les enfants, et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme.

Durant cette même période, la production pharmaceutique, l'importation et la distribution de gros des médicaments, étaient assurés par des sociétés nationales (pharmacie centrale Algérienne -PCA- en particulier) ; la distribution au détail était partagée entre les secteurs privé et public (agence de la PCA)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> SALMI, Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat. Université de Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. Faculté des sciences économiques, commerciales, et de gestion. Département des sciences économiques. Novembre 2009. P. 27.

<sup>2</sup> LARABI, Amel. *L'évolution du système national de santé (1962-2007)*. Dossier. Ecole nationale de santé publique, direction de la formation continue et de la recherche. Alger, avril. 2001. P. 5.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

Une commission nationale de la nomenclature créée en 1969, établissaient la liste des médicaments nécessaires ; aucune procédure d'enregistrement n'était exigée et le contrôle des produits pharmaceutiques était assuré par la PCA.

### **2-2-La deuxième période (1974-1986)**

En 1974 c'est aussi et surtout l'année de l'entrée en vigueur de la médecine gratuite qui traduit la volonté politique de concrétiser le droit à la santé. Cette décision, par l'audience qu'elle rencontre, par les réunions d'explications qu'elle suscite, par sa dynamique propre, va influencer non seulement sur les services de santé mais aussi sur leurs relations avec la communauté<sup>1</sup>.

C'est le contenu de la gratuité des soins qui doit être précisé en vue de déterminer le financement de la santé, non l'inverse, tout travail de définition par excellence ne serait se faire en soi. En effet, le contenu de la gratuité des soins doit être intimement lié aux objectifs arrêtés en matière de santé<sup>2</sup>.

Ainsi, les effectifs du personnel médical et paramédical (moins de 5000 en 1962, plus de 75500 en 1991) ont été considérablement augmentés transformant radicalement la configuration humaine du système de soins.

Les effets réels de cette évolution des effectifs médicaux doivent être appréciés en tenant compte de la répartition géographique notamment des médecins algériens : en novembre 1979 par exemple, 73 % des médecins algériens exerçaient dans les trois principales villes du pays.

Sur les 800 spécialistes répertoriés à la même date, 700 exerçaient à plein temps dans les centres hospitalo-universitaires et 140 étaient sous le régime du demi temps. Dix ans après, on retrouve pratiquement les mêmes niveaux de disparités alors même que les effectifs ont beaucoup crû.

La pratique de la médecine ne semble intéresser les Algériens que si elle est exercée en milieu hospitalo-universitaire ou en cabinet privé. Si les effectifs des personnels de soins ont évolué très rapidement, il n'en est pas de même pour les infrastructures sanitaires publiques qui ont relativement stagné jusqu'à la fin des années soixante-dix.

Un programme d'investissement concernant quarante hôpitaux "clés en main" a été réalisé par des firmes étrangères au cours des années quatre-vingts. Les difficultés d'assurer la maintenance des équipements sophistiqués installés jointes à celles d'y affecter un personnel

---

<sup>1</sup> BOUHARA, Abderazak. *Le développement d'un système national de santé*. Séminaire, Alger, 7-8 Avril 1983, p. 290.

<sup>2</sup> Ministère de la santé, *le développement de la santé*, Séminaire. Unité Réghaia, 1983. P.125.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

médical et technique spécialisé et stable ont rendu ces structures très peu opérationnelles. De nombreux hôpitaux connaissent des pénuries permanentes en moyens et fonctionnent en utilisant moins de 60 % de leurs capacités<sup>1</sup>.

- **1983** : La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance,
- **1984** : Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.
- **1986** : Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires<sup>2</sup>.

Cette époque a été marquée par trois faits majeurs :

- Décision de l'instauration de la gratuité des soins à partir de 1974.
- La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales qui a été à l'origine d'un accroissement rapide du nombre de praticiens.
- La création du secteur sanitaire auquel ont été rattachées toutes les unités de soin de base autrefois gérés par les communes ou le secteur paramédicale public.

### **2-3-La troisième période (1987-2004)**

- **1987** : Faire appel à des emprunts à des taux réunis à court terme et de réviser à la baisse, si non d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programme de développement. Celui de la santé connaît un net recul des 1986-1987, mettant en grande difficulté le secteur public hospitalier (gestion des hôpitaux ou entretiens d'équipements). Il fut décidé de faire participer les usagers à raison de 20% (tiqués modérateurs) du coût des examens radiologiques, des analyses médicales et exploration fonctionnel, calculés sur la base de la nomenclature des actes de 1987<sup>3</sup>.
- **1988** : Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une des structures, information sur le fonctionnement.
- **1989** : Premier publication des statistiques sanitaire par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée. Elle est malheureusement plus régulière.

---

<sup>1</sup> KAHLOUCHE, Nourdine. *Op. cit.*, P. 26.

<sup>2</sup> CHACHOUA, Ali. *Le système de santé en Algérie de 1962 à nos jours*, Colloque International sur les politiques de santé, Alger, le 18 et 19 Janvier 2014. Disponible sur le site : [http://www.ands.dz/colloque/docs/01\\_systeme\\_sante\\_chachoua.pdf](http://www.ands.dz/colloque/docs/01_systeme_sante_chachoua.pdf). Consulté le (12-10-2017).

<sup>3</sup> BENMANSOUR, Sonia. *La contractualisation dans le système de santé Algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics*. Revue critique, faculté des sciences économiques, commerciales, et gestion université Mouloud MAMMERI de TIZI-OUZOU. P. 63.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

- **1990** : Réalisation de l'enquête santé effectuée par l'institut national de santé publique conférence nationale sur la réforme du système de santé.
- **1992** : Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques.
- **1994** : Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'institut pasteur d'Algérie, institution centenaire en établissement public à caractère industriel et commercial(EPIC). Création de la pharmacie centrale des hôpitaux. Depuis 1995 en rendant les prestations de soins payantes, les malades allants s'adresser aux structures sanitaires vont inéluctablement exiger à leur tour, plus d'attention de leur structures d'accueil.

Par ailleurs la sécurité sociale qui était plus importante pour les bailleurs de fonds de système de soins avant qu'elle ne soit remplacée par l'Etat comme premier financeur des dépenses de santé, en visage de changer ces modalités de financement de système de soins en mettent en avant sa volonté de financée non pas des structures sanitaires, comme cela se fait actuellement, mais des programmes d'activités que ces dernières vont devoir développé<sup>1</sup>.

- **1996** : Création de l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril.
- **1997** : Officialise la mise en œuvre d'un processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico administratif du patient dans six (06) établissements hospitaliers (pilotes)<sup>2</sup>.
- **1998** : Création du centre de pharmacovigilance et de matério-vigilance.

Une expertise, confiée début 1998 au CENEAP, bureau d'études national, qui remet son rapport final en juin 1999. Cette expertise valide la démarche du comité interministériel, en ce qui concerne :

- Les supports d'information et d'évaluation à mettre en œuvre.
- La généralisation de la mise en place du « bureau des entrées » dans l'ensemble des établissements hospitaliers.
- La sensibilisation et la formation des personnels.
- L'évaluation des activités des services hospitaliers.
- L'identification des avantages et inconvénients de différents modes de facturation.

---

<sup>1</sup> SALMI Madjid. *Op. cit.*, P. 34.

<sup>2</sup> CHACHOUA, Ali. *Op.cit.*

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

---

- **2000** : Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile commandités par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la santé et de la population.
- **2002, 2003, 2004** : Publication d'un document « annuel » intitulé la santé des Algériennes et des Algériens.

### 2-4 La quatrième période de 2004 à nos jours

Cette période a été caractérisé par une nette amélioration des ressources de secteur de la santé, grâce à une augmentation des allocations budgétaires aussi bien en terme de budget de fonctionnement que le budget d'équipements de fait de la rente pétrolière et ce en dépit des crises financières mondiales. Les indicateurs de santé publics connaissent une amélioration significative.

- **2007** : Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).
- **2008** : Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'agence nationale des produits pharmaceutiques.
- **2009** : Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement<sup>1</sup>.
- **2010** : Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011.
- **2011** : Le ministère de la santé lance le Plan National Cancer. Pendant cette période, les transitions épidémiologiques et démographiques se poursuivent :
- Progression accélérée des maladies non transmissibles (pathologies dites modernes) : maladies neuropsychiatriques, cancers, diabète, pathologies respiratoires, digestives et cardio-vasculaires en rapport avec le changement de rythme et de mode de vie du citoyen ;
- Vieillessement de la population, lié à l'allongement de l'espérance de vie et à la baisse accélérée de la fécondité depuis les années 90 (les taux de fécondité se sont stabilisés à moins de 2.5 enfants/femme depuis 10 ans) ;

---

<sup>1</sup> REMAL, Abdelkader. Etudiant Assistant Social à INFSPM. Alger, *système de santé en Algérie*. Disponible sur le site : <https://abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27/> Consulté le (06-10-2017).

## Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes

---

- Accroissement naturel reparti à la hausse au cours des dernières années, malgré la baisse de la fécondité, du fait du rebond du nombre de mariages, liée à la fin de la « décennie noire ». En conséquence, la population algérienne continue à croître à un rythme élevé de 2% par an<sup>1</sup>.
- **2012** : Création de l'agence nationale de la greffe d'organe régit par la loi 85-05.
- **2013** : Création de l'audit sur les ETS publics de santé (MSPRH), audit sur les ressources humaines (MSPRH), mise en place d'un plan de redressement de secteur.
- **2014** : Création de l'agence de gestion des réalisations et des équipements de santé, la mise en place d'un comité nationale multisectoriel de prévention et de lutte contre les MNT (les maladies non transmissibles)<sup>2</sup>.
- **2015** : Le ministre de la santé Abdelmalek Boudiaf a annoncés des mesures d'urgence et a promis des mesures (structurantes) dans la nouvelle loi qui devrait être promulguée, ce sera le teste de la « révolution » promis dans le secteur de la santé<sup>3</sup>.
- **2016** : Création d'une carte sanitaire nationale en mars 2016, dans le cadre de la restructuration du système de santé, en vue de mettre en place de nouveaux mécanismes susceptibles d'assurer une meilleure gestion des structures de santé et promouvoir les prestations offertes aux citoyens<sup>4</sup>.

Evolution notable avec des changements survenus dans la santé de la population mais des insuffisances restent comblés.

Trois objectifs à atteindre :

1. Elaborer une organisation permettant aux intervenants d'agir et interagir pour réaliser des actions clairement définis pour l'amélioration de la santé de la population.
2. Mettre en place un système d'information qui soit une véritable aide à la décision.
3. Réglementer différentes activités de santé par des textes et des guides techniques et consensus.

---

<sup>1</sup> Le bilan. Ou situe l'Algérie au plan international. Synthèse : Bilan à 2012. Disponible sur le site : <http://www.nabni.org/nos-propositions/sante/bilan-et-situation-en-2012/> consulté le (20-10-2017).

<sup>2</sup> Les réformes en santé évolution et perspective. Ministère de la santé. Disponible sur le site : [www.santé.gov.dz](http://www.santé.gov.dz). Consulté le (23-10-2017).

<sup>3</sup> La réforme inéluctable du système de santé algérien. Disponible sur le site : [www.algerparis.fr](http://www.algerparis.fr). Consulté le (23-10-2017).

<sup>4</sup> (s.a) Santé : création d'une carte sanitaire nationale. En mars 2016. Disponible sur le site : [www.radioalgerie.dz](http://www.radioalgerie.dz). Consulté le (23-10-2017).

### **Section 3 : Les principales réformes mise en œuvre pour le système de santé en Algérie**

En Algérie la dispense des soins de santé est de qualité très inégale et varie d'une région géographique à une autre et à l'intérieur d'une même région. Cette situation s'explique par une disparité dans la répartition des compétences et des ressources sanitaires à l'échelle du pays. Elle est à l'origine des dysfonctionnements multiples qui intéressent la gestion des besoins en soins de santé et la qualité des services offerts aux patients<sup>1</sup>.

Les réformes, quel que soit leur champ d'application, sont toujours motivées par le constat d'un dysfonctionnement systémique grave qui devient particulièrement visible en période de crise économique.

Devant cet état de fait, l'Etat algérienne a pris l'initiative d'entreprendre une dynamique de réforme profonde du système de santé qui semble aller dans le but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de la promotion active et constante de la santé collective et de l'amélioration de la gestion des infrastructures sanitaires et du personnel chargés pour une meilleure prise en charge du patient.

Dans ce cas l'objet de cette section est la présentation des principales réformes mise en œuvre pour le système de santé algérien, leurs objectifs principaux ainsi qu'à leurs résultats obtenus, en termes d'efficacité et de performance<sup>2</sup>. La nouvelle appellation attribuée au ministère de la santé le 17 juin 2002.

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH), indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent en premier lieu bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. La réforme des établissements hospitalière a donc pour objectif globale l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population et la valorisation des personnels qui travaillent dans le secteur. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des systèmes de santé.

---

<sup>1</sup> *Développement du système national de santé: stratégie et perspectives*. Document. Ministère de la Santé et de la Population. Alger. Mai 2001.

<sup>2</sup> AIT MEDJANE, Ouahiba. *Les réformes du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses*. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Master. Option : Economie de la Santé. Faculté des sciences économiques, commerciales et de gestion. Université ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA, 2012/2013.P. 55.

### 3.1- Définition de la réforme hospitalière

Le système de santé en Algérie a connu plusieurs vagues de réformes depuis 1962 certaines concernent le découpage de la carte sanitaire d'autres l'organisation et la gestion des établissements de santé<sup>1</sup>.

Nous pouvons la définir comme un processus de normalisation dont l'objectif est la correction des dysfonctionnements constatés dans la production des soins hospitaliers afin que ces derniers soient : conformes, efficaces et satisfaisants pour les patients.

La réforme en santé est un processus qui vise à ajuster le Système National de Santé<sup>2</sup> :

- A l'évolution des déterminants économiques, sociaux, démographiques et épidémiologiques ;
- Aux contraintes de fonctionnement des structures et de prise en charge de la santé des citoyens ;
- A l'évolution de la technologie et des techniques médicales.

### 3.2- Les grands axes de la réforme hospitalière

En 2002, le conseil national de la réforme hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier, et indique au ministre et au gouvernement les mesures plus urgentes à prendre.

Le conseil a organisé son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « Ressources humaines », « Ressources matérielles », « Financement » et « Inter-sectorialité ».

#### 3.2.1- Les besoins de santé et demande de soins

Cet axe est affirmé comme prioritaire. Cette mise en cohérence entre le système national de santé et son sous système hospitalier a permis d'éviter d'isoler la réforme des établissements hospitaliers de leurs soubassements social, épidémiologique, financier et organisationnel.

Dans ce dossier, les modalités de la coordination entre les structures de proximité et l'hôpital de secteur d'une part et celles existantes entre les hôpitaux de secteurs et les hôpitaux de référence, régional ou national, d'autre part, ont été largement abordés. Pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

---

<sup>1</sup> ARHAB, Samir. *Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier*. Mémoire de magister en science économique. Option : management des entreprises. Tizi-Ouzou. Université de MOULOUD MAMMERI DE Tizi-Ouzou, faculté de sciences économiques, commerciales et de gestion. 18-06-2015. P. 82.

<sup>2</sup> *Les réformes en santé évolution et perspective*, Rapport annuel. Ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière. Alger. Décembre 2015.

### 3.2.2- Structure hospitalière

Cet axe est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle, il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé.

Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous des soins. Dans une seconde perspective, la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation<sup>1</sup>.

- **La contractualisation :** La contractualisation à l'ordre de jour dans de nombreux pays pour suivant une réforme de leur système de santé et de protection sociale.

Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficience dans l'utilisation des ressources disponibles. Elle a été considérée comme une composante de la réforme du système de soins<sup>2</sup>.

### 3.2.3- Ressources humaines

Cet axe traite deux aspects fondamentaux que sont la promotion et la valorisation des personnels à travers la révision de leurs statuts, de leurs conditions et modalités d'exercice, de leurs rémunérations, de leur avancement dans la carrière, de leur formation, d'une part et le redéploiement de ces personnels d'autre part. La formation est une véritable urgence pour toutes les catégories de personnels à savoir, les personnels médicaux, paramédicaux, gestionnaires et techniques.

L'objectif visé est la qualification de l'ensemble des personnels par l'adaptation des formations aux référentiels des différents métiers et des différentes professions qui restent à définir. Au-delà cet objectif implique l'intervention d'autres secteurs tels que, les secteurs de l'enseignement supérieur et de la formation professionnelle ainsi que la définition d'une stratégie et d'un échéancier précis<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>La santé des Algériens et des Algériennes, rapport annuel. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.2003. P. 97.

<sup>2</sup> (s.a) Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie. Disponible sur le site : [www.ahead/network.org/publications](http://www.ahead/network.org/publications). Consulté le (26-10-2017).

<sup>3</sup>La santé des Algériens et des Algériennes, rapport annuel. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.2003. P. 101.

### **3.2.4- Ressources matérielles**

L'accent a été fortement mis sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité, entre la hiérarchisation des soins et la normalisation des moyens.

L'objectif est de donner pour un réseau de soins tous les moyens nécessaires : Les aspects liés à la maintenance, aux normes techniques, de sécurité et de qualité, à l'implantation des plateaux techniques et à la formation, complètent.

Ce dossier sur le plan de la disponibilité des moyens, eu égard au vieillissement du parc matériel, une réhabilitation voire une remise à niveau ou un renouvellement s'imposent. Ce dossier prend en charge aussi la réflexion sur les éléments qui pourraient contribuer à l'élaboration d'une politique nationale du médicament.

### **3.2.5- Le financement**

Les objectifs visés dans cet axe est principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures.

La mission est donc de revoir les conditions d'octroi des allocations budgétaires et sur la facturation en ayant pour premier soucis l'accès aux soins équitables pour tous les malades, ceci ne peut se réaliser qu'avec la révision des cahiers des charges définissant les objectifs des parties contractuelles (hôpitaux, bailleurs de fonds) et l'identification précise des besoins de santé, les supports d'information (carte CHIFFA) et la gestion avec l'introduction de la comptabilité analytique hospitalière, et l'instauration des activités d'évaluation des dans le but de rationaliser l'utilisation des ressources et finir avec les actes de gaspillage.

Le principal enjeu pour les hôpitaux est de se voir octroyer les moyens suffisants pour exercer leurs missions. Les hôpitaux connaissent aujourd'hui une situation financière difficile dont témoignent les reports de charge<sup>1</sup>.

### **3.2.6- L'inter-sectorialité**

Avec le fait que les actions du MSPRH, dépendent en partie d'autres secteurs (finance, travail et sécurité sociale, protection sociale et solidarité, enseignement, formation professionnelle, collectivités locales, environnement, industrie, agriculture.....). La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes les activités sectorielles ayant une

---

<sup>1</sup> (s.a) *Les réformes hospitalières*, Revue. 2005. P. 49. Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2005-1-page-49.htm>. P. 46. Consulté le (25-10-2017).

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du Ministère. Pour garantir la coordination des activités liées à la santé<sup>1</sup>.

Depuis l'année 2000, le système de santé Algérien a subi plusieurs réformes visant à améliorer l'offre public de soins de santé à travers l'adoption de la réforme sur la nouvelle carte sanitaire. La réforme comporte deux volets principaux :

- Le premier volet est la contractualisation des prescriptions médicales à travers la notion du médecin traitant<sup>2</sup>. Ce qui oblige les patients à se soigner chez un seul médecin traitant librement choisi.
- Le seconde volet de la réforme et le plus importants consiste en la décentralisation du système de soins. De ce fait, l'hôpital public qui été jusqu'à la le centre du système de soins et le responsable de toutes les actions et programme préventifs et curatifs, sera libéré de toutes ces taches, et sera consacré désormais à l'offres de soins hautement spécialisés.

### **3-3 Les objectifs de la réforme hospitalière**

Parmi les reformes nécessaire introduite dans le projet de loi sur la santé, en peut citer celle ayant trait à la mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'audit des structures et établissements de santé, à travers la création d'une agence nationale ainsi que le renforcement et l'élargissement des pouvoirs de contrôle et d'inspection.

Après l'examen de chaque dossier, le conseil a cherchée de donner de réponses aux questions plus urgentes du système<sup>3</sup>. Le CNRH a indiqué au MSPRH comme prioritaires les objectifs suivants :

- Recentrage et adaptation du dispositif d'offre de soins et d'hospitalisation aux besoins de santé du citoyen en s'appuyant sur un système d'information performant ;
- Donner aux professionnels de santé, quels que soient leurs statuts et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux ;
- Réaffirmation des obligations contractuelles de tous les intervenants dans la santé des citoyens ;
- Affirmation des droits et des devoirs des usagers et de la protection des malades en particulier ;
- Assurer les ressources financières nécessaires au bon fonctionnement des établissements de santé ;

---

<sup>1</sup> AIT MEDJANE, Ouahiba. Op.cit., p.59.

<sup>2</sup> MEKALT, Khoukha. BRAHAMIA, Brahim. *Le système de santé algérien face à la transition sanitaire : pris en charge et financement*, conférence. Alger. (s.d).

<sup>3</sup> AIT MEDJANE, Ouahiba. Op.cit., p.59.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

- Améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité sous quelle que forme que ce soit aux établissements de santé.
- Redéfinir le statut des hôpitaux vers une autonomie réelle en rupture avec le statut actuel
- Mettre en place une structure de concertation efficace avec l'enseignement supérieur pour revoir de manière fondamentalement novatrice la formation et le perfectionnement des personnels de santé et notamment des spécialistes.

### **3-4 Pour atteindre ces objectifs, un certain nombre de stratégies doivent être mises en place :**

- Sur le plan des mécanismes de financement, une réflexion doit s'engager sur les modalités de la collecte des contributions, de la mise en commun des ressources, et de l'achat des interventions, qui sont les trois mécanismes qui sous-tendent le financement des services de santé.
- Sur le plan des investissements un choix doit être fait entre le maintien de lits dont le taux d'occupation est inférieur à 50% ou la valorisation de structures de wilaya mieux à même de reprendre à la demande des usagers.
- Sur le plan de système d'information, il est urgent de déposer de certain nombre d'indicateur permettant d'évaluer les performances de établissements, afin de pouvoir rationaliser l'allocation des ressources.
- Sur le plan de la prise en charge des patients, un énorme efforts doit être fait pour leur permettre de mieux accéder à des soins de qualité, en améliorant les conditions de communication et de transport, en développant de équipes mobiles et les soins à domicile, en favorisant l'accès aux médicaments à moindre coût.
- Sur le plan de personnels il est indépensable de modifier les conditions de travail qui sont offertes à ces derniers. Si aucun changement n'intervient ce ne seront pas seulement les spécialistes qui iront travailler dans les pays du nord.
- Sur le plan de l'éthique enfin, toute réforme de système de santé est basée sur un certain nombre de considération d'ordre éthique et déontologique et sur une réflexion sur la spécificité de la pratique médicale.

Un système de santé algérien qui, il est vrai, souffre actuellement de multiples dysfonctionnements mais qui peut surmonter ses difficultés.

## **Chapitre I : Le système de sante algérien : définitions, évolution et réformes**

---

Il dispose d'énormes potentialités, surtout humaines, capables de relever le challenge et de valoriser ce bien communautaire qui fait peur à ceux qui ont fait d'un métier synonyme de vocation et sacerdoce pour une élite algérienne<sup>1</sup>, citoyenne et dévouée à son pays, un objet d'enrichissement facile.

Cette peur justifie les campagnes de dénigrement et les résistances aux changements. Toute la problématique de la réforme du service public de la santé est une question d'abord de gestion<sup>2</sup>.

Sous l'impulsion des reformes, le secteur a connu des avancées certaines. Les différents indicateurs de santé objectivent concrètement ces avancées ces avancées, toutes les recommandations des reformes n'ont pas accomplies pour diverses raisons liées aux conjonctures socio-économiques aux dysfonctionnements et distorsions structurelles nées de la dynamique de changement.

Ces dysfonctionnements et distorsions ont été identifiés, il s'agit de problèmes d'organisation et de fonctionnement essentiellement. Ils sont liés particulièrement au manque d'adaptation de nos structures de santé à la nouvelle conjonction épidémiologique et économique du pays<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> *Réforme du système de santé ou réforme hospitalier*, ministère de la santé, de la population et de la réforme. Rapport annuelle. 2002. P. 99.

<sup>2</sup> SAIHI, Abdelhak. *La réforme du service public de santé : Etat des problématiques*. Colloque. Disponible sur le site : [http://www.sante.dz/colloque/docs/02\\_reforme\\_saihi.pdf](http://www.sante.dz/colloque/docs/02_reforme_saihi.pdf). Consulté le (25-10-2017).

<sup>3</sup> *Les reformes en santé évolution et perspective*, Rapport annuel. Ministère de santé, de la population et de la réforme hospitalière. Alger. Décembre 2015.

### **Conclusion du chapitre I**

La santé est une question éminemment politique et sociale, la formulation et la réalisation de tout objectif en la matière étant étroitement solidaire du développement global d'un pays. C'est pourquoi la santé est l'affaire de tous. Elle implique une mobilisation active de l'ensemble des personnes de santé et de la population pour la réussite de la bataille en matière de santé. En effet, un système de santé est fondé sur l'action curative au profit d'une population minoritaire concentré dans les centres urbains (Alger, Constantine, Oran), était inadapté à la réalité sociale.

Au cours des années 70, le système de soins a été radicalement changé. En 1974, l'accès aux soins dans les structures publiques de santé a été institué et, la constitution de 1976 intègre le principe de gratuité. L'Etat était devenu alors l'organisateur direct des activités de soins et du financement des dépenses. Cependant, tous les moyens mis à la disposition de la santé publique n'ont pas abouti aux résultats espérés, ceci bien avant la survenue de la crise économique et de l'application des réformes imposées par le FMI.

Donc, le système de santé algérien est toujours à la recherche d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des services rendus à la population. Ce système connaît de très profonds problèmes au niveau de l'organisation, de financement, de la formation et de l'information. Ce contexte les a incités à engager des réformes.

Alors, une réforme est un changement qu'on apporte dans la forme d'une institution afin d'améliorer, d'en obtenir de meilleurs résultats, ou bien c'est un ensemble d'activités destinées à changer les politiques de santé et les institutions à travers lesquelles elles sont implantées. Enfin, Le système de santé algérien est engagé dans des réformes profondes qui ont pour but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de donner des solutions aux problèmes que connaît ce dernier. Ces réformes engagées touchent les principales fonctions de ce système déjà cités.

### **Introduction du chapitre II**

La protection et la promotion de la santé visent à la réduction des inégalités en matière de droit à la santé, permettant à tous les citoyens l'accès aux soins préventifs et curatifs essentiels par la mise en œuvre de politiques adaptées. La prévention reste et demeure l'axe prioritaire de l'engagement politique en matière de santé.

De ce fait, élaborer un document de politique est une condition nécessaire pour mieux orienter les actions susceptibles de satisfaire les besoins de nos populations. Pour qu'elle soit authentique, il faut que nous tous, acteurs nationaux et internationaux du secteur santé, y adhérions. C'est pourquoi nous lançons un appel pour la mobilisation indispensable de tous afin de faire de la mise en œuvre de cette politique une réussite à la mesure des attentes des populations et des différents acteurs.

L'élaboration et la mise en œuvre d'un programme sont précédées d'une première étape qui consiste à définir la politique générale au niveau national. La prise en charge de la santé des populations, il a été impératif d'impulser de larges actions visant l'information, l'éducation et la communication à tous les âges de la vie. Pour cela, l'élaboration de programmes nationaux de santé évoluant avec les situations nouvelles identifiées, mobilisant tous les partenaires dans une intersectorialité agissante doivent être renforcés à court, moyen et long terme. Face à cette situation sanitaire, le ministère de la santé allait recourir à différentes mesures entre autre l'élaboration et la mise en place en collaboration avec des experts de OMS de plusieurs programmes de santé.

Le financement de la santé constitue une préoccupation importante pour l'ensemble des pays et fait l'objet de plusieurs débats dans le monde. En Algérie, le problème du financement du système de soins se pose avec une extrême acuité et devient une préoccupation majeure pour les pouvoirs publics et la population, le budget de fonctionnement du secteur est annuellement établi dans le cadre de la loi des finances, avec une contribution de l'État, une contribution de la Caisse nationale d'assurances sociales (CNAS), contribution qui varie d'une année à l'autre et, enfin, par une participation des usagers qui est fixée par voie réglementaire.

### **Section 1 : Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

Le système de santé en Algérie est fondé sur une répartition des soins et la mise en place d'une stratégie de prise en charge collective du malade afin d'assurer le bien-être social facilitant l'accès aux soins pour la population.<sup>1</sup> La conception d'une politique de santé s'inscrit dans le cadre d'une politique générale de développement.

La question de la politique de santé qui constitue l'élément moteur du développement durable, reste parmi les sujets d'actualités en matière de recherche dans le dysfonctionnement du système de santé publique et son impact déterminant sur le bien-être du citoyen.

C'est au milieu des années quatre-vingt-dix qu'a été développée par les pouvoirs publics l'idée de promouvoir la participation des usagers dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé. Elle est constituée d'objectifs de nature quantitative et qualitative, à court, moyen et long termes, et traduits dans des actions (programmes par exemple) susceptibles : de prévenir, de soigner, de guérir des maladies, imperfections organiques, fonctionnelles ou psychiques qui peuvent compromettre, limiter ou interdire l'activité familiale, professionnelle ou sociale d'un individu. Elle recouvre aussi l'ensemble des moyens juridiques, institutionnels, humains, techniques, économiques, financiers et budgétaires, susceptibles d'empêcher l'apparition des maladies ou de faire régresser celles qui se sont déclarées dans une perspective très large de protection de la santé publique<sup>2</sup>.

#### **1-1-Définition de la politique de santé en Algérie**

La santé publique en Algérie désigne à la fois l'état sanitaire d'une population apprécié via des indicateurs de santé (quantitatifs et qualitatifs, dont l'accès aux soins) et l'ensemble des moyens collectifs susceptibles de soigner, promouvoir la santé et d'améliorer les conditions de vie. La santé relève généralement autant de l'individu que du groupe.

Alors, la politique sanitaire en Algérie est identifiable (ou plutôt devrait l'être). Même lorsqu'elle ne fait pas l'objet d'une présentation par écrit (ou quel que soit le contenu de cette présentation). Donc elle se définit comme étant un ensemble des mécanismes qui permettent de fournir des services de santé, de décider de la répartition, des ressources, de produire des informations et de les utiliser, d'assurer l'interaction des différentes parties prenantes, de mettre en œuvre des pratiques anciennes et d'introduire des pratiques nouvelles forment ce que l'on appelle «la politique» applicable au secteur de la santé sur une période donnée.

---

<sup>1</sup> BEHLOULI, Ahmed Sofiane. *Op .cit.* p. 11.

<sup>2</sup> BRECHAT, Albert. *Revue sur les : Usagers et politique de santé : bilans et perspectives.*2006.p245-262. Disponible sur le site :<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2006-2-page-245.htm>. Consulté le (4-10-2017).

## Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie

---

Ce sont aussi des décisions innombrables et éparées qui façonnent un mode de fonctionnement spécifique.

Donc, la politique de santé est les principaux axes de stratégies et des moyens à mettre en place pour mener une action qui vise la satisfaction des besoins en santé des patients. Le ministre de la santé a la charge d'organiser le système de santé et de surveiller toutes les dépenses afférentes même celle des autres secteurs. Les attributions et les missions du ministère chargé de la santé et leurs fonctions portent sur tous les domaines de compétence du gouvernement liés à la promotion, l'amélioration, la protection, l'évaluation, la surveillance, ainsi qu'au maintien ou au rétablissement de la santé de la population, et l'exécution de toutes les lois. Or c'est lui qui décide de tout ce qui touche de près ou de loin à la santé.

Il se fait, tout de même, assister par des professionnels siégeant au niveau de diverses structures qui verront le jour. La principale est le Conseil supérieur de la santé composé par des membres de droit et un collège d'experts qualifiés couvrant les différents domaines liés à la santé. Et c'est à ce conseil qu'échoit l'élaboration de la politique nationale de santé et la proposition d'une liste des priorités sanitaires. Et la loi ne s'arrête pas là. Elle compte encore plusieurs autres intervenants dans le domaine de la santé qui a été complètement disséqué.

En matière de prévention, le secteur de santé déploie des efforts consolider la lutte contre les maladies transmissibles et pour engager de manière résolue un processus de lutte et de prévention contre les maladies non transmissibles.<sup>1</sup> Donc l'État et la nation engage dans la définition de la politique de santé d'un pays. On ne peut se contenter de celle d'un système de santé basé sur une conception théorique qui reprendrait les éléments constitutifs décrits classiquement, d'un système de soins. Si l'État garantit, généralement dans la loi fondamentale (constitution), le droit à la santé, ceci doit être matérialisé et concrétisé par l'élaboration d'une politique de santé se basant et s'appuyant sur les problèmes de santé de la population et les déterminants de celle-ci en vue de l'amélioration de son état de santé<sup>2</sup>.

La politique nationale de santé est à distinguer de :« *La promotion globale de la santé* » assurée par les différentes politiques publiques dans notre pays. Cette Promotion globale de la santé, est faite principalement de la politique nationale de santé et des impacts sur la santé relevant de toute autre politique publique.

---

<sup>1</sup> Le ministre de la santé de la population et de la réforme hospitalière. *Politique gouvernementales dans le domaine de la santé*. Septembre 2015. Disponible sur le site : [www.premier-ministre.gov.dz/politiques](http://www.premier-ministre.gov.dz/politiques). Consulté le : (30/11/17).

<sup>2</sup> Médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive. *Centre Hospitalier universitaire de sidi Bel Abbes-épidémiologie prévention-Sidi Bel Abbes*. Algérie.2004,p.96. .Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-4-page-639.htm>. Consulté le : (4/10/2017).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

En effet, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

Etant donné le caractère politiques de l'élaboration des mesures sanitaires et l'incertitude à laquelle tous les acteurs surtout locaux, sont confronté au cours d'une crise, cet envahissement du champ d'action empêche souvent la réalisation de projets concurrents, dans un tel contexte, il est parfois impossible de comprendre la logique de certains décisions.

Donc, le ministère de la santé a également souligné que la réforme du secteur sanitaire se poursuivra par d'autres actions et réalisation à proximité des wilayas déposants de CHU. D'autre part, il a indiqué que cette mutation s'inscrit dans le cadre de l'évaluation des actions concrétisées en matière de réformes de système sanitaire.<sup>1</sup>

### **1-2-Les outils de la planification sanitaire**

La planification de la santé connaît de multiples définitions, variables selon les acteurs qui y sont impliqués, elles peuvent aussi signifier un processus d'action de problème ou qu'un moyen de régulation des systèmes de soins et de la santé publique, un processus d'aide à la décision et qui vise à introduire de la cohérence entre les objectifs et les moyens.<sup>2</sup>

Depuis quelques années, les autorités sanitaires en Algérie essaient de mettre en place une planification sanitaire qui organiserait une répartition équitable des ressources dans le cadre régional et une carte sanitaire qui mettrait en place le découpage en régions sanitaires.<sup>3</sup> Les programmes de santé régionaux soient destinés à répondre à des besoins spécifiques à une ou plusieurs régions géographiques du pays. De création de l'agence régionale sanitaire, chargée de la mise en place des programmes suscités garantir un traitement de qualité.

Donc, une analyse de la situation sanitaire est une évaluation de la situation actuelle, elle est fondamentale pour concevoir et actualiser les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé.

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé. *La politique de santé en Algérie*. Séminaire. Oran. Algérie.29 décembre 2013.

<sup>2</sup> ALAIN, Jourdain .MECHEL, Frossard. *Les nouveaux outils de planification sanitaire –Haut conseil de la santé*.11 Juin 1995,p.2. Disponible sur le site : [www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr). Consulté le ( 03/11/17).

<sup>3</sup> ABDELKRIM, Soulimane. *La loi de santé publique, En Algérie et en France* .2004.Disponible sur le site : <http://www.cairn.info>.Consulté le ( 29/12/13).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

Cette analyse peut ensuite servir de fondement pour définir les priorités auxquelles il convient de s'intéresser dans le cadre de la politique, de la stratégie, ou du plan de santé moyennant un dialogue politique large et participatif.<sup>1</sup>

En effet, la politique de santé évolue au cours du temps sous l'effet de multiples facteurs. Si l'environnement est instable, cette évolution peut s'accélérer, Ainsi de brusques changements sont susceptibles d'entraîner l'inversion complète de certains processus.

Le système national de santé est caractérisé par une planification sanitaire ; un schéma d'organisation des coopérations, des activités et des structures de santé publiques et privées l'inter-sectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'action sanitaire et des programmes de santé, la complémentarité du médical et du social.<sup>2</sup>

### **▪ La méthode d'élaboration du contenu de la politique nationale de santé**

Rien de plus connue que la succession logique des étapes de préparation d'une politique de santé .Elle comprend<sup>3</sup>:

- La définition des besoins de santé de la population.
- L'identification des problèmes de réponses à ces besoins de santé.
- La détermination des priorités et des objectifs prenant en compte les contraintes financières.
- La programmation des actions déclinants les priorités et les objectifs.
- La mobilisation des moyens nécessaires.
- La mise en œuvre des actions privées.
- Le suivi et l'évaluation des résultats obtenus.

Chaque temps de cette énumération comporte suspendant les difficultés techniques pour mettre mené à bien qu'il convient de traiter avec méthode, il ne suffit pas de savoir réciter cette litanie pour maîtriser les questions de méthodes posées par la bonne réalisation de chacune de ces étapes.

### **1-3-Les étapes d'élaboration de la politique sanitaire**

Les politiques sont rédigées sous la forme d'énoncés ou de règles, et les procédures sous la forme d'instructions à suivre selon un ordre logique et des étapes déterminées qui se représentent comme suit <sup>4</sup> :

<sup>1</sup> Le ministre de la santé. *La Politique de santé : analyse de la situation et définition des priorités*. Séminaire. Disponible sur le site : [www.who.int/processes/priorités](http://www.who.int/processes/priorités) .Consulté le (04/11/17).

<sup>2</sup> HAZEM, Hadda. *Ce que prévoit la nouvelle loi sanitaire* –publié dans le journal de Liberté. Algérie.26 septembre 2017 . Disponible sur le site :<https://www.liberte-algerie.com/actualite/ce-que-prevoit-la-nouvelle-loi-sanitaire-88867>.Consulté le (26/11/17).

<sup>3</sup> LOPEZ, Alain. *Rapport sur les conditions d'élaboration et de mise en œuvre de la politique nationale de santé*. France. Juillet 2012.p.46.

<sup>4</sup> (s.a). *Guide pour élaborer les politiques RH | Politiques RH et législation* .Disponible sur le site : <http://hrcouncil.ca/info-rh/politiques-elaborer.cfm>.Consulté le (11/11/17).

### **1-3-1-La planification, renforcement des capacités et communication**

Une fois prise la décision de se lancer dans l'élaboration d'une politique, le succès dépend de bonne préparations, définir les responsabilités de décideurs et établir les règles d'engagement, rédiger le plan du travail, les calendriers et les budgets, préparer les stratégies de communications et créer les capacités permettant de gérer le processus et d'impliquer avec discernement les groupes des parties prenantes. Il faudra aussi rassembler les données de référence et les informations de base et entreprendre leur analyse.

Toutefois, les avantages à long terme sont considérables. Il faudra dresser un plan de travail détaillé et destiner du temps, du personnel et un budget aux événements conjoints comme les réunions des groupes de travail, les séances d'orientation et les ateliers.

### **1-3-2-Analyse préparatoire fournir les principales informations de base**

Il est impératif de déposer d'informations et de données valables et fiable sur une série de matière pour impliquer de façons significatives les parties prenantes, la perception guide les politiques, les débats relatifs doivent se fonder sur les meilleurs données disponibles concertants des aspects clés. La profondeur de l'analyse dépend des circonstances, des ressources et du temps disponibles pour entreprendre un tel examen.

Il faut préparer des informations pertinentes, valables sur le plan statistique et impartiales, pouvant être mises à disposition lors des débats, sur des thèmes tels que les suivants : les ressources sanitaires, leur utilisation et leur gestion ; la situation et les tendances du secteur sanitaire, les tendances politiques, sociales et démographiques.

### **1-3-3-Définir qui doit être impliqué et comment, et le type de soutien nécessaires**

Le succès de l'élaboration participative de la politique dépend du bon choix des parties prenantes et du niveau de leurs adhésion .donc ces parties prenantes clés sont celles qui sont touchées par la politique de santé ou peuvent avoir sur elle et sa mise en œuvre une influence significative.

### **1-3-4-Guider et gérer le processus, le comité de direction et l'équipe de gestion**

Le comité de direction et l'équipe de gestion sont établies souvent pour guider le processus d'élaboration de la politique sanitaire et fournir les soutiens politiques nécessaires, un comité de direction qui guide le processus d'élaborations d'une politique est influent et utile s'il se compose de parties prenantes clés ayant la volonté et le pouvoir de fournir un soutien politique.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Le comité de direction du PFN de l'Ouganda. *Les premières étapes de l'élaboration d'une politique de santé*. 2001.p.27-30.Disponible sur le site : [www.fao.org<docrep](http://www.fao.org/docrep). Consulté le :(30/11/17).

### **1-4-Les principaux acteurs de politiques de santé**

Certaines institutions interviennent en tant qu'organismes d'appui au ministre de la santé. Le président du conseil d'administration de ces institutions est le représentant du ministre au sein du conseil. Ces institutions peuvent être classées en <sup>1</sup>:

- Organismes de sécurité sanitaire : l'institut national de santé publique, le Laboratoire de contrôle des produits pharmaceutiques, l'agence nationale du sang, le centre national de pharmacovigilance et de matériovigilances, le Centre national de toxicologie ;
- Organismes d'appui logistique : l'Institut Pasteur d'Algérie, la pharmacie centrale des hôpitaux ;
- Organismes de formation, de documentation, de recherche et d'information : l'Ecole nationale de santé publique, l'institut national de pédagogie et de formation paramédicale, les écoles de formation paramédicale et l'agence nationale de documentation en santé.
- Le gouvernement -non seulement le ministre de la santé, mais aussi ceux de finances, du trésor, de l'éducation et les gouvernements locaux.
- Les parties politiques, les organisations de personnels de santé et les réseaux de prestataires de soins.
- Les groupes d'assurance –maladies et autre fonds de financement de soins de santé.
- Les groupes communautaires et les organisations de la société civile.
- Le secteur commercial et le secteur privé, les institutions des nations unies y compris l'OMS.

### **1-5-Les objectifs de la politique de santé publique**

Les objectifs d'ordre sanitaire doivent s'intégrer dans une politique de santé publique générale, prenant en compte la situation actuelle et les tendances.

Ainsi que la contribution, dans les situations particulières, comme dans le cadre d'une prise en charge globale de la santé. Ces objectifs vise à <sup>2</sup> :

- La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;
- La lutte contre les épidémies ;
- La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;<sup>3</sup>
- L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;

---

<sup>1</sup> *Ibidem.*

<sup>2</sup>(s. a). *Objectifs d'ordre sanitaire, rôle et finalité des objectifs d'ordre sanitaire* . Disponible sur le site : [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/dwq/gdwq3fr\\_3.pdf?ua=1](http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3fr_3.pdf?ua=1). Consulté le (11/11/17).

<sup>3</sup>Associe. *La sante publique, la politique définie au niveau nationale*. Disponible sur le site : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Pages>. Consulté le (04-10-2017).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

- L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;
- L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer ;
- La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;
- La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps .

Donc, ces politiques élaborés pour atteindre des objectifs repartis en deux options stratégiques : des objectifs de la population axés sur l'amélioration des solutions aux problèmes de santé. Comme la lutte contre les maladies les plus dangereuses et tops couteuses (les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète...) En essayant le maximum possible pour réduire leurs impacts sur le niveau des morbidités et des mortalités dans la population. Et les objectifs de la politique de la santé axés sur l'amélioration des structures et des services telle que la modernisation des structures des soins, améliorer la formation des médecins et l'introduction de nouvelles techniques dans les hôpitaux (la télémédecine).<sup>1</sup>

Le secteur de la sante est un secteur névralgique et sensible du fait que la santé est un facteur prospérité économique, social et culturelle<sup>2</sup>. Le système de santé est dirigé par le Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Le ministre a pour mandat de mettre en application le programme du président de la république à travers le plan d'action du gouvernement. Ce plan d'action adopté comporte, pour le secteur de la santé, cinq volets :

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

---

<sup>1</sup> BENMANSEUR Sonia. *Op.cit.*, P. 01.

<sup>2</sup> ARHAB, Samir .*Perspective et modalités de la mise en place de système de management de la qualité au milieu hospitalier*. Mémoire de magister. Département des sciences économiques, commerciales et de gestion. Spécialité science économique. Université de Mouloud Mammeri Tizi- Ouzou.2012.p.1

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

### **1-6-La préparation de la stratégie nationale de santé**

Le Haut Conseil de la Santé Publique vient de remettre au ministre son analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables pour l'avenir.<sup>1</sup>

- **La structure de la stratégie :** La stratégie nationale de premières composantes de politique nationale de santé est constituée de quatre volets :
  - L'analyse des besoins de santé de la population et des problèmes de réponse à ces besoins.<sup>2</sup>
  - Des priorités en nombre limités déclinés en objectifs et éventuellement en actions .Ces priorités et objectifs sont hiérarchisés entre eux, ils vont de l'orientation la plus générale a des dispositions plus proches de la réalisation concrètes des interventions souhaités.
  - La mobilisation des moyens à engager pour mettre en œuvre les priorités et les objectifs.
  - Le suivi de l'évaluation.
- **Le déroule du processus de définition de la stratégie :** Ce déroule repose sur la succession de cinq grandes étapes suivantes :
  - La définition de méthode de travail avec l'organisation à mettre en place, la répartition des taches avec la désignation des responsables, le calendrier.
  - La réalisation des expertises portant sur les besoins de santé de la population et les problèmes de réponse à ces besoins,
  - L'identification des priorités et les objectifs les déclinants la définition des dispositions à prendre pour le mettre en œuvre.
  - L'examen du projet de stratégie national et son adoption et la mise en œuvre de la stratégie, son suivi son évaluation.

---

<sup>1</sup>(s.a). *Les étapes d'élaboration de la stratégie nationale de santé*. Disponible sur le site : solidarites-sante.gouv.fr. Consulté le : (11/11/17).

<sup>2</sup> LOPEZ, Alain. *Op.cit.*, P. 48.

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

- **L'organisation du travail** : Est à définir les trois niveaux de mission avec pour chacun des responsabilités à identifier et une concertation à organiser.

Donc l'inflation des structures sanitaires publiques nées d'une planification sanitaire qui a répondu à un impératif d'égalité (pression des élus ,administration et population) mais non d'équité (pour l'atteinte des objectifs) s'est conjugué avec la floraison de structures de différents statuts dont la conséquence est le cloisonnement des structures privées et parapublique à l'origine de l'atomisation du système.<sup>1</sup>

Tous les citoyens ont le droit à la protection de leur santé. L'Etat assure la prévention de lutte contre les maladies épidémiques et endémiques. De ce fait plusieurs stratégies, planification sont conçues et exécutées pendant des décennies. Cependant et malgré ces efforts investis par l'Etat. Le citoyen demeure toujours non satisfait de la situation sanitaire en matière de l'offre de soins, de qualité des prestations et de sa prise en charge.

### **Section 2 : Les programmes de santé élaborés en Algérie**

#### **2-1 Définition d'un programme de santé**

En général, un programme de santé se compose de plusieurs parties. D'abord, une introduction est proposée ainsi que les antécédents et la mission à accomplir par le programme. Puis, il y a lieu de faire un diagnostic de la situation actuelle, lequel peut inclure une synthèse d'évaluation de plans similaires ayant été lancés auparavant.<sup>2</sup>

Donc, un programme de santé est un ensemble d'actions mises au point par un gouvernement dans le but d'améliorer les conditions de santé de la population. Ainsi, les autorités favorisent des campagnes de prévention et assurent l'accès démocratique et massif aux centres d'assistance médicale.

L'objectif général du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS) est de soutenir le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) dans ses efforts visant à améliorer les instruments de pilotage du secteur de la santé en Algérie.

Une des composantes essentielles du PASS est d'apporter l'appui technique nécessaire dans le domaine de la prise en charge de la transition épidémiologique par un développement

---

<sup>1</sup> LAKEHAL, Rabia. *Les politiques publiques de santé.la santé de proximité : enjeux et perspectives*. Colloque. Algérie. 19 Janvier 2014. P.1.

<sup>2</sup> (s.a). *Sens et perspective de programme*. Disponible sur le site : <http://lesdefinitions.fr/programme-de-sante>. Consulté le (25/10/17).

d'outils permettant une meilleure planification et gestion des services de santé préventifs et curatifs.<sup>1</sup>

### **2-2 Les programmes de santé élaborés en Algérie**

L'Algérie traverse, depuis quelques années déjà, une phase de transition épidémiologique marquée par la persistance des maladies transmissibles (maladies infectieuses de l'enfant, maladie à transmission hydrique, zoonoses), caractéristiques des pays en développement, et l'émergence des maladies non transmissibles (cancers, diabète, affections cardiovasculaires, rénales, neurologiques et respiratoires chroniques) qui prennent de plus en plus une place importante dans la charge de morbidité. Le poids de ces affections, qui nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse, va s'accroître avec le vieillissement de la population.

Le pays doit, ainsi, assumer un double fardeau particulièrement ressenti par les catégories sociales défavorisées, dont la baisse du pouvoir d'achat limite l'accès aux soins.<sup>2</sup>

Et parmi les grands programmes nationaux élaborés en termes de prévention en matière de santé algérienne on présente :

#### **2-2-1 Programme de malnutrition et carences nutritionnelles**

Une étude menée par la Société algérienne de nutrition (SAN), démontre que les algériens sont de plus en plus victimes soit du surpoids et/ou de l'obésité, soit de la maigreur. Le surpoids et/ou l'obésité étant souvent le résultat d'une consommation incontrôlée. Donc le problème de malnutrition et du surpoids est souvent associé au diabète, aux cardiopathies au cancer.<sup>3</sup> Les plus fréquentes sont les anémies, les carences en iode ont une incidence particulièrement élevée dans certaines régions du pays ce qui provoque le goitre. Bien que, cette malnutrition fait référence à des réalités très différentes :

- La malnutrition aigüe est la forme la plus connue. C'est celle que l'on voit apparaître lors des famines ou de conflits armés. Elle est responsable chaque année de la mort de plus de 3 millions d'enfants de moins de 5 ans.
- La malnutrition peut aussi être « chronique », lorsque les personnes n'ont pas accès à une alimentation équilibrée et ne disposent pas des vitamines et nutriments suffisants pour se

---

<sup>1</sup> *Des outils et des pratiques au service de la modernisation de la gestion des Ressources Humaines en Santé*. Le séminaire de clôture des activités du volet Ressources Humaines du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS). Alger, 23 novembre 2014.

<sup>2</sup> LAID, Youcef. *Dialogue national international sur le changement climatique, secteur clé : santé*. Algérie. Août 2010, p.4. Disponible sur le site : [w.undpcc.org/docs/.../03\\_Algeria%20NIP\\_health%20adaptation.pdf](http://w.undpcc.org/docs/.../03_Algeria%20NIP_health%20adaptation.pdf). Consulté le (27/10/17).

<sup>3</sup> MEKALT, Khoukha. *Le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement*. Disponible sur le site : <http://www.eiseverywhere.com>. Consulté le (16/10/17).

développer normalement. Chez les enfants, elle peut avoir des conséquences à long terme. S'ils sont atteints d'un retard de croissance, ils auront des difficultés à apprendre, à se développer physiquement et auront plus de risques de contracter des maladies.

- Le surpoids et l'obésité sont aussi des formes de malnutrition. L'excès de nourriture ou une alimentation trop riche en gras entraînent des maladies telles que le diabète et des maladies cardiovasculaires<sup>1</sup>. Donc, à partir de cette année, des programmes sur la prévention des carences nutritionnelles et du surpoids/obésité chez les jeunes (enfants, adolescents), en favorisant la transmission des bonnes pratiques alimentaires.<sup>2</sup>

### **2-2-2 Programme National de Lutte contre Le Rhumatisme Articulare Aigu (PNL RAA)**

Le RAA est considéré encore comme un problème de santé publique majeur dans les pays en voie de développement, du fait des complications cardiaques graves, les cardites rhumatismales qu'il engendre, qui nécessitent dans de nombreux cas des réparations chirurgicales à cœur ouvert, pénibles et coûteuses.

En Algérie actuellement, il y a une diminution du taux d'incidence du RAA grâce au programme national de lutte contre le RAA mais les conséquences qu'il entraîne, les cardites rhumatismales se font encore ressentir jusqu'à l'heure actuelle. La lutte contre le RAA et les cardiopathies rhumatismales continue d'être un aspect important du programme de l'OMS sur les maladies rhumatismales aiguës.

Le ministère de la santé décide en 1986, qui avait été déclarée année de RAA par l'OMS, de considérer cette maladie comme un problème prioritaire de santé et de mettre en place un programme de lutte. Un groupe de travail multidisciplinaire composé d'experts, épidémiologistes, cardiologues, pédiatres et biologistes est créé à l'INSP pour élaborer un avant-projet du programme de lutte. En 1989, ce groupe de travail devient comité national de lutte contre le RAA chargé d'élaborer une stratégie de lutte.

Les objectifs du programme consistent à réduire la prévalence des cardiopathies rhumatismales à moins de 1,5 ‰ (pour mille) chez l'enfant et l'adolescent âgés de 4 à 19 ans, réduire l'incidence des rechutes à moins de 0,4% année-patients et réduire de 50% l'incidence des syndromes post streptococcique (polyarthrite, cardite, chorée, syndrome post

---

<sup>1</sup> Rapport sur l'état de l'insécurité alimentaire dans le monde. *La lutte contre la malnutrition. Santé, sécurité alimentaire, nutrition et carences nutritionnelles*. 19 septembre 2014. Disponible sur le site : [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr). Consulté le (27/10/17).

<sup>2</sup> BENHAMED, Wassila *La nutrition en Algérie. Publié dans le journal de liberté le 26 novembre 2017. Disponible sur le site : <https://www.liberte-algerie.com/actualite/la-societe-algerienne-de-nutrition.../1>*. Consulté le (27/10/17).

streptococcique mineur).Cependant, des enquêtes de prévalence ultérieures permettront de mesurer l'effet du programme.<sup>1</sup>

### **2-2-3 Programme de lutte contre le paludisme**

Le paludisme est une maladie parasitaire potentiellement mortelle transmise par des moustiques. On pensait à l'origine que cette maladie provenait des zones marécageuses, d'où le nom de paludisme dérivé du mot ancien 'palud', marais. En 1880, les scientifiques ont découvert la véritable cause du paludisme, un parasite unicellulaire appelé plasmodium. Ils ont ensuite découvert que le parasite était transmis d'une personne à une autre par les piqûres, d'un moustique Anophèle femelle, qui a besoin de sang pour nourrir ses œufs...<sup>2</sup>

En Algérie les statistiques délivrées par le ministère de la santé font état de 400 à 800 cas du paludisme, importés par ans, durant la dernière décennie mais l'absence de transmission locale au cours de ces trois dernières années, de ce fait l'Algérie a organisé un plans national de lutte contre cette maladie à travers des mesures citons les renforcements de la surveillance épidémiologique.

Et des mesures de prévention ,d'alerte et de riposte rapide devant tous risque de paludisme mais aussi la sensibilisation sur les risques de contracter la maladie lors des voyages à l'étranger et la nécessité de respecter les recommandations sanitaires de protections individuelles.<sup>3</sup>

### **2-2-4 Programme de lutte contre les maladies non transmissibles**

C'est à partir des années 1990, que l'Algérie connaît sur le plan épidémiologique une transition caractérisée par une apparition prononcée des maladies chroniques. Les maladies non-transmissibles, telles que les maladies respiratoires chroniques, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer, constituent un problème de santé publique important en Algérie.

Le Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS), en collaboration avec l'EHU Oran et la DSP Oran, et sous l'égide du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH), a organisé le 22 septembre le Comité de Pilotage Local

---

<sup>1</sup> BOUCHAIB, Fares. *Programme National de Lutte contre le Rhumatisme Articulare Aigu (PNL RAA)*. Séminaires. 2012-2013.p1.

<sup>2</sup> (s.a). *Programme National de Lutte contre le Paludisme PNLP*. Disponible sur le site : <http://www.pnlp.sn/>. Consulté le (27/10/17).

<sup>3</sup> SMAIL ,M. *Lutte contre le paludisme : L'Algérie classée éligible par L'OMS*. Le journal de temps. Publié le : 25avril 2017.Disponible sur le site : <https://letempsdz.com>. Consulté le (17/10/17).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

(COFIL) du projet du Dossier Électronique Médical (DEM) au niveau du site pilote du projet, à savoir l'EHU Oran.<sup>1</sup>

Le secteur de santé s'est doté depuis 2014 de deux importants programmes nationaux de santé dont la mise en œuvre est en cours :

- Le plan national 2014-2018 de lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.
- Le plan national cancer 2015-2019.

Le ministre chargé de la santé arrête, après avis du conseil national de la santé prévu de l'article 31 de la présente loi, la liste des maladies non transmissibles donnant lieu à un programme national.

La liste des maladies chroniques susceptibles de donner lieu à un dépistage et/ou à un traitement gratuit est arrêtée par le ministre chargé de la santé sur proposition du conseil national de santé. Les moyens humains et matériels nécessaires à cette prise en charge sont définies par voie réglementaire.<sup>2</sup>

En matière de prévention, le secteur déploie des efforts pour consolider la lutte contre les maladies transmissibles et pour engager de manière résolue un processus de lutte et de prévention contre les maladies non transmissibles. Dans ce cadre, il s'agit de :

- Consolider et renforcer des programmes nationaux de prévention qui s'inscrivent dans l'objectif de l'élimination des maladies transmissibles prévalentes, de développer de nouveaux programmes et plans de prévention et mettre en place un dispositif de veille épidémiologique approprié ;
- Mettre en place le cadre de coordination national multisectoriel de lutte contre les maladies non transmissibles institué par décret exécutif et engager la mise en œuvre du plan national de réduction des facteurs de risque communs (tabagisme, sédentarité, mauvaise alimentation) aux maladies non transmissibles prévalentes ainsi que le développement d'un système de surveillance de ces facteurs de risque ;
- Redynamiser et /ou mettre en œuvre les programmes de prévention et de dépistage des cancers et des autres maladies chroniques.

---

<sup>1</sup> (s.a). *Le plan stratégique national et multisectoriel de lutte intégré contre les maladies non transmissibles*. Disponible sur le site : [www.pass-ue.dz/index.php?...lutte...contre...lutte-contre-les-maladies...](http://www.pass-ue.dz/index.php?...lutte...contre...lutte-contre-les-maladies...) Consulté le (27/10/17).

<sup>2</sup>(s.a). *Guide de la médecine et de la santé en Algérie-Avant-projet de loi sanitaire* .Disponible sur le site : [www.santemaghreb.com/algerie](http://www.santemaghreb.com/algerie). Consulté le (27/10/17).

### **2-2-5 Programme de santé et de sécurité au travail (SST)**

Un programme de santé et de sécurité au travail est un plan d'action précis visant à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Donc la santé et la sécurité sont la responsabilité conjointe de la direction et des travailleurs. C'est la direction qui est toutefois tenue responsable de toute non-conformité à la législation sur la santé et la sécurité du travail. Bien qu'un supérieur puisse donner à un de ses employés l'autorité d'agir en son nom, c'est le supérieur qui demeure responsable des résultats obtenus par la personne ainsi déléguée.

Ainsi, le PRCDE« Projet de Renforcement des Capacités dans le Domaine de l'Environnement » (PRCDE - ALG 1401911) a pour ambition de contribuer à une meilleure intégration de la préservation de l'environnement dans la mise en œuvre des politiques sectorielles et dans les actions des organisations de la société civile algérienne.

L'intervention est centrée sur le renforcement des capacités individuelles, organisationnelles et institutionnelles d'organisations bénéficiaires ciblées dans les secteurs de l'Eau, de la Santé, des Transports et des organisations de la société civile actives dans la préservation de l'environnement.<sup>1</sup>

### **2-2-6 Programme national de santé mentale**

La santé mentale est avant tout l'affaire de pouvoirs publics efficaces, agissants et au service de tous (engagement financier, travail "sérieux" en matière de proximité, planification rigoureuse, etc.). Loin d'être une vision idéaliste, ces efforts des élus, des professionnels et des chercheurs pourraient enfin se conjuguer dans un espace de dialogue, de concertation et de "construction" des connaissances sur les vulnérabilités de notre société sérieusement affectée par la violence (conduites déviantes, délinquance ordinaire, attentats terroristes, catastrophes naturelles, etc.).

Ces statistiques à la fois publiques et sanitaires donneraient la possibilité à la société de réfléchir d'abord sur ses problèmes et de développer par la suite une politique de santé mentale de nature à briser les réflexes de la médicalisation si massive de nos malheurs intimes.<sup>2</sup>

Donc, cet état de santé est à l'origine d'une dépréciation de ces personnels, y compris et surtout sur le plan statutaire, ce qui génère un véritable malaise socioprofessionnel, devenu de fait une entrave objective au développement sanitaire dans notre pays.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> (s.a). *Projet de Renforcement des Capacités dans le Domaine de la santé*. Disponible sur le site : [https://www.btctb.org/sites/default/files/tenders/tdr\\_alg\\_280.pdf](https://www.btctb.org/sites/default/files/tenders/tdr_alg_280.pdf) .Consulté le (27/10/17).

<sup>2</sup> SEDER, Cherifa. *Pour une politique de santé mentale en Algérie*. Journal de Liberté, publié le 27octobre 2017. Disponible sur le site : <https://www.liberte-algerie.com>. Consulté le (17/09/17)

<sup>3</sup> IDDIR, Mohamed. *La santé mentale en Algérie*. Revue. 6janvier 2004. Disponible sur le site :[www.sfapsy.com](http://www.sfapsy.com)<revue-de-presse .Consulté le( 17/10/17).

Avec les mutations socio-économiques, l'effondrement des repères socioculturels et l'incidence suite aux années noires du terrorisme, la maladie mentale a pris des proportions alarmantes. Le nombre des patients ne cesse d'augmenter et le psychiatre se trouve confronté à des affections nouvelles : Toxicomanie, suicide... Avec les mutations socio-économiques, l'effondrement des repères socioculturels.

Interrogé sur les principales raisons de ces maladies, le professeur Tidjiza les résume dans « *Le chômage, la baisse du pouvoir d'achat, la crise de logement et le manque de lieux de détente et de loisir* ». <sup>1</sup>

### 2-2-7 Programme de la mère et l'enfant

La population féminine est une population fragile et qui a des besoins de santé spécifiques par rapport à l'homme d'une part et c'est une population précaire et pauvre d'autre part. La pauvreté va de pair avec un accès difficile aux services de santé.

En particulier la santé maternelle. C'est dans les pays les plus pauvres que les problèmes de santé génésique et sexuelle sont les plus répandus, car les services de santé y sont généralement dispersés ou matériellement inaccessibles avec le manque de personnel, de ressources et de matériel.

Cependant, le Rapport de Mortalité Maternelle (RMM) a connu une baisse remarquable de l'ordre de 66,56% pendant une période de vingt et un ans (entre 1989 et 2010). Le Taux de Mortalité Infantile (TMI) a connu aussi une amélioration de l'ordre de 83% pour une période de quarante ans.<sup>2</sup> En matière d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, le secteur œuvre notamment pour réduire le taux de mortalité maternelle et infantile par :

- Le lancement du plan national de réduction accélérée de la mortalité maternelle 2015-2019 basé notamment sur l'accès universel à des prestations de qualité tout au long de la grossesse et de l'accouchement et le renforcement et le suivi des grossesses et l'amélioration des prestations de soins néonataux.
- Le développement de la prise en charge intégrée de l'enfant en offrant des soins complets à l'enfant notamment préventif et le renforcement de la protection vaccinale.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> MALIKA, L. *30.000 malades mentaux en Algérie*. Publié dans le journal (Le Midi Libre), le 10/10/2010. Disponible sur le site : [www.djazairess.com/fr/lemidi/710101201](http://www.djazairess.com/fr/lemidi/710101201). Consulté le (27/10/17).

<sup>2</sup> KADI, Nadjat. *Santé reproductive et pauvreté en Algérie*. Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Démographie. Faculté des Sciences sociales. Département de démographie. Alger. Septembre 2013. « Non paginé ».

<sup>3</sup> *Politique gouvernementale dans le domaine de la sante*. Séminaire de ministère de la population et de la réforme hospitalière. Septembre 2015.

### 2-2-8 Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques de l'enfant et les infections respiratoires aiguës(IRA)

Le Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LMD) a pour origine la résolution WHA31.44, adoptée par la Trente et Unième Assemblée mondiale de la santé en mai 1978, en application de laquelle l'OMS a institué un programme mondial ayant pour objectif de réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies diarrhéiques et les effets nocifs qui leur sont associés, en particulier la malnutrition, chez les nourrissons et les jeunes enfants. En effet, la stratégie de lutte consiste à la prise en charge satisfaisante malades qui aura dans l'immédiat le maximum d'impact sur la mortalité diarrhéique. Les éléments de cette stratégie sont les suivants :

- Prévention de la déshydratation grâce au traitement précoce de la diarrhée à domicile au moyen de solutions disponibles ou spécialement préparées ;
- Traitement de la déshydratation au moyen de sels de réhydratation orale (SRO) ;
- Prévention des conséquences nutritionnelles de la maladie pendant et après la maladie, et utilisation sélective de liquides administrer par la déshydratation prononcée et d'antibiotiques pour le traitement de choléra<sup>1</sup>.

### 2-2-9 Programme national de santé scolaire et le milieu éducatif

L'état algérienne a développé son système de santé pour subvenir aux besoins de la population en matière de santé et de qualité de soin toujours croissant, tout cela, dans un cadre politique bien particulier basé sur la gratuité des soins . Et parmi les grands axes de la gratuité des soins, on retrouve la santé scolaire, cette dernière a enregistré plusieurs progrès en matière de couverture médicale des enfants scolarisés, le dépistage de certaines maladies, le suivi des affections dépistées, la vaccination, et le contrôle d'hygiène et de salubrité des établissements, avec un objectif général d'attendre 100% de couverture vaccinale sur les 48 Wilayas.

Et des objectifs spécifiques à savoir, mettre tous les moyens humains et logistiques nécessaires aux activités de santé scolaire, ainsi que la mise en place de programme spécifique de prise en charge de la santé de l'adolescent en milieu scolaire et le renforcement des actions d'éducation pour la santé sanitaire. Certaines affections continuent à dominer la pathologie médicale au milieu scolaire. Il s'agit des problèmes de baisse de l'acuité visuelle, l'énurésie, difficultés scolaires, pédiculoses, souffle cardiaque, strabisme, et la gale.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Organisation mondiale de la santé (OMS) .*Programme de lutte contre les maladies diarrhéiques*. Rapport de situation du directeur général organisation mondiale de la santé.29 octobre 1986.p 2.Disponible sur le site :apps.who.int/bitstream/EB79-11-fre.Consulté le (17/11/17).

<sup>2</sup> KHELFOUNI, Mohamed Adnane. *La santé scolaire en Algérie*. Institut des sciences et techniques d'éducation physique et sport. Sciences et Pratiques des Activités Physiques Sportives et Artistiques N°05 (2014/1). Université d'Alger 3. Mars 2014.

### **2-2-10 Programme national anti tuberculose TBC**

La tuberculose est une maladie transmissible, depuis 1990, l'incidence de la TBC ne s'est pas modifiée et il existe même une légère tendance à la hausse. En 2000,18294 nouveaux cas ont été déclarés ce qui donne une incidence de 60.7 pour 100.000 habitants. En 2001,18328 avec une incidence de 59.9 pour 100.000 habitants depuis 1990.

De ce fait, l'Algérie a met en place un programme de lutte contre cette maladie dont leur objectif consiste à réduire la transmission de la TBC dans la population générale Algérienne et réduire la morbidité et la mortalité liée à la maladie tuberculeuse. Cette contribution participe du devoir de mémoire avec le rappel que le combat pour la santé des enfants est ancien et date des premières années qui ont suivi l'indépendance.

La prévention de la tuberculose se fait par la vaccination par le BCG obligatoire à la naissance en Algérie depuis 1969.concerne toutes les naissances et enfant en âge scolaire.et protège efficacement contre la TBC infantile et surtout les formes mortelles de la tuberculose.<sup>1</sup>

### **2-2-11 Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles**

Le Gouvernement de l'Algérie, a mis en place le Programme National de lutte contre le SIDA et les infections sexuellement transmissibles (PNL/MST/SIDA) qui est l'ensemble des dispositions stratégiques, des ressources et des structures dont le pays s'est dotées pour enrayer la progression de ces maladies dans le cadre de la politique sanitaire en vigueur.

### **2-2-12 Programme de santé pénitentiaire**

Ce programme est en cours d'élaboration par un groupe de travail intersectoriel compose de représentant de ministre de la santé, de la population et de ministre de la justice.

### **2-2-13 Programme de lutte contre la rougeole**

La rougeole est une maladie infectieuse virale extrêmement fréquente très contagieuse et immunisante, elle est endémique, transmissible par voie aérienne, elle se caractérise par un signe de KOPLIK (petit élément blanc, siégeant à la face interne des joues, puis au bout de quelques jours elle se généralise à tous le corps.<sup>2</sup> Elle est contrôlable par la vaccination, elle est généralisée depuis 1985. Donc l'Algérie a met en place un programme de lutte contre cette maladie.

---

<sup>1</sup>BOUMENDJEL, Fadhila. *L'enfant dans le système de santé algérien*. Revue. Janvier 2017 .P.244.

Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-naqd-2017-1-page-127.htm>. Consulté le 27/10/17.

<sup>2</sup> SIDI YAKOUB, Mohamed. *Elaboration et mise en œuvre des programmes de santé, formation des praticiens inspecteurs*. Ecole nationale de santé publique . El-Marsa. Alger. Juin 2015.

L'objectif de ce programme consiste à maintenir à zéro cas le taux de la mortalité par rougeole d'ici l'an 2009 :

- Réduire la morbidité par rougeole de 95°/° d'ici l'an 2009. par rapport au seuil de l'année 2000.
- Atteindre un taux de couverture par vaccination anti-rougeoleux (deux prises) d'au moins de 95°/° de couverture pour les enfants âgés de 6 ans.<sup>1</sup>

### 2-2-14 Programme de lutte contre le scorpionisme

L'envenimation scorpionique demeure un véritable problème de santé publique en Algérie, chaque années 30 à 35000 piqures sont enregistrées à travers le territoire national particulièrement dans les wilayas des hauts plateaux<sup>2</sup>. L'ampleur de problème et la nécessité de réduire ce fléau en étroite collaboration avec tous les intervenants ont suscités la mise en place d'un comité national intersectoriel de lutte contre l'envenimation scorpionique. Et malgré les progrès en matière de surveillance et la prise en charge des cas, révélé quelques insuffisances.<sup>3</sup>

### 2-2-15 Programme de lutte contre les zoonoses

Ce programme de limite essentiellement surtout les quatre maladies qui posent un très grand problème de santé publique.

- **La brucellose** : Est en progression continue son incidence annuel est passe de 0.66 cas/100000 en 1990 à 9.30 cas/100000 habitants cette augmentation est lies à la mise en place des laboratoires vétérinaires régionaux permettant le diagnostic.
- **La rage humaine** : 16 cas ont été enregistrés en 2000 sur 12 wilayas, de ce fait, des dizaines de milliers de personne sont soumis à une vaccination après contact suspect avec des animaux.
- **Leishmaniose** : Elle est en régression nette en 2000.
- **Le kyste hydatique** : 16 cas ont été enregistrés en 2000 sur 12 wilayas.

### 2-2-16 Programme de surveillance épidémiologique

Parmi ces maladies qui nécessitent une surveillance épidémiologiques on trouve : les maladies à déclaration obligatoire (MDO), maladies à transmission hydriques (MTH), zoonoses, TIAC.

---

<sup>1</sup> KHERROUB, Smail. Mémoire. *Formation des praticiens inspecteurs* .Ecole nationale de santé publique EL MARSA –Alger. Juin 2005.P.53.

<sup>2</sup> BENHAMED, Wassila. *Lutte contre l'envenimation par le scorpion : caravane de sensibilisation*. Publié dans le journal EL MOUDJAHID, le 24/04/17. Disponible sur le site :[www.elmoudjahid.com](http://www.elmoudjahid.com) <actualités. Consulté le (30/10/17).

<sup>3</sup> *Nouvelles modalités de notification des cas d'envenimation scorpionique*. Ministre de la sante de la sante de la population de la réforme hospitalière. Directeur de la prévention : Instruction N °04/MSPRH/DH. 04 mars 2012 .p 1.

Cependant, ces maladies à transmission hydrique (MTH) : constituent toujours des maladies fréquentes affectant la morbidité voire les mortalités Algériennes et parmi ces maladies on trouve : la typhoïde qui survit par des vagues épidémiologique et directement lié sa la dégradation des réseaux d'adduction d'eau potable et d'évacuation des eaux usées. Leur prévention à travers des actions multisectorielles en amont pour garantir la disponibilité et la qualité global des algériens et à renforcer leur durée de vie dans des bonnes conditions.

### **2-2-17 Programme de lutte contre les maladies cancéreuses : programme national de lutte anti cancer 2015-2019**

Le cancer constitue l'un des problèmes de santé à l'échelle mondiale, et l'une des préoccupations majeurs en matière de santé et de recherche, les formes les plus fréquentes chez l'homme (cancer du poumon et de la vessie), chez la femme (le sien et col de l'utérus).

Ce programme vise à renforcer la prévention contre cette maladie à travers un diagnostic précoce et à assurer les moyens nécessaires au traitement notamment la radiothérapie, selon le ministre. Boudiaf, a dans ce sens, cité les moyens médicaux dont dispose le CHU de Constantine qui accueille des malades issus de 17 wilayas du pays ajoutant que cet hôpital dispose d'équipements médicaux de traitement du cancer, dont deux appareils de scintigraphie et de mammographie.

Le ministre a affirmé qu'il n'y avait pas de pénurie de médicaments et de vaccins de prévention et de traitement du cancer.<sup>1</sup> Cependant leur prévention consiste à la prise en charge de cette maladie : dépistage (recherche de la maladie chez les personnes asymptomatiques dans les populations ciblées), le diagnostic, la thérapeutique sous toutes ses formes, et enfin les soins du support pour les patients au-dessus de toute thérapeutique à visées curatives de développer l'hospitalisation à domicile.

En Algérie (14 registres régionaux du cancer) : 1990 : incidence : 80/100 000 habitants 2010 : incidence : 130/100 000 habitants, 2013 : nombre de nouveaux cas : 45000 Incidence des 4 premiers cancers, identique à celle des pays industrialisés.<sup>2</sup>

### **2-2-18 Programme antitabac**

L'Algérie se lance finalement dans l'élaboration d'un Programme National de Lutte Contre le Tabac, et qui doivent être validés par le Ministre de la Santé et les autres Ministères concernés. Pour réduire du tiers la prévalence du tabagisme, les principales actions seront :

---

<sup>1</sup>ZITOUNI, A. *Plan cancer - Santé Algérie* . Colloque sur le plan du cancer. Disponible sur le site : [http://www.sante.dz/colloque/docs/plan\\_cancer\\_algerie\\_zitouni.pdf](http://www.sante.dz/colloque/docs/plan_cancer_algerie_zitouni.pdf). Consulté (28/10/17).

<sup>2</sup>BOUZIT, Abdelkader. *Le programme de lutte anti cancer en Algérie*.24 juin 2014. Disponible sur le site <http://www.amb-algerie.fr/1055/programme-national-2015-2019-lutte-anti-cancer/> .Consulté le (28/10/17).

## Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie

---

- Le renforcement des actions de formation, de prévention, d'éducation et de communication.
- L'élimination totale de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac.
- La promotion de l'arrêt du tabagisme.
- Le renforcement du dispositif législatif de lutte contre le tabagisme, en se référant aux dispositions de la convention cadre de l'OMS avec modification et complément des dispositions de la loi 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé par notamment l'introduction de dispositions pénales relatives à la violation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de la publicité.

Ce programme est un véritable challenge pour l'Algérie, et dont la réussite est conditionnée par l'implication de la plupart des Ministères du gouvernement, et de la participation active des Associations, pour dénormaliser ce produit de consommation qui tue une personne sur deux, de plus en plus consommé par la population algérienne et particulièrement jeune ; devenue cible préférentielle de l'industrie du tabac, qui est au cœur même de cette épidémie et crise croissante du tabagisme<sup>1</sup>.

La réussite de ces programmes est pour nous un défi et une rude bataille que nous devons de gagner, car elle sera la locomotive qui mènera tout notre système de santé vers des changements auxquels nous aspirons tous.

En matière de prévention, l'Algérie a rencontré d'énormes difficultés surtout dans les années de 1988-1993, les difficultés liées à la dette et à la modification de l'économie du pays, du fait de passage à l'économie du marché, et elles avaient entraîné de graves pénuries en matière de vaccins, médicament, essentiellement au bon fonctionnement des programmes national de santé.

---

<sup>1</sup> (s.a). *Downloaded Programme antitabac Algérie*. Disponible sur le site : [blogsofbainbridge.typepad.com/files/programme-antitabac-algerie.doc](http://blogsofbainbridge.typepad.com/files/programme-antitabac-algerie.doc). Consulté le (01/10/2017)

### Section 3 : Le financement de système de santé en Algérie

Le financement du système national de santé est basé principalement sur des dotations budgétaires de l'Etat, d'une contribution forfaitaire des organismes de sécurité sociale et d'une participation de plus en plus importante des usagers ou ménages, à cause des dépassements généralisés des tarifs dans le secteur privé et l'augmentation des prix des médicaments.

Aucune mobilisation des ressources additionnelles n'est venue améliorer le financement de la santé, même si depuis 1991, il est recommandé, que la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé doit se faire sur la base des relations contractuelles.

Pour faire face aux nouveaux besoins sanitaires de la population à l'horizon 2030, faut-il mobiliser d'autres sources de financement supplémentaires ou plutôt gérer d'une manière rationnelle celles déjà existantes ? Avant de répondre à cette question, il paraît indispensable de définir et de revoir l'évolution de la dépense nationale de santé de l'Algérie<sup>1</sup>.

L'absence de contraintes financière avait favorisé un accès élargie des populations aux soins entraînant une forte augmentation des dépenses de santé, due à la fois au renchérissement des prix des médicaments, à l'évolution épidémiologique et démographique et le manque de visibilité quant à la contribution des différents intervenants dans le financement. Il est clair que la question du financement du système de soins algérien est très complexe<sup>2</sup>. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuelle ne peut la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis.

Le système de santé algérien a aujourd'hui davantage besoin d'engager une réforme profonde dont le contenu devait être essentiellement lié au mode de financement de la santé et à la maîtrise des dépenses. Les dépenses de santé en Algérie croissent d'une manière significative depuis plus de deux décennies, en raison de la combinaison de plusieurs facteurs liés à la transition épidémiologique, démographique, offre de soins et à la couverture sociale quasi totale de la population algérienne<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> BOULAHRIK, Mohand. *Financement du système de santé Algérien*. Revue des Sciences Économiques de de Commerce et de Gestion. N° 33 – 2016.P. 10.

<sup>2</sup> MAHFOUD, Nacera. BRAHAMIA Brahim. YVES Coppieters Consommation de médicaments et maîtrise des dépenses de santé en Algérie. 2017. Disponible sur le site :<https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/13616/1/ABPR11F03.pdf>. Consulté le (4-11-2017).

<sup>3</sup> BENMENSOUR, Sonia. *Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb. Cas : Algérie, Maroc, Tunisie*. Mémoire. En vue d'obtention de diplôme de magister en sciences économique. Option : Monnaie finance banque. 2012. P. 90.

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

La consommation de médicaments, prise en charge par les organismes de sécurité sociale (CNAS et CASNOS), Parmi ces dernières, nous citons notamment le développement et l'encouragement de la consommation du médicament générique, le déremboursement du médicament, le médecin traitant et la mise en place de la carte CHIFA qu' on peut définir comme une carte de Sécurité sociale qui permet d'identifier l'assuré ainsi que ses ayants droit pour faire valoir leurs droits aux prestations de Sécurité sociale. Elle comporte des informations personnelles sur l'assuré (état de santé, suivi médical, remboursement des médicaments et examens médicaux).

Il suffit que l'assuré social ou l'un de ses ayants droit présente sa carte Chifa auprès des pharmacies conventionnées, des médecins conventionnés, des opticiens lunetiers conventionnés et aussi lors de toute démarche auprès des centres de paiement. Les assurés sociaux ou ayants droit d'assurés sociaux malades chroniques pris en charge à 100 %, ainsi que les malades atteints d'asthme, d'hypertension artérielle et maladie de Crohn pris en charge à 80 %.<sup>1</sup>

Aujourd'hui, suite au retournement du marché pétrolier, on veut s'attaquer au principe de la gratuité des soins dans le secteur public. Cette dernière n'est en fait que partielle puisque les usagers s'acquittent d'un ticket modérateur lorsqu'il s'agit d'une consultation, d'une exploration médicale ou d'un séjour hospitalier sans parler des examens complémentaires et des explorations médicales qui se font le plus souvent dans le secteur privé.

En fait, les ménages participent triplement au financement des dépenses de santé. D'abord à travers le paiement des cotisations par les assurés où une partie est reversée par les organismes de la sécurité sociale au secteur public sous forme de « forfait hôpital », censé couvrir les dépenses de santé des assurés sociaux au niveau des structures publiques de soins.

Ensuite, les ménages s'acquittent d'un impôt sur leur revenu. Enfin, les paiements directs des ménages qui n'ont pas cessé de croître ces dernières années. Cette forte pression que subissent les ménages se verra encore augmentée s'ils auront encore à mettre la main dans la poche quand ils s'adresseront au secteur public. Crise ou pas crise, il est demandé à l'Etat une efficacité de la dépense publique y compris dans les secteurs sociaux. Force est de constater que l'Algérie a perdu beaucoup de temps pour lancer des réformes en profondeur.

---

<sup>1</sup> ZIANI, Zoulikha. ZIANI, Farida. *Le financement de la santé en Algérie*. Université de Bejaïa. P. 19. Disponible sur le site : [www.univbejaia.dz/.../Financement%20des%20hôpitaux%20publics%20en%20Algérie](http://www.univbejaia.dz/.../Financement%20des%20hôpitaux%20publics%20en%20Algérie). Consulté le (11-11-2017).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

L'exemple le plus patent est le dossier de la contractualisation qui peut être une solution possible au problème du financement de la santé en Algérie. Ce projet est sur l'agenda du gouvernement depuis 1993.<sup>1</sup>

La loi des finances de 1993 a introduit le principe de la contractualisation, entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins en remplacement du «Forfait Hôpitaux»<sup>2</sup>.

La contractualisation permet une plus grande maîtrise des coûts et des dépenses en soins de santé et assure équitablement un meilleur accès aux soins pour les affiliés à la Sécurité sociale et aux démunis ainsi qu'aux personnes non assurées mais disposant de ressources financières<sup>3</sup>.

On peut définir la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale (D.A.S.) de wilaya comme étant :

*«La délimitation plus précise de la quote-part respective des deux principaux financeurs : le budget de l'Etat et l'assurance sociale, et l'introduction des nouvelles catégories de payeurs en particulier (celle des non assurés, non démunis). Ces derniers doivent payer leur consommation au secteur public, en particulier l'hôpital ... »<sup>4</sup>*

### **▪ Les objectifs de la contractualisation**

La mise en place de la contractualisation en Algérie, vise plusieurs objectifs essentiellement :<sup>5</sup>

- Une plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins. Les organismes de sécurité sociale pourront connaître au plan quantitatif et qualitatif les soins fournis aux assurés sociaux ;
- Une meilleure maîtrise des dépenses ;
- Une amélioration de la qualité des prestations de soins ;
- Une plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale permettant une utilisation rationnelle et optimale des ressources.
- Une analyse détaillée et une maîtrise des coûts de la santé ;

<sup>1</sup> ZEHNAT, Ahcène. *Le système de santé Algérie*. 3 Février 2015. Disponible sur le site : <http://forumdesdemocrates.over-blog.com/2015/02/fin-de-la-gratuite-des-soins-ahcene-zehnat-ekonomiste-de-la-sante-en-parle.html>. Consulté le (2-11-2017).

<sup>2</sup> CHOUGRANI, Saada. *La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie*. Insaniyat, n°6, Septembre-Décembre 1998. P. 143.

<sup>3</sup> (s.a). *La contractualisation entre les hôpitaux et la sécurité sociale à compter de mars 2010*. Disponible sur le site : <http://www.algerie-focus.com/2010/01/la-contractualisation-entre-les-hopitaux-et-la-securite-sociale-a-compter-de-mars-2010/>. Consulté le (3-11-2017).

<sup>4</sup> Oufriha F.Z. : *Cette chère santé : une analyse économique du système de santé en Algérie*. p. 205.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

## Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie

- Une responsabilisation accrue des acteurs qui interviennent dans le secteur public de soins (les bailleurs de fonds et les offreurs de soins) ;
- Financement du secteur public de soins en fonction du volume des activités et non des structures de soins ;
- Une allocation rationnelle des ressources de santé ;

L'objectif final de la contractualisation étant alors de passer d'une gestion budgétaire classique à une gestion par objectifs.

**Tableau N°01 : Sources de financement en pourcentage**

Année	Etat	Sécurité social	Ménages
1974	75	25	00
1980	36	64	02
1988	27	51	26
1998	34	39	26
2000	47	26	27
2005	51	23	27
2009	55	31	13
2010	83.24	16.03	0.34
2011	89.1	9.3	0.2
2012	82.60	11.03	0.18
2013	82.51	13.28	0.29
2014	82.14	15.43	0.3

Source : BOULAHRIK, Mohand. Op.cit.P.25.

Durant la période 1974- au PIB est multipliée par trois en 16 ans (1.6 % en 1973 à 5.5% en 1988) Pendant la période 90 et sur le plan économique, la DNS par rapport au PIB passe de 6% en 1990 à 3.6 % en 2001, depuis l'année 2000, on note une amélioration des indices économiques de la santé, la DNS/PIB est passée de 3.5 % en 2005 à 5.3 % en 2013<sup>1</sup>.

### ▪ **Le financement de secteur public de la santé**

Depuis l'Indépendance et jusqu'à 1974, le financement des hôpitaux publics en Algérie se pratiquait sur la base du mode de rémunération appelée « prix de journée » déterminée conjointement en termes de négociation entre les départements (wilayas) et les organismes de sécurité sociale<sup>2</sup>.

A partir de janvier 1974, l'Algérie adopte une politique de gratuité de soins dans les structures publiques de santé (substitution des paiements directs : acte et prix de journée) par la formule «budget globale ». Cette décision politique facilité l'accès aux soins et aux médicaments, par la suppression de l'obstacle financier, disposition bénéfique, surtout pour démunis.

<sup>1</sup> BOULAHRIK, Mohand. Op.cit. P.26.

<sup>2</sup> CHAOUCH, Ali.Op.cit., P. 2.

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

L'Etat est à la fois le principal prestataire de service et la principale source de financement des services de santé. Les dépenses de santé s'élevaient en 1973 à 874 millions de DA et représentaient environ 1,6% du produit intérieure brut(PIB). Cette méthode est généralement utilisée lorsqu'il y a peu d'information sur l'activité et sur les coûts.

Pour leur fonctionnement, les hôpitaux reçoivent un budget global préalablement réparti selon la nomenclature budgétaire (titres, chapitres, articles). Cette formule est devenue la principale méthode de financement des hôpitaux, au cours des années 80, dans de nombreux systèmes de santé<sup>1</sup>.

En Algérie, le financement public est essentiellement budgétaire : selon des estimations provisoires, l'Etat a contribué à hauteur de 44,3% à la DNS en 2012, 81% en 2013 et la sécurité sociale à hauteur de 21,3%, (CNAS) 16% en 2013, derrière les ménages. Les rubriques des dépenses de personnel et de médicaments représentent environ 80% de la dotation budgétaire et le budget d'équipement (investissements lourds) est entièrement à la charge de l'Etat.

L'impact de l'effondrement des prix des hydrocarbures est évident, le financement public des dépenses de santé pourra diminuer<sup>2</sup>. Le budget qui sera consacré à la santé va certainement baisser si le choc pétrolier perdure encore et c'est les ménages qui seront de fait fortement sollicités pour la prise en charge de leurs dépenses de santé, le sous financement public va impacter toute la chaîne de soins. Bien sûr qu'en temps de crise, des efforts sont nécessaires pour réduire les dépenses de santé à travers des plans de maîtrise.

On peut agir sur l'offre de soins, sur la répartition des infrastructures, sur la sélection et sur les prix des médicaments et des technologies médicales, par exemple. Un contexte de crise peut être aussi une opportunité pour engager des réformes ambitieuses et structurelles afin de garantir un service public de qualité et améliorer son efficacité.

Le financement par l'Etat est consacré à 93.43% aux établissements de santé publique, le reste est destiné à couvrir les dépenses de fonctionnement des services déconcentrés (48 Directions de santé de wilaya), des établissements nationaux sous-tutelle, des écoles de formation paramédicale et des services de l'administration centrale.

Les dépenses des structures non hospitalières précitées sont consacrées essentiellement aux salaires et ne sont pas très importantes par rapport aux dépenses des établissements publics de santé. L'évolution des dépenses de fonctionnement de 2001 à 2015 est donnée par le tableau suivant :

---

<sup>1</sup> BENMANSOUR, Sonia. *Op.cit.* P. 62.

<sup>2</sup> ZEHNAT, A h c è n e. *Op.cit.*, (Non paginée).

Tableau N°02 : Evolution du budget de fonctionnement (Unité : 10<sup>6</sup>DA)

Année	Montant annuel du budget
2000	3390.07
2001	45747615.615ycompris <sup>1</sup> initial
2002	49117.107
2003	55430.565
2004	63770.452
2005	63460.953
2006	70315.276
2007	93552.966
2008	129201.251
2009	178322.829
2010	227859.541
2011	227859.541
2012	404945348
2013	306925.642
2014	365946.753
2015	396217,178

Source : BOULAHRIK, Mohand. *Op.cit.* P. 15.

D'après ce tableau et contrairement aux embellies financières des années 70 dont nos hôpitaux ont été dotés d'équipements sophistiqués <sup>1</sup>, l'embellie financière qu'a connu notre pays durant la période 2002 -2015 générée par les recettes provenant de l'exportation des hydrocarbures a permis d'augmenter d'une manière conséquente le budget de la santé, rien de nouveau n'a été réalisé en ce qui concerne l'utilisation rationnelle de ce budget notamment, la prise en charge des malades présentant des pathologies lourdes tels que les cancéreux.

### ▪ Le secteur privé

En Algérie, le champ de la santé s'est modifié avec l'émergence et l'extension du secteur privé des soins à but lucratif dans ses deux composantes : cliniques privées et médecine de ville, mettant ainsi fin à l'hégémonie durant trois décennies du secteur public. Un système de soins hybride en a résulté avec un secteur public caractérisé par de multiples dysfonctionnements qui nourrissent un secteur privé en pleine croissance.

Cette dynamique s'opère dans un contexte de transition plurielle : une transition économique mal assumée, une transition sociologique avec une forte urbanisation, une rapide transition démographique et une transition épidémiologique avec une part croissante des maladies chroniques, non transmissibles et des accidents. Le secteur privé a connu une forte dynamique durant ces deux dernières décennies.

<sup>1</sup> BOULAHRIK, Mohand. *Op.cit.* P.16.

## Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie

---

La médecine libérale connaît une extension surtout dans certaines spécialités où l'offre privée est supérieure à l'offre publique à l'exemple de la radiologie, la gynécologie-obstétrique, l'ophtalmologie et l'ORL<sup>1</sup>.

Le développement du secteur privé s'est opéré selon la sacro-sainte règle de rentabilité financière. A titre d'indication, le secteur privé dispose aujourd'hui de 47 scanners, les logiques et les mécanismes de son développement sont : la solvabilité des ménages assurée par la réduction de leur épargne sous forme monétaire ou capital non monétaire, l'option pour les activités «médicovores», comme la gynécologie, la pédiatrie, l'ophtalmologie, l'ORL, la cardiologie, la chirurgie et récemment la procréation médicalement assistée (PMA)<sup>2</sup>.

Les prix pratiqués dans ces espaces médicaux sont extrêmement élevés, conditionnés par deux facteurs essentiels<sup>3</sup> :

- Difficultés d'accès aux services de santé publique, où il faut des connaissances, plus les files d'attente et les rendez-vous éloignés, d'où l'incitation à se soigner dans le secteur privé. Le secteur public n'a pas connu de développement significatif pour répondre à une demande en santé en forte croissance, notamment pour les maladies émergentes. Ce sont les populations rurales et celles des régions du Sud, et il faut le reconnaître, les populations des quartiers défavorisés des villes, qui éprouvent des difficultés à accéder aux services spécialisés des hôpitaux publics en insuffisance criante d'équipements, de médecins spécialisés et de médicaments<sup>4</sup>.
- La recherche de la bonne santé est considérée comme essentielle pour tout être humain.

La clinique privée fonctionne ainsi comme une « machine à soigner » qui occulte en réalité, tout comme l'hôpital, les patients porteurs d'expériences sociales plurielles et diversifiées. Ici, les malades sont identifiés à partir de leur numéro de chambre.

Mais l'enjeu implicite au cœur du fonctionnement de la clinique privée se situe bien dans la captation du plus grand nombre de malades en donnant une visibilité à la performance technique, à la compétence des médecins, à l'hygiène et à la propreté de la formation sanitaire.

---

<sup>1</sup> *La santé des algériennes et des algériens*. Ministère de la santé, de population et de la réforme hospitalière. Rapport annuel. Décembre 2004. P. 92.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> LAMRI, Larbi. *Santé : imposer des prix raisonnables au secteur privé*. 19 Décembre 2016. Disponible sur le site:<http://www.algerieinfos-saoudi.com/2016/12/sante.lamri-larbi-imposer-des-prix-raisonnables-au-secteur-prive.html>. Consulté le (2-11-2017).

<sup>4</sup>*Ibidem*.

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

Mais ce cadre sociotechnique à lui seul, suffit pour donner un autre sens à la forme du lien social et thérapeutique noué entre le personnel et les malades. Payer le prix fort pour se soigner, ne semble pas, selon nos observations, impliquer la reconnaissance de la dignité des malades.

En s'engouffrant dans les espaces d'opportunités créés par les pouvoirs publics et le secteur public de santé, les cliniques privées, loin d'opérer des ruptures significatives, viennent au contraire renforcer une dynamique sociale globale marquée par la prégnance sociale de l'argent dans la société et en conséquence donner plus de visibilité aux inégalités sociales de santé. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût social et financier pour une population confrontée à un marché difforme des soins qui ne peut qu'accentuer ce mouvement d'exclusion d'une majorité des patients.<sup>1</sup>

La question de la complémentarité entre les deux secteurs est très importante car elle soulève des interrogations sur les politiques publiques à conduire. Les pratiques des professionnels de la santé jouent souvent sur les deux secteurs pour maximiser leurs activités et revenus. Il faut savoir de quelle complémentarité on parle. Celle au profit de la santé publique et de la prise en charge de qualité des patients ou celle centrée sur les intérêts de groupes de professionnels ou d'investisseurs dans le secteur de la santé.

Dans tous les cas, il n'y a plus de murs entre les deux secteurs. S'il y a du public dans le privé à travers la double activité des médecins du secteur public, il y a aussi du privé dans le public à travers les conventions dont disposent les médecins libéraux dans les régions qui accusent un déficit en médecine spécialistes. Le système public de soins ne peut être considéré isolément, il s'insère dans un ensemble complexe de relations avec le privé dans sa diversité.

En Algérie, comme dans de nombreux pays, les acteurs du système de santé sont nombreux et diversifiés avec des statuts qui varient. Le problème est l'existence ou non d'une régulation avec des mécanismes explicites et solides d'incitation et de gestion de la qualité des prestations, d'équité de l'accès aux soins, d'efficience de l'allocation des ressources et de pérennité du financement.

Il n'existe en Algérie aucune description cohérente des relations entre le public et le privé dans le secteur de la santé permettant d'asseoir les discussions sur des bases communes.

---

<sup>1</sup> MEBTOUL, Mohamed. *Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie*. Disponible sur le site : <https://jda.revues.org/1840>. Consulté le (4-11-2017).

## **Chapitre II:Elaboration et mise en œuvre de la politique de santé en Algérie**

---

La complémentarité du secteur public et privé ou les deux parties seront gagnantes doit passer par l'élaboration d'une stratégie de santé et ensuite d'un cahier des charges bien détaillé pour valoriser les apports de chaque secteur et acteur et pour éviter les risques de dérives<sup>1</sup>.

Les dépenses de santé sont en constante croissance. Cette croissance est expliquée d'une part, par l'augmentation du niveau de vie, la transition épidémiologique et démographique ainsi que l'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies. Le financement de la santé reste marqué par le financement public qui occupe une place prépondérante. la part du financement privé commence à s'accroître mais demeure toujours marginale par rapport au secteur public. Malgré toutes les mesures prises pour maîtriser l'augmentation des dépenses de santé, les dépenses de santé continue à marquer des accroissements réguliers et continue à peser lourdement sur le système de sécurité sociale de l'Etat et des ménages<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> ZEHNAT, Ahcène. *Op.cit.*,

<sup>2</sup> ZIANI, Zoulikha. ZIANI, Farida. *Op.cit.*, P. 21.

### **Conclusion du chapitre II**

Le succès de la mise en œuvre de la politique nationale de santé nécessitera une coordination intersectorielle et une gouvernance et des décideurs du secteur de la santé en vue de pouvoir assurer la coordination des différentes interventions dans le secteur de la santé. Elle nécessitera également une collaboration multisectorielle, notamment avec les autres départements ministériels, les ONG /Associations et la société civile.

La mise en œuvre de la politique doit se faire par l'élaboration du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) décliné à son tour en Plans Triennaux de Développement (PTD) à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ces PTD doivent être traduits en Plans de Travail Annuel (PTA). Les programmes de santé doivent être renforcés et leur budgétisation revue à la hausse. Une mise à niveau s'impose :

- Le programme de surveillance sanitaire doit intégrer les progrès techniques et se mettre en adéquation avec la révision du Règlement Sanitaire International face au risque biologique, physique et chimique, impliquant le développement du contrôle sanitaire aux frontières.
- L'intégration des normes imposées par l'adhésion prochaine de l'Algérie à l'Organisation mondiale du Commerce dans le cadre du programme de nutrition.
- L'identification et la riposte rapides à des problèmes de santé émergents liés à des comportements nouveaux, à la mondialisation, à l'évolution des technologies, aux changements climatiques induisant des perturbations écologiques

Depuis l'année 2000 à 2014 et grâce à l'embellie financière qu'a connue notre pays durant la période sus indiquée, les indicateurs de financement du système de santé Algérien ont connu une évolution positive à l'exception des dépenses privées de santé fournies par la banque mondiale. Pour avoir des données fiables, il a été recommandé en 2001 de mettre en place des mécanismes pérennes et des procédures adéquates pour l'élaboration annuelle des comptes nationaux de la santé.

Donc, il est admis aujourd'hui que l'Etat algérien ne peut plus avoir le monopole dans la prestation de services de santé et de leur financement. La démarche contractuelle impulse une dynamique managériale favorable à mettre en place un mode de financement des établissements publics de santé plus pertinent. Dans la politique nationale de santé, la contractualisation est toujours dans un état imparfait même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993. Malgré les contraintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné.

# CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

## Introduction du chapitre III

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre de la recherche sur le terrain dont l'objectif d'apporter des éléments de réponses à la problématique de départ. A ce moment dans notre travail de recherche, nous devrions confronter notre cadre conceptuel avec la réalité sur le terrain. Pour ce faire, ce chapitre fera l'objet d'une analyse approfondie, d'un Centre Hospitalo-universitaire. Donc il s'agit de démontrer les dysfonctionnements de système de santé au sein de CHU de T-O et les réformes engagées pour améliorer la qualité des soins.

### 1 Présentation du cadre méthodologique de l'étude

Dans la présente section nous évoquerons successivement la méthodologie de recherche, les caractéristiques de la population et l'échantillon de l'étude.

#### 1-1 Rappel de la problématique et des objectifs de recherche

Avant d'évoquer la méthodologie de recherche, il est nécessaire de rappeler la problématique et les objectifs de recherche.

##### 1-1-1 Rappel de la problématique de recherche

Notre problématique s'articule autour de la question centrale suivante : Quels sont Les dysfonctionnements de système de santé au sein de CHU de T-O et les réformes engagées pour améliorer la qualité des soins ?

##### 1-1-2 Rappel des objectifs de recherche

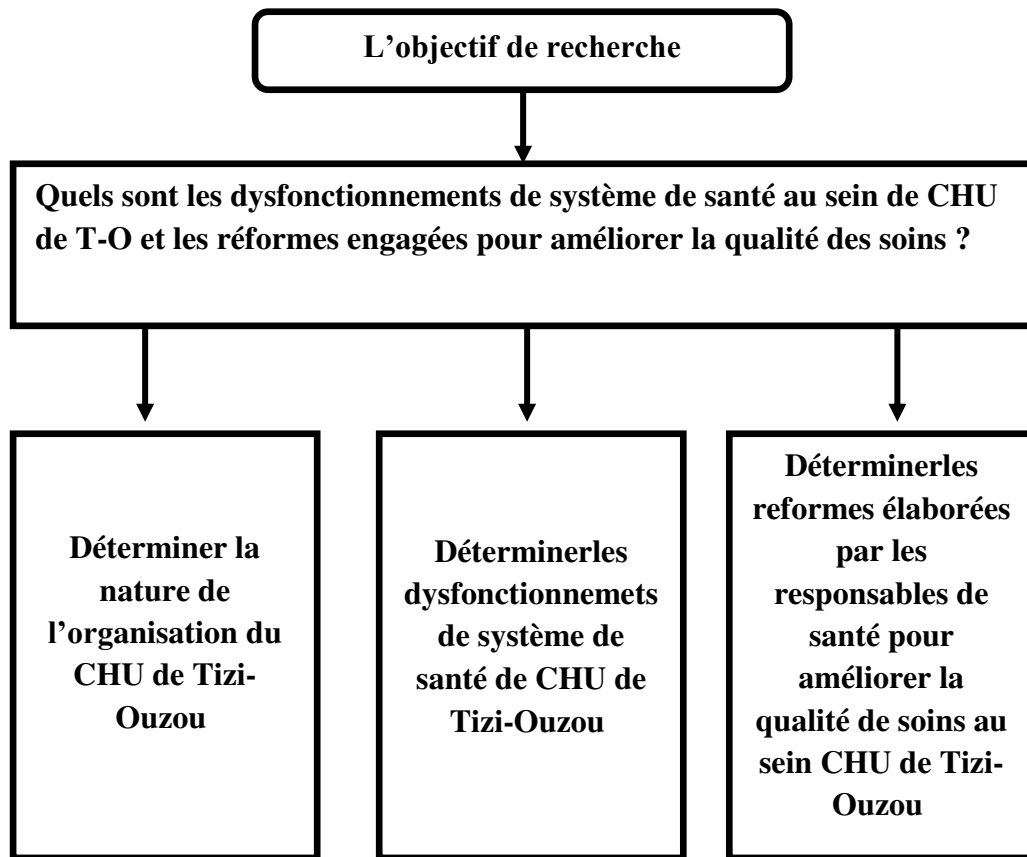
C'est l'idée que nous remettons en question dans ce travail, cherchant à répondre à la problématique suivante : Quels sont Les dysfonctionnements de système de santé au sein de CHU de T-O et les réformes engagées pour améliorer la qualité des soins ? Pour bien préciser notre objectif, nous nous sommes fixés trois (03) objectifs spécifiques qui sont :

- Déterminer la nature de l'organisation du CHU de Tizi-Ouzou ;
- Déterminer les dysfonctionnements de système de santé de CHU de Tizi-Ouzou ;
- Déterminer les réformes élaborées par les responsables de santé pour améliorer la qualité de soins au sein CHU de Tizi-Ouzou.

L'objectif de notre étude résumé dans la figure suivante :

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

Figure N°01 :L'objectif de recherche



Source : Réaliser par nous-même.

### 1-2 Méthodologie de recherche

Pour mieux expliquer le fonctionnement de CHU de T-O et ses contraintes, nous avons utilisé la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données. Ce dernier est défini comme :

*«Une étude qualitative est une étude destinée à recueillir des éléments qualitatifs, qui sont le plus souvent non directement chiffrables par les individus interrogés ou étudiés. Une étude qualitative est le plus souvent réalisée par des entretiens collectifs ou individuels ou par des observations en situation menées auprès d'échantillons réduits. Elle vise généralement à comprendre en profondeur des attitudes ou comportements. Elle peut également être menée en laboratoire<sup>1</sup>. La notion d'étude qualitative s'oppose généralement à celle d'étude quantitative, bien que dans la pratique des études qualitatives sont souvent menées dans le cadre d'études exploratoires afin de préparer les questionnaires utilisés dans les études quantitatives réalisées ultérieurement. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses en termes de bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données».*

Notre recherche est de nature qualitative se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, ainsi des données collectées sur le terrain par la méthode d'étude de cas.

<sup>1</sup>BATHELOT, B. *Etude qualitative*. Disponible sur le site : <https://www.definitions-marketing.com/definition/etude-qualitative/>. Consulté le (11-11-2017).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Pour une bonne validité de l'étude nous avons choisir la méthode d'étude de cas réaliser au sein de CHU de Tizi-Ouzou. Cette méthode peut être défini comme suit :

*« L'étude de cas est une méthodologie qui est employée pour étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe. L'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe. En d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder »<sup>1</sup>.*

La collecte des données s'est déroulée sur deux niveaux : le cadre conceptuel et le cadre habituel, qui nous permettrons d'obtenir un maximum des informations. Les données recueillies ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu, elle nous permettons de comprendre et de d'écrire notre thème. Cette analyse :

*« Est une technique indirected'investigation scientifique utilisée sur des productions écrites, (...), provenant d'individus oude groupe, dont le contenu ne se présente pas sous forme chiffrée, qui permet de faire unprélèvement soit quantitatif, soit qualitatif en vue d'expliquer, de comprendre et de comparer»<sup>2</sup>.*

### 1-3 Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude

Dans un premier lieu nous allons, définir la population de notre étude et ses caractéristiques, puis l'échantillon qui est un extrait de cette population.

#### 1-3-1 Caractéristiques de la population d'étude

La population d'étude peut être définie comme : *«L'ensemble indifférencié des éléments parmi lesquels seront choisis ceux sur qui s'effectueront les observations. C'est cequ'on appelle aussi la population-mère »<sup>3</sup>*. Afin d'éclairer et d'approfondir nos recherches, nous avons fait le choix de recueillir une partie des informations au centre hospitalo-universitaire « NEDIR Mohamed » de Tizi-Ouzou, qui est un établissement public à caractère sanitaire, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret n°86-25 du 11 février 1986, modifié par le décret n° 86-302 du 16 décembre 1986, et le décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des CHU (annexe n°1).

---

<sup>1</sup>JACQUES, Leplat. *De l'étude de cas à l'analyse de l'activité*. Revue. P. 102. Disponible sur le site : <https://pistes.revues.org/3658>. Consulté le (11-11-2017).

<sup>2</sup>DAHAK, Abdenour., KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou : Edition El- Amel, 2015, p, 88.

<sup>3</sup>AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 71. Disponible sur le site : [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf\\_omar/metho\\_sc\\_soc\\_organisations/metho\\_sc\\_soc\\_organisations.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations.pdf). Consulté le (19-11-2017).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Le CHU est créé sur proposition conjointe du ministre de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur car il est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploitation, de soins, de prévention, de formation, d'études et de la recherche.<sup>1</sup>

Dans le cadre des missions, le CHU de T-O est chargé notamment des tâches suivantes :

- **En matière de santé :** D'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ; d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ; de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ; de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.
- **En matière de formation :** D'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ; de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.
- **En matière de recherche :** D'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de santé ; d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de santé<sup>2</sup>.

### 1-3-2 Historique du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou

C'est en 1955 et précisément le 28 juillet à 09 heures du matin qu'il a été procédé à la réception provisoire de certains services de l'hôpital de Tizi-Ouzou permettant ainsi l'ouverture, de cet établissement.

---

<sup>1</sup>Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires. 10/12/1997, n°81, p. 127-128.

<sup>2</sup>Ibidem.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

Le 1<sup>er</sup> Août 1955 en tant qu'hôpital civil dans un premier stade, 100 lits seulement ont été mis en service. Il comprenait : la maternité, le service d'enfants et deux blocs de médecine générale de 22 lits chacun : Quant à l'équipement des salles ainsi que le matériel d'exploitation correspondant aux lits, ils existaient déjà au sein de l'établissement. Concernant le personnel administratif et d'exploitation, la direction était assurée par des français. Elle comprenait un directeur et un chef d'équipe mécanicien, le personnel secondaire comprenait seulement 25 agents se répartissant comme suit :

- Les services médicaux : 02 infirmiers, 02 aides-soignants et 09 surveillants médicaux.
- Les services administratifs : 03 dactylographes.
- Les services généraux et économiques : 01 cuisinier, 01 chauffeur de chaudière, 01 électricien, et 04 manœuvres.

En 1963 après l'indépendance, l'hôpital a été baptisé hôpital « NEDIR Mohamed ».

### **1-3-3 Présentation du centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou**

Le centre hospitalo-universitaire NEDIR MOHAMED de Tizi-Ouzou, est un centre hospitalier public (CHU) à caractère administratif, d'une capacité de 1043 lits organisés, répartis en 42 services, englobant ainsi l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales, plateau de biologie, de radiologie et autres explorations.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou se compose de deux unités à savoir, l'unité NEDIR Mohamed sise au centre-ville de Tizi-Ouzou et de l'unité BELLOUA située à quatre kilomètres du chef-lieu de la wilaya et ainsi que l'existence d'une clinique dentaire à proximité de l'unité NEDIR Mohamed et le service de Médecine du travail en extra muros<sup>1</sup>.

**Tableau N°03 :Service d'hospitalisation de l'unité NEDIR Mohamed**

<b>Services médicaux</b>	<b>Nombre de lits</b>
<b>Médecin interne</b>	<b>57</b>
<b>Pédiatrie</b>	<b>50</b>
<b>Cardiologie</b>	<b>53</b>
<b>Psychiatrie</b>	<b>40</b>
<b>Réanimation médicale</b>	<b>12</b>
<b>Néphrologie</b>	<b>31</b>
<b>Maladies infectieuses</b>	<b>32</b>
<b>Néonatalogie</b>	<b>20</b>
<b>Réanimation chirurgicale</b>	<b>07</b>
<b>Hématologie</b>	<b>32</b>
<b>Centre d'hémodialyse</b>	<b>28</b>

<sup>1</sup>Exploitation des données de CHU de T-O.

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

Suite tableau N°03 : Service d'hospitalisation de l'unité NEDIR Mohamed

Services chirurgicaux	Nombre de lits : 217
Chirurgie Générale (viscérale)	57
Traumatologie	58
Neurochirurgie	32
Urologie	28
Chirurgie infantile (CCI)	42
Les urgences	Consistance : 38
Le pavillon des urgences de médecine	12
Le pavillon des urgences de chirurgie	16
Le pavillon des urgences de pédiatrie	10

Source : Exploitation des données de CHU de T-O.

Tableau N°04 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Le service de chirurgie dentaire

N°	Services	Consistance
01	Dentisterie opératoire	Clinique dentaire disposant de 50 fauteuils dentaires.
02	Pathologie bucco-dentaire	
03	Prothèse dentaire	
04	Ortho-dentisterie Faciale	
05	Odontologie Conservatrice	

Source : Exploitation des données de CHU de T-O.

Tableau N°05 : Consistance Physique de l'Unité NEDIR Mohamed : Explorations Biologiques

Structures existantes
Laboratoire de biochimie
Laboratoire de microbiologie parasitologie
Laboratoire d'anatomie pathologique
Laboratoire d'hémobiologie
Centre de transfusion sanguine
Laboratoire de cytogénétique

Source : Exploitation des données de CHU de T-O.

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

**Tableau N°06 : Service d'hospitalisation de l'unité BALLOUA**

Services médicaux	Nombre de lits 303
Pneumo-phtisiologie	66
Rééducation fonctionnelle	47
Endocrine-diabétologie	62
Dermatologie	32
Rhumatologie	32
Neurologie	32
Oncologie	32
Services chirurgicaux	Nombre de lits 123
Gynéco Obstétrique	36
Chirurgie thoracique et vasculaire	20
ORL	34
Ophtalmologie	33

Source : Exploitation des données de CHU de T-O.

**Tableau N°07 : Taux d'occupation de lits pour le mois de septembre 2017 est comme suite : à l'unité BALLOUA**

Désignation du service	Taux d'occupation
Dermatologie	30%
Neurologie	40,21%
Rhumatologie	46,55%
Endocrinologie	32,17%
Oncologie médicale	116,67%
Rééducation fonctionnelle	40,99%
Chirurgie thoracique	30,83%
Gynécologie	30,83%
Pneumo-phtisiologie	51,76%
Ophtalmologie	50,73%
O-R-L	47,29%
<b>Total</b>	<b>53,67%</b>

Source : Exploitation des données du CHU de T-O.

**Tableau N°08 : Consistance Physique de l'Unité BELLOUA : Explorations Biologiques et Radiologiques**

Structures existantes
Laboratoire de biochimie Laboratoire de neurophysiologie Radiologie standard

Source : Exploitation des données du CHU de T-O.

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est caractérisé par son envergure régionale, il couvre les quatre wilayas suivantes : Tizi-Ouzou, Bejaia, Boumerdès et Bouira. La demande en soins est sans cesse croissante du fait des transitions épidémiologiques que connaît la région à l'instar des autres régions du pays.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

Le Centre Hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou est un établissement de référence, il couvre un bassin de population d'environ 03 millions d'habitants. Cet hôpital est l'un des hôpitaux en Algérie qui relèvent du Ministère de la Santé et de la Réforme hospitalière en plus de sa vocation hospitalière, il assure la recherche et la formation.

Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses <sup>1</sup>:

### ▪ **Les recettes**

- Les subventions de l'Etat au titre de sa participation aux actions de prévention, de recherche médicale, de formation et de prise en charge des démunis non assurés sociaux;
- Les subventions des collectivités locales ;
- Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de sécurité sociale, autitre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droits, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- Les dotations exceptionnelles ;
- Les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur;
- Les recettes diverses ;
- Les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;
- Les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

### ▪ **Les dépenses**

- Les dépenses de fonctionnement ;
- Les dépenses d'équipement ;
- Toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

### **1-3-4 Echantillon d'étude**

En raison du temps limité pour réaliser l'étude, il est difficile de porter cette dernière sur la totalité de la population. Pour réaliser efficacement cette étude de terrain dans les délais on a extrait un certain nombre d'individus précis appelé échantillon à travers la méthode d'échantillonnage non probabiliste selon les techniques non scientifiques, méthode dans laquelle le chercheur met au point une procédure subjective de sélection des individus<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>Journal officielle de la république algérienne N° 81.10 Chaàbane, 10 décembre. Disponible sur le site : <file:///C:/Users/CYBER.SPACE/Downloads/joura-de-chu.pdf>. Consulté le (15-11-2017).

<sup>2</sup>DAHAK, Abdennour., KARA, Rabah. *Op.cit.*, p. 116-117.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

### **Section02 : Organisation et fonctionnement du CHU de T-O**

Il s'agit dans la présente section de présenter, l'organisation administrative et médicale du CHU de Tizi-Ouzou.

#### **2-1 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou**

Le fonctionnement de centre hospitalo-universitaire est assuré par un conseil d'administration, dirigé par un directeur, ainsi par un corps médical qui assure les actes médicaux. De ce fait, le fonctionnement de CHU est assuré par deux volets : un volet administratif et un volet médical.

##### **2-1-1 Le directeur**

Est chargé d'assurer le bon fonctionnement de CHU. À ce titre, il a pour mission: d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, de représenter le centre hospitalo-universitaire devant tous les actes de la vie civile, d'exercer l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des personnels de centre hospitalier public, d'assurer la gestion administrative et financière, de préparer le budget et les comptes, de faire assurer un service de garde, de mettre en œuvre les procédures et normes en vigueur en matière de fonctionnement, de sécurité et d'hygiène hospitalière. Il est appelé ainsi de veiller à ce que le matériel et équipement mis à la disposition du personnel médical et paramédical par l'hôpital, soit adéquat, en bon état de fonctionnement et garantissant la sécurité du patient, de tenir un dossier médical pour chaque patient, de veiller à la bonne tenue des différents registres dont la nature est définie par arrêté du ministre chargé de la santé, enfin, d'élaborer le rapport annuel d'activité qu'il soumet au conseil d'administration<sup>1</sup>.

##### **2-1-2 Le conseil d'administration**

Il comprend le représentant du ministre chargé de la santé (président), un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de l'administration des finances, un représentant des assurances économiques, des organismes des sécurités sociales, de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire, de l'assemblée populaire de la commune siège du C.H.U, un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs, des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant aussi des personnels paramédicaux élu par ses pairs, des associations des usagers de la santé, des travailleurs élus en assemblée générale, et le président du conseil scientifique du C.H.U<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>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. 127-128.

<sup>2</sup>Ibidem.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

Le directeur de l'établissement hospitalier assiste aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assurant le secrétariat. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois années, renouvelables, par arrêté du wali, sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent mais, en cas d'interruption du mandat d'un membre du conseil d'administration, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. En effet, les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci. Ce conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Le conseil d'administration délibère notamment sur : le plan de développement à court et moyen terme de l'établissement, le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissement, les projets d'organigramme des services, les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements, le projet de tableau des effectifs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur.

Ce conseil se réunit en session ordinaire une fois tous les six mois. Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres. Les délibérations du conseil d'administration font l'objet de procès-verbaux signés par le président et le secrétaire de séance et consignés sur un registre spécial noté et signé par le président. Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion. Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la majorité de ses membres.

Si la majorité n'est pas atteinte, cependant celui-ci est à nouveau convoqué dans les dix jours suivants. Ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les décisions du conseil d'administration sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, au wali dans les huit jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente jours après leur transmission, sauf opposition expresse, notifiée dans ce délai.

### **2-1-3 Le conseil scientifique**

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

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière desoins, de formation et de recherche. Ce conseil peut être saisi par le directeur du centre hospitalo-universitaire, de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation. Il comprend : les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de lapharmacie, un chirurgien-dentiste, et un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élève du corps des paramédicaux.

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

Chaque réunion fait l'objet d'un procès-verbal consigné sur un registre. Ce conseil ne peutsiéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si la maturité n'est pas atteinte, le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et sesmembres peuvent alors siéger quel que soit le nombre des membres présents.

Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions être commandassions du conseil scientifique. Il comprend, outre le directeur général, président : le président du conseil scientifique ; trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par leconseil scientifique. Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement. Le comité consultatif se réunit une fois par mois<sup>1</sup>.

### **2-1-4 Directions de l'organisation administrative**

Sous l'autorité du directeur général, l'organisation administrative de Centre Hospitalo-universitaire comprend : la direction des ressources humaines ; la direction des finances et ducontrôle ; la direction des moyens matériels ; la direction des activités médicales et paramédicales. Les unités du centre hospitalo-universitaires sont organisées en bureaux etsont rattachées au directeur général : le bureau d'ordre général ; le bureau de l'information etde la communication ; le bureau de la sécurité et de la surveillance générale ; le bureau desmarchés, du contentieux et des affaires juridiques<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup>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. 127-128.

<sup>2</sup>Ibid. P. 158.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

### ▪ **La Direction des ressources humaines**

#### **Elle comprend**

- La sous-direction des personnels qui comporte : le bureau de la gestion des carrières des personnels administratifs, techniques et de service, le bureau de la gestion des carrières des personnels médicaux, paramédicaux et psychologues et le bureau des effectifs, de la régulation et de la solde ;
- La sous-direction de la formation et de la documentation qui comporte : le bureau de la formation, le bureau de la documentation.

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

#### **Elle comprend**

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

### ▪ **La Direction des moyens et matériels**

#### **Elle comprend**

- La sous-direction des services économiques qui comporte : le bureau 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.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

- 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 ; en effet, l'organigramme du CHU de Tizi-Ouzou est présenté en (Annexe n°2).

### **2-2 Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou**

L'activité hospitalière est tributaire d'une utilisation massive du personnel. En effet, le CHU de T-O emploie un grand nombre de personnel organisé en catégories notamment :

#### **2-2-1 Le personnel médical**

Le personnel médical du C.H.U englobe principalement les médecins spécialistes, les médecins généralistes, les pharmaciens et chirurgiens-dentistes généralistes<sup>1</sup>.

Les médecins spécialistes assurent de façon concomitante, des activités de soins et des tâches d'enseignement et de recherche en sciences médicales et les spécialistes hospitalo-universitaires sont tenus de veiller, en permanence, à l'amélioration des prestations sanitaires et d'enseignement dont ils ont la charge. Outre les tâches de soins, d'enseignement et d'activités pédagogiques, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer, dans le cadre des conventions entre leur établissement et les autres secteurs d'activités, tous travaux d'études, d'expertise et de mise au point de procédés induits par les besoins du développement économique et social.

En outre, les hospitalo-universitaires peuvent être appelés à assurer des tâches de gestion administrative des structures de leur établissement conformément à la réglementation en vigueur. Les spécialistes hospitalo-universitaires sont organisés en trois corps : Les maîtres-assistants, les docteurs, et les Professeurs.

- Les médecins généralistes de santé publique assurent notamment les activités suivantes : diagnostics et soins protection maternelle et infantile protection sanitaire en milieu scolaire protection sanitaire en milieu de travail prévention générale et épidémiologie éducation sanitaire réadaptation et rééducation expertise médicale gestion sanitaire explorations fonctionnelles analyses biologiques. Ils participent à la formation des personnels de santé.

---

<sup>1</sup> OULD-KADA, Mohamed. *Recueil des textes réglementaires relatif à la Gestion des Etablissements de Santé*, Tome 1, 2010.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

- Les pharmaciens généralistes de santé publique assurent notamment, 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 à la formation des personnels de santé.
- Les chirurgiens-dentistes généralistes de santé publique assurent notamment les tâches suivantes : bilans et soins ; prévention ; prothèses ; éducation sanitaire buccodentaire. Ils participent à la formation des personnels de la santé.

### **2-2-2 Le personnel paramédical**

Le personnel paramédical joue un rôle crucial dans les soins prodigués aux patients.

Il réalise un rattachement entre les médecins et les patients. Ce personnel est structuré en trois grades ; l'infirmier diplômé d'état, l'infirmier assuré, aides-soignants.

- Les infirmiers diplômés d'état : sont chargés d'assurer des soins polyvalents notamment la participation à la surveillance clinique et médicale 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 assuré : 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 : ils sont 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.

### **2-2-3 Le personnel administratif**

Composé : les directeurs d'administration, directeurs adjoints et l'économiste. Les directeurs d'administration sanitaire sont chargés de la gestion des établissements hospitaliers, ils veillent au respect des règles et procédures contenues dans les règlements régissant ces établissements en veillant notamment à leurs exécutions. Les directeurs adjoints sont chargés d'assurer la responsabilité des services sous leurs responsabilités. En ce qui concerne l'économiste, il est chargé de l'approvisionnement des services hospitaliers en nourritures de tous genres et objets mobiliers de toute nature.

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

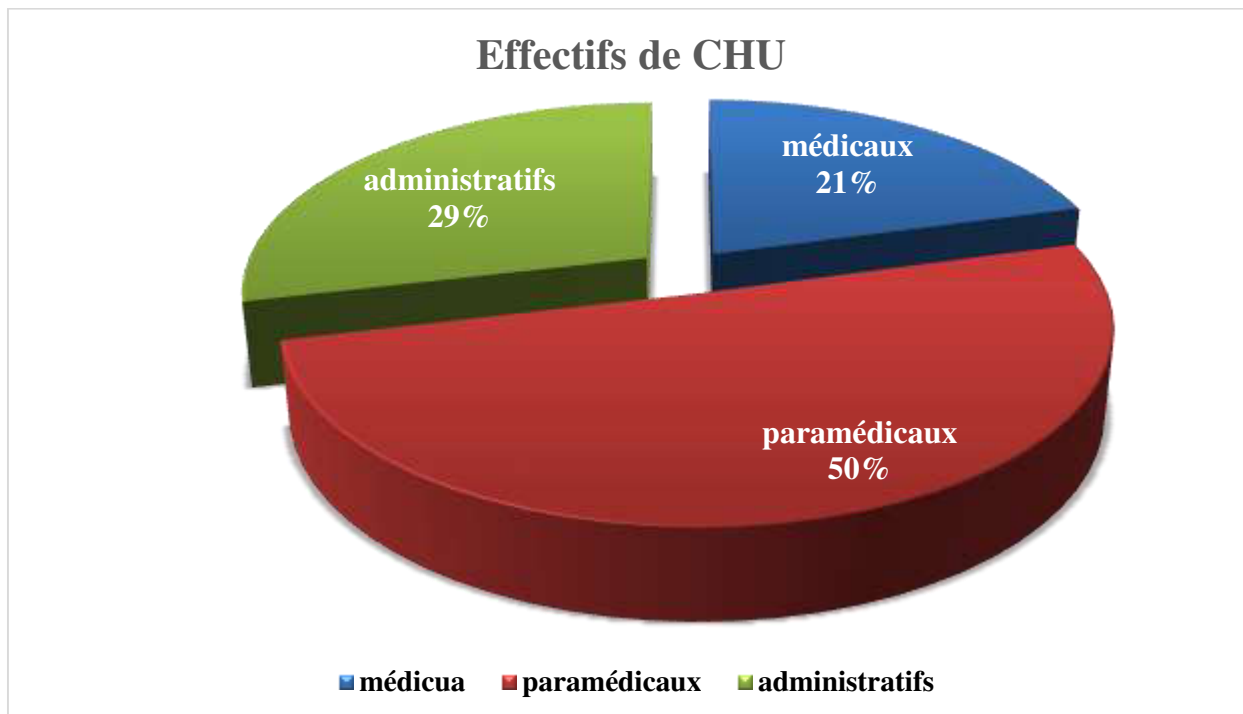
Tableau N°09 : Effectifs de personnels de CHU par catégorie

Personnels	Médicaux	Paramédicaux	Administratifs
Effectifs	422	1030	585

Source : Etabli par nous-même à partir des données de la direction des ressources humaines de CHU de Tizi-Ouzou.

Les données de la direction des ressources humaines peuvent être présentées dans la figure suivante :

Figure N°02 : Effectifs de personnels de CHU de T-O



Source : Exploitation des données de CHU de Tizi-Ouzou.

### 2-3 Organisation du CHU de Tizi-Ouzou par service

Le CHU de T-O est organisé en service, comme suite<sup>1</sup> :

#### 2-3-1 Services d'hospitalisation

Ce sont des services occupant la fonction d'hébergement des malades. Ces derniers sont ceux nécessitant des soins tendus 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.

<sup>1</sup> Exploitation des données du CHU de Tizi-Ouzou.

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

Le CHU du Tizi-Ouzou contient plusieurs services d'hospitalisation notamment :

- **Services chirurgicaux à savoir**

Chirurgie viscérale, Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Urgence de chirurgie, Pneumo-phtisiologie, Rééducation fonctionnelle, Endocrine-diabétologie, Chirurgie thoracique...

- **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...

### 2-3-2 Service des urgences

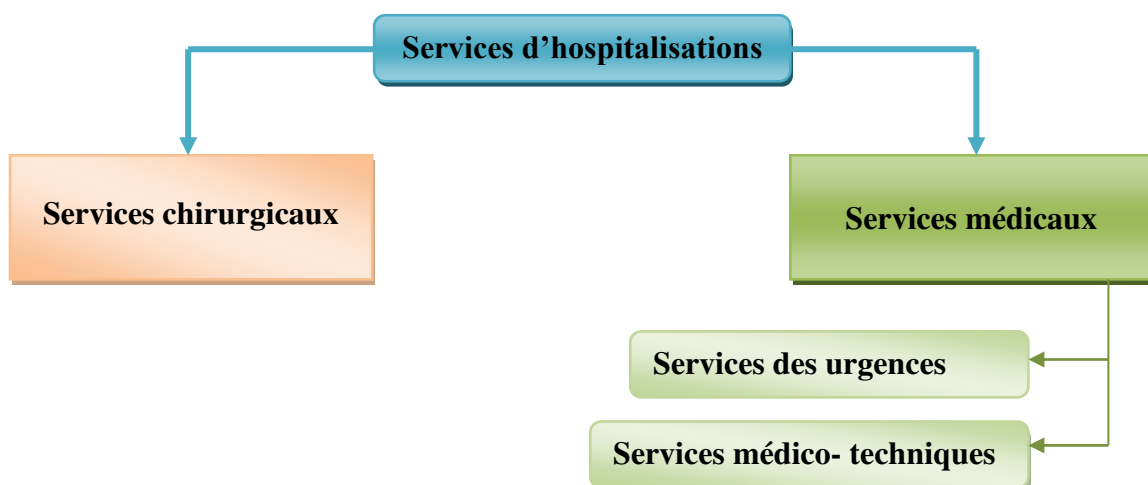
C'est le service où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. Ce service regroupe les urgences chirurgicales, urgences médicales, urgence Pédiatrie et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

### 2-3-3 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 occupent 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.

D'une manière générale les services d'hospitalisations sont structurés de la manière suivante :

Figure N°03 : Les services d'hospitalisation de CHU de T-O



Source : Réalisé par nous-même.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

### **Section 3 : Le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou(CHU) : entre réformes et Contraintes**

La réforme est un changement profond apporté dans la forme d'une institution afin d'améliorer, d'en obtenir des meilleurs résultats, à regarder le nombre et la fréquence des réformes en matière hospitalière.<sup>1</sup>

Le centre hospitalo-universitaire (CHU) est un établissement hospitalier dans lequel sont prodigués des soins par des professionnels de santé confirmés et des étudiants. Un CHU est lié, par convention, à une université. Les étudiants effectuent leur enseignement pratique au sien de CHU sur des patients réels.

Notre travail de recherche s'intéresse principalement aux centre hospitalo-universitaire, qui représentent plus de la moitié des structures sanitaires concernant les infrastructures qui regroupent 13042 lits. De plus, les structures de santé comptent 13 CHU. Cela est l'une des raisons qui nous a motivés à orienter notre travail vers l'étude du cas de CHU de Tizi-Ouzou.

Le centre hospitalo-universitaire est une organisation marquée par des spécificités et particularités de fonctionnement. La nature du service produit et le statut public de l'hôpital font de lui une entité où cohabitent de multiples acteurs, détenteur chacun d'un pouvoir particulier. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gouvernance de cet établissement sont particuliers et complexes. Le fonctionnement de CHU de Tizi-Ouzou est soumis donc à de multiples contraintes, qui engendrent des dysfonctionnements, et qui ont un impact sur sa gestion et c'est dans ce contexte que des réformes hospitalières sont instaurées.

#### **2-1 Les objectifs de la réforme hospitalière**

L'hôpital actuel rencontre beaucoup de difficultés à satisfaire la population et le personnel hospitalier. Ce jugement est fondé sur les constats dont la presse se fait l'écho presque tous les jours. Le but de la réforme hospitalière est d'améliorer les performances des hôpitaux sur le plan de gestion et de la qualité des soins. La réforme confère aux établissements une grande autonomie encadrée par un conseil d'administration et contrôlée par des mécanismes qui sont équivalents à ceux utilisés dans le centre hospitalo-universitaire. Donc la finalité de la réforme est de procéder à une restructuration du système hospitalier.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Gérard, Vincent. Revue sur Les réformes hospitalières. 2005. p.208. Disponible sur le site : <http://www.cain.info/revue-francaise/consulte> le (12/11/17).

<sup>2</sup> Le ministre de la santé. Réforme hospitalière. Disponible sur le site : [www.servicepublic.Consulté](http://www.servicepublic.consulté) le (12/11/17).

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

### **2-2 Réalité de réalisation de centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou de NEDIR Mohamed (CHU)**

Depuis plus de dix années, les structures sanitaires de la wilaya de Tizi-Ouzou connaissent des travaux de rénovation et de réhabilitation, qui ont certes causé des désagréments aux malades et à leurs familles, mais qui ont fini par les satisfaire suite à l'amélioration des conditions d'hospitalisation. Les chantiers lancés dans les différents services du Centre hospitalo-universitaire (CHU) NEDIR Mohamed ont quelque peu trainé en longueur, mais le changement est visible à chaque fois qu'un service voit l'achèvement des travaux et qu'il est de nouveau opérationnel. Mais les lacunes au niveau de cet établissement hospitalier étant encore nombreuses, il reste toujours des travaux à finir et peut-être même de nouveaux chantiers à lancer.<sup>1</sup>

De ce fait, le centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou a spéculé de plusieurs réalisations qui a été présenté dans l'élaboration de la politique de santé qui se traduit par :

1. Réalisation d'un bloc opératoire d'ORL (avec 3 salles opératoires).
2. Réalisation d'un service de chirurgie –Thoracique.
3. Réalisation d'une réanimation médicale au niveau de l'unité BELLOUA. .
4. Réalisation d'une section de traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux située à OUED FALLI.
5. Un centre d'études de recherches et de traitements d'addiction (CERTA) est en cours de réalisation.
6. Un hôpital du jour au niveau de l'unité NEDIR Mohamed est en cours de réalisation.

### **2-3 Le CHU un pôle d'excellence**

Le CHU NEDIR –Mohamed est une grande machinerie sanitaire, capable de délivrer à chaque patient, sans exception, les produits de santé, biens et services, dont il peut avoir besoin<sup>2</sup>.

En termes de résultat sanitaires, cette machinerie a couté en équipement médicaux la bagatelle de cent vingt milliard de centimes (si la santé n'a pas de prix elle a un coût).

Un éclairage sur la gouvernance hospitalière s'impose par le nombre de patients ayant admis durant l'année de 2016 et qui sont 208377 à savoir reçus des soins aux différents services.

---

<sup>1</sup> BOUMATI, Malik. *L'accueil des patients dépend des conditions de travail du personnel*. Tizi-Ouzou, le 25 - 02 - 2014. Disponible sur le site : <https://www.djazairiess.com/fr/latribune/103744.Consulté> le : (12/11/17)

<sup>2</sup> LAYACHI, Salah -Eddine. Le centre hospitalo-universitaire de NEDIR- Mohamed. .30/septembre 2017.pUBLIE dans le journal de soir d'Algérie. Disponible sur le site : [www.lesoirdalgerie.com/articles/2017/09/03/article.php?sid=1408&cid=2](http://www.lesoirdalgerie.com/articles/2017/09/03/article.php?sid=1408&cid=2). Consulté le : (11/11/17).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Il fonctionne bien en médecine clinique, domaine dans lequel sa réputation n'est plus à faire parler d'organisation sociale de la santé au niveau de CHU, ce n'est pas parler uniquement des moyens, certes importants, mise en œuvre pour une réalité singulière que l'on ne peut pas éluder. L'identification des différents mécanismes de gouvernance nécessite la détermination de la latitude des dirigeants des hôpitaux.

Cette latitude est fortement contrainte par le statut juridique. Au-delà de la tutelle publique particulièrement présente dans le domaine de la santé, une question importante se pose pour la gouvernance hospitalière, il s'agit, de l'encadrement des décisions des dirigeants qui est indissociable de celle de la localisation du pouvoir décisionnel. Cette identification est complexe pour les hôpitaux, en raison, d'une part, des divergences de logiques et des conflits existant entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical, et d'autre part, du mode de désignation des dirigeants.

### **2-3-1 Possibilité managériale et ordonnance des capacités dans l'organisation hospitalière**

L'inefficacité structurelle constatée dans les organisations publiques a poussé les chercheurs vers l'emprunt des pratiques managériales des firmes dans le dessein d'ériger un management public. Néanmoins, l'expérience a placé celui-ci entre la logique juridique répondant aux impératifs de garantie, de stabilité et d'équité et la logique managériale, poursuivant des objectifs d'efficacité, de compétitivité et de rentabilité. Nonobstant cette antinomie, plusieurs chercheurs trouvent que la réussite de la modernisation, par des pratiques managériales des entités publiques, est possible via la valorisation du facteur humain. Nous avons opté pour un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour mettre en exergue nos résultats par rapport à cette hypothèse. Nous sommes parvenus en utilisant l'analyse contingente, au fait que le CHU est une organisation spécifique.

L'analyse de la gouvernance hospitalière présuppose la détermination de la structuration des pouvoirs au sein des hôpitaux et de la latitude des dirigeants, mais aussi l'identification des différentes parties prenantes et enfin, une représentation des différents mécanismes contraignants cette gouvernance, par une matrice institutionnelle.<sup>1</sup>

Depuis quelques années, l'organisation hospitalière de CHU de Tizi-Ouzou se trouve confrontée à des enjeux et des défis majeurs.

---

<sup>1</sup>BOUADI, Sonia. *Le projet d'établissement hospitalier : un nouvel instrument au service du management hospitalier*. Mémoire de magister en sciences économiques. Option : Management des entreprises. Tizi-Ouzou. P.112.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

De la maîtrise des risques et de la qualité de ses prestations ,à la réduction des couts de fonctionnement ,en passant par des exigences pressantes des partenaires politico-sociaux - économique .L'organisation hospitalière est plus que jamais appelées s'inscrire dans la logique d'innovation organisationnelle basée sur la maîtrise intégrées et son système de gestion .Il s'agit de la nouvelle perspective, évolutive et porteuse de changement d'envergure dans la culture managériale hospitalière.

### **2-3-2 La GRH dans les administrations publiques et hospitalières : cas de CHU de NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou.**

La gestion de la ressource humaine dans les administrations publiques est un enjeu majeur pour améliorer la qualité du service public. En effet, l'Etat est le premier employeur, le nombre de fonctionnaires en Algérie, est d'environ 2 millions de personnes en 2011 dont 86% sont permanents (la Direction Générale de la Fonction Publique (DGFP). Ces chiffres illustrent parfaitement l'intérêt que nous portons à la ressource humaine publique.

La gestion des ressources humaines dans les administrations publiques a pour objectif de satisfaire au mieux et au meilleur coût les besoins en personnel des services publics, de valoriser les compétences de leurs agents et de les gérer en anticipant afin de mettre la bonne personne au bon poste. Cependant, la GRH publique en l'occurrence la ressource humaine hospitalière fait face à plusieurs contraintes pour répondre à la demande de la population en service public.<sup>1</sup>

### **2-3-3 Les pratiques de GRH dans le CHU de Tizi-Ouzou**

L'implantation de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines afin de la moderniser est tributaire de plusieurs exigences à satisfaire au préalable. Parmi ces exigences, il y a le climat social, les conditions du travail, la rémunération, l'évaluation, la carrière et la formation. A partir de l'analyse des résultats de l'enquête nous allons essayer de détecter les facteurs susceptibles de favoriser ou de faire obstacle à une modernisation de la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Nous comptons étudier que les pratiques issues de la réglementation algérienne. Certains éléments relevant de pratiques privées telles que la flexibilité, la polyvalence ne seront pas abordés.<sup>2</sup>

### **2-3-4 Climat social**

Le dialogue social à l'hôpital est une préoccupation constante, étant donné la complexité inhérente à toute structure hospitalière dont la diversité des agents qui la compose.

---

<sup>1</sup>MAKHOULFI, Imane, *Analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg.* p.112.06/2012.Disponible sur le site : <http://www.cain.info>. Consulté le :(11/11/17).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Il est nécessaire donc de la part des intervenants de lui accorder la plus grande attention pour instaurer un climat de confiance impératif pour l'évolution des organisations hospitalières. La réglementation prévoit des réunions organisées à l'initiative des syndicats, des services ou de la direction. Par ailleurs, il existe peu de conseil et de réunion de service. Ceci ne permet pas l'échange autour du patient et autour de la vie du service.

Le personnel hospitalier baigne dans un climat social qu'il caractérise de peu concertant. Le climat manque également d'adhésion des salariés (83,8 % déclarent ne pas être concertés et ne pas adhérer au travail, contre seulement 16,2 %). Néanmoins, les liens entre salariés ne sont pas d'opposition, 92,7 % affirment ne pas l'être. Ces résultats montrent qu'il faudrait d'abord améliorer ce climat social pour, ensuite, lancer les fondations de la modernisation.

### 2-3-5 Organisation et conditions de travail

Nous constatons qu'il existe une certaine rigidité dans l'exercice des fonctions au sein des services. En effet, 61 % de l'échantillon considèrent que les méthodes de travail ne sont ni révisées ni adaptées. Cette rigidité se manifeste également par la faible participation des salariés à la prise de décision car 68 % affirment que leurs opinions ne sont pas considérées par les supérieurs. 60,4% du personnel infirmier se plaignent de l'ambiguïté de leurs responsabilités qui sont mal définies contrairement au personnel administratif et le corps médical.

Sept nouveaux chefs de service ont été installés dans leurs postes respectifs, lors d'une cérémonie organisée : L'ophtalmologie, la médecine légale, la médecine du travail, la neurologie, la chirurgie générale, la neurochirurgie et le pneumo- phtisiologie sont les services concernés par les nominations de ces médecins chefs qui «ont choisi de rester travailler au CHU de Tizi-Ouzou après avoir été promus aux postes qu'ils occupaient par intérim pendant de nombreuses années», dira le directeur général du CHU.<sup>1</sup>

En effet, la principale source de stress au sein de l'hôpital étudié provient de la surcharge du travail, à concurrence de 65%. Les autres facteurs (mauvaise gestion du temps, mauvaise gestion des hommes, insultes, les difficultés de communication et les conflits relationnels) sont à l'origine du stress à taux moyen de 37 %.

---

<sup>1</sup>AMARA, Rachid. *CHU de Tizi-Ouzou Installation de sept médecins promus chefs de service* ,jeudi 4 mai 2017 .Disponible sur le site : <http://www.algerie360.com/femme-sante/chu-de-tizi-ouzou-installation-de-sept-medecins-promus-chefs-de-service/>. Consulté le : (12/11/17).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Les salariés se plaignent de mauvaises conditions physiques de travail liées à un manque de propreté, d'hygiène des sanitaires, d'intensité sonore et de manque de sécurité. L'absentéisme est important mais toutes les absences ne sont pas enregistrées.

Au sein du CHU le rapport au temps est spécifique. Celui-ci est invétéré dans les valeurs de cette institution. La gestion et le respect du temps sont fonction de l'importance du capital relationnel au sein du service.

### 2-3-6 Recrutement et rémunération

Il est important de recruter des personnes qui auront une capacité à évoluer dans leurs parcours professionnels à l'hôpital, le statut de la fonction publique constitue un frein au recrutement. 56% du personnel interrogé le confirme. En effet, il existe des difficultés de recrutement du personnel hospitalier car la fonction publique juge les compétences des candidats au poste sur la base d'une formation spécialisée et purement théorique. A cela s'ajoute la multiplicité des statuts particuliers qui régissent le recrutement des différentes catégories du personnel de santé, ce qui rend la gestion administrative contraignante et entachée d'erreurs.

Les différences de rémunération portent uniquement sur les indemnités. L'intensité du travail d'un médecin ou d'un paramédical n'est pas prise en compte dans ce mode de rémunération statutaire purement administratif.

En effet, dans les organisations publiques hospitalières, le lien entre activité et rémunération est quasi inexistant, ce qui fait du secteur privé une opportunité de complément là où les résultats et les performances sont valorisés par la rémunération. Ainsi, le système de rémunération actuel des personnels de santé n'apparaît pas optimal pour faire émerger une gestion dynamique des ressources humaines médicales en adéquation avec les exigences économiques développées à l'hôpital.<sup>1</sup>

Mais les établissements ont opté pour des mécanismes de notation et de réalisation des objectifs de service. La réglementation de la fonction publique concernant le personnel de santé prévoit toutes les modalités d'évaluation et d'évolution nécessaires à la gestion des carrières. Cependant 53% du personnel sondés disent qu'il y a absence de techniques d'évaluation.

---

<sup>1</sup> MELBOUCI, Leila. CHEMOUKHA Arezki. *La gestion de la ressource humaine hospitalière : Entre contraintes et impératifs de modernisation*. Les cahiers du CREAD N°111. 2010. p.127.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

### **2-3-7 Formation Maintenir la compétence et développer les différentes capacités est le rôle de la DRH**

Pour ce faire, elle doit disposer des ressources humaines en qualité et en quantité suffisantes. La DRH de l'hôpital, dans ce domaine, affronte des contraintes et des difficultés. Elle a de la peine à maintenir et surtout à développer les compétences. Malgré l'absence de statistiques, il faut souligner que la fuite des cadres de la santé est réellement constatée (médecins, infirmiers, aides-soignants et techniciens de la santé) vers les pays étrangers (Canada et France) et vers le secteur privé en Algérie formations suivies se sont avérées inutiles, la formation pour l'exploitation de quelques équipements de santé est soit absente soit détournée, autrement dit les bénéficiaires n'ont pas le profil requis.

Quant à la formation « Gestes et posture », elle est absente. Par ailleurs, le suivi d'un plan de formation n'est pas de rigueur à l'hôpital, il se fait d'une manière aléatoire dans la mesure où 87 % des sondés considèrent que la formation se fait sans discussion avec le concerné et 64 % sans évaluer les besoins de formation. 66 % des salariés ne bénéficient pas de formation ni après promotion ni après recrutement.

### **2-3-8 La gestion des compétences**

Il y a lieu de souligner que les bonnes pratiques de la GRH sont liées à l'appropriation des démarches métiers : la gestion des compétences et des emplois et la gestion prévisionnelle des RH basées sur les métiers. Ces bonnes pratiques sont conditionnées par l'organisation et sa culture. Le métier est au cœur de la politique de la modernisation de la GRH. Malgré les évolutions récentes des métiers de santé et des soins, 36 % seulement des personnels questionnés affirment que leurs compétences suivent le métier qu'ils exercent.

Les paramètres qui permettent de coïncider les compétences aux métiers sont la formation en premier lieu (42,3 %) et la GPEC en deuxième lieu (11,5%). Les réunions de partage d'expérience et de savoir pour renforcer les compétences ne sont pas des pratiques courantes au sein de l'hôpital, 70,3 % du personnel ne se réunissent pas pour partager leur expérience et leur savoir. Cette tendance s'affirme encore plus chez les administrateurs et les infirmiers.

### **2-4 Les contraintes rencontrées au niveau de CHU de Tizi-Ouzou**

De nombreuses contraintes rencontrées au niveau de cet établissement ont été soulevées et des solutions ont été également préconisées.

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

Une véritable feuille de route pour la bonne gestion de l'établissement, pour en faire un véritable pôle d'excellence en matière de prestations spécialisées, doté de moyens humains et matériels.<sup>1</sup>

### 2-4-1 Les contraintes dues à la bureaucratie

Le wali de Tizi-Ouzou a reconnu que la bureaucratie persiste encore dans certains services relevant des daïras et communes de la wilaya, pendant que d'autres services ont apporté une substantielle amélioration dans la prise en charge des demandes des citoyens.<sup>2</sup>

Le citoyen en général et le malade en particulier appréhende les contraintes dues à la bureaucratie et aux services moribonds des hôpitaux. La visite du ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière Saïd BARAKAT à Tizi-Ouzou a été l'occasion pour mettre en avant beaucoup de failles dans la gestion du secteur de la santé et de sa réforme dans la wilaya.

Mais, si la solution est toute trouvée dans le CHU, il n'en demeure que ce fait révèle une autre faille dans le secteur de la santé de la wilaya de Tizi-Ouzou. Au lieu d'aller dans les 268 salles de soins et les 57 polycliniques parsemées dans les zones rurales, les citoyens préfèrent se diriger directement dans le plus grand établissement de la wilaya. Tout d'abord, même si les chiffres officiels font état d'une moyenne d'un médecin pour 1500 habitants, il convient de signaler qu'il faut relativiser cette donnée.<sup>3</sup>

Au niveau du CHU NEDIR-Mohamed de la ville de Tizi-Ouzou, c'est le service des urgences qui a montré ses limites. Selon le directeur de cet établissement, 98% des cas qui arrivent au bloc des urgences ne nécessitent pas des interventions. C'est pourquoi, il a été installé à l'entrée un bureau de tri.

### 2-4-2 Les contraintes de la gestion des ressources humaines hospitalières

La fonction publique a longtemps adopté une gestion centralisée et administrative application de normes et de procédures impersonnelles. Ainsi, les gestionnaires sont confrontés aux multiples normes codifiant leurs orientations, ce qui est source de rigidité.

---

<sup>1</sup> SARAH, A. *Tizi-Ouzou : Le CHU à la loupe du conseil de wilaya*. jeudi, 30 octobre 2014. <http://reporters.dz/index.php/actualites/region/item/33448-58tizi-ouizou-le-chu-a-la-loupe-du-conseil-de-wilaya>. Consulté le : (12/11/17).

<sup>2</sup> Bel, Adrar. Régions lundi 13 novembre 2017. Tizi-Ouzou, 1.500 milliards de centimes injectés dans le secteur de la santé : Le projet de réalisation du deuxième CHU lancé en janvier. Publie dans (El moudjahid). Disponible sur le site : <http://www.elmoudjahid.com/fr/mobile/detail-article/id/47511>. Consulté le 12/11/17.

<sup>3</sup> BOUDJADI, Kamel. *La santé à Tizi-Ouzou. Les limites d'un secteur*. Le journal de l'expression. 14/08/2008. Disponible sur le site : <http://www.l'expressiondz.com/actualite/57193-les-limites-d%E2%80%99un-secteur.html>. Consulté le (12/11/17).

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

S'ajoutant aussi la multiplicité des statuts particuliers à un effet sur les comportements et la culture du personnel. De ce fait, la logique des grades et de l'ancienneté l'emporte sur les compétences et le résultat.

La ressource humaine est mal planifiée et les outils de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont très peu utilisés. Par conséquent, certaines compétences peuvent être inadaptées aux postes occupés, ce qui est source de déséquilibre et d'inefficacité.

### 2-4-3 Les contraintes financières

A ces contraintes humaines s'ajoute la contrainte financière qui pèse sur les organismes d'Etat en les obligeant à rationaliser leurs dépenses notamment celles liées à la ressource humaine qui représente une proportion considérable des dépenses de l'Etat. En Algérie, la masse salariale représente 26,8% des dépenses totales soit 11 % du PIB en 2011 (Ministère des Finances). Face à ces contraintes, la redéfinition du rôle de l'administration publique s'avère nécessaire. Elle a entraîné, la réorganisation du travail.

Les différences culturelles, les réformes engagées dans ces pays se partagent plusieurs critères communs ; la gestion se décentralisé en procurant aux managers locaux plus d'autonomie dans la gestion de la ressource humaine de leurs agences ; la gestion des collaborateurs répond aux nouvelles méthodes axées sur l'individu (recrutement, rémunération, formation, carrière, gestion des compétences...).

L'incapacité de ces dernières à satisfaire les citoyens en médecins et en qualité du service a, avec le temps, causé un flagrant manque de confiance. Pendant une évacuation d'urgence, les familles des malades craignent généralement l'absence de médecins de garde et de médicaments d'urgence car c'est là une pratique qui a la peau dure et qui demeure répandue.

Le ministre avertira, à cet effet, lors de sa visite sur ces pratiques en affirmant que l'Etat ne tolérera plus que l'on dise au malade qu'il n'y a pas de médecin de garde. Au niveau de la clinique d'accouchement SBIHI TASSADIT, les responsables ont présenté au commis de l'Etat les différentes réformes engagées par la nouvelle direction.<sup>1</sup>

Il est constatable de visu les améliorations induites par la gestion actuelle sauf que de l'autre côté, les femmes enceintes et leurs familles subissent beaucoup de pratiques qui résistent encore.

---

<sup>1</sup> SARAH, A. *Op., Cit.*

## CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou

---

### 2-4-4 Contraintes liées à la formation

Le Dr ABDENASSER BOUDAA, médecin généraliste de formation, actuellement directeur de la santé et de la population de la wilaya de Tizi-Ouzou, à la tête de ce secteur depuis juin 2015, sa cinquième nomination à la tête d'une direction de la santé d'une wilaya du pays, a bien voulu nous entretenir du secteur de la santé, des acquis mais également des nombreuses difficultés dans lesquelles il patauge depuis un certain temps.

### 2-4-5 Contraintes liées à l'information

Le manque de transmission de l'information, la méconnaissance de l'existence des ATU au sein des CHU, la différence des données entre celles des pharmacies et des services, ainsi que le problème d'archivage des données. Le médecin en question pointe également du doigt les textes réglementaires et législatifs en la matière qui manquent d'exhaustivité et parfois, non publiés. Lors de son intervention, le Pr ZIRI, directeur général du CHU NEDIR-Mohamed de Tizi-Ouzou, a donné, quant à lui, un aperçu financier assez explicite sur les difficultés auxquelles est confrontée la gestion de la pharmacie hospitalière.

Le premier responsable de la wilaya de Tizi-Ouzou a accusé certains directeurs d'être à l'origine de ces verrouillages de l'accès à l'information. « Ce genre de contraintes est liée spécifiquement à leur comportement personnel et non aux lois de la République. Pour preuve, plus de 90% des informations détenues par ces responsables sont liés à l'intérêt public. Elles ne sont entourées d'aucun secret.<sup>1</sup>

L'organisation de CHU est complexe et inadéquate aux caractéristiques contingentes actuelles, néanmoins et avec des décentralisations horizontales et verticales, la polarisation serait possible.

Nous avons montré que le CHU est en fait un ensemble de groupes qui se constituent selon des variables d'intérêts tel que l'entente, les liens de parenté, l'échange de service formant ainsi une organisation informelle. La perspective dans ce sens serait de mener une étude approfondie sur ces groupes de manière à les ériger en catalyseur des pratiques modernes et formelles. Les ressources humaines deviendraient une source d'avantages compétitifs si la dynamique de groupe était orientée vers l'intérêt de l'organisation comme la déjà démontré le courant des réalisations humaines.

---

<sup>1</sup>OULARAB, S. *La Maison de la presse ouvre ses portes à la fin de l'année*. Tizi-Ouzou. Disponible sur le site : <http://www.reporters.dz/index.php/rss-a-la-une/itemlist/user/1141-soularbi?start=170>. Consulté le : 12/11/17.

## **CHAPITRE III : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou**

---

Par ailleurs, l'introduction de nouvelles méthodes de gestion des ressources humaines dans le CHU de Tizi-Ouzou à savoir la gestion des compétences, le management par objectifs...etc. Pour atteindre l'efficacité organisationnelle pour la gestion des hôpitaux. Pour cela, il serait intéressant de faire une étude longitudinale pour une éventuelle application de contrôle de gestion au niveau de CHU de Tizi-Ouzou en vue de rationaliser l'utilisation des moyens médicaux et la mise en œuvre d'une politique d'évaluation des activités et des coûts des soins. En outre l'inscription menée à proposer une piste qui introduirait la gestion des ressources humaines sous une dimension –réseau.

Donc, le CHU de Tizi-Ouzou malgré ses contraintes présentées concernant des divers secteurs et plus particulièrement celui de la santé. La wilaya de Tizi-Ouzou a des avantages et des inconvénients, c'est une wilaya bien structurée sur le plan des infrastructures puisqu'elle dispose d'un CHU, d'un ensemble d'établissement hospitalier, des EPSP au nombre de huit, ce qui fait plus des cinquantaines des polycliniques. 259 salles de soins et sept hôpitaux et un CHU multi et pluridisciplinaire qui couvre pratiquement toutes les spécialités, ainsi que les trois EHS. Donc la wilayas de Tizi-Ouzou dispose de l'ensemble de niveaux de soins pour que la prise en charge des patients soit effective et complète<sup>1</sup>.

### **Conclusion du Chapitre III**

Compte tenu du contexte et de la réalité du fonctionnement des établissements publics hospitaliers, des insuffisances et des dysfonctionnements qui caractérisent aujourd'hui leur organisation et leur gestion, ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses prérogatives d'action. Des efforts tendent à moderniser la gestion et le financement des hôpitaux, à travers la mise en place d'une politique de sanitaire puissante, notamment les perfectionnements des établissements de santé y'a compris le centre hospitalo-universitaire (CHU) de Tizi-Ouzou. L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle pour l'amélioration des systèmes de santé au niveau hospitalière.

---

<sup>1</sup>TAOUS, C. Tizi-Ouzou, *pourra se placer comme grand pôle en matière de soins*. Publie le 01-02-16. Disponible sur le site : [www.depechedekabylie.com](http://www.depechedekabylie.com). Consulté le (20-11-2017).

Dans ce travail nous avons essayé d'exposer et de mener une réflexion sur la politique de santé en Algérie et son impact sur le CHU de NEDIR Mohamed de Tizi-Ouzou. La santé est un facteur de cohésion de la société favorisant la paix sociale, L'évolution du système de soins en Algérie est brièvement décrite et mise en évidence, après la prise du pouvoir par le gouvernement algérien en 1962.

En 1974 l'Algérie a instauré un système médical fonde sur le principe de la gratuité des soins et entièrement contrôlé par l'Etat. L'Algérie a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962 ce qui engendre à avoir plusieurs changement dans le système de santé. Quatre périodes essentielles s'étendant de 1963 à 1973, de 1974 à 1986, de 1987 à 2003, et de 2004 à aujourd'hui, ont marqué l'évolution de notre système de santé.

Avant l'indépendance l'introduction graduelle de la médecine moderne les colons dévolus dans un premier temps au service de l'armée, et destinée principalement à la population européenne, qui a fini par gommer au fur et à mesure de son extension, la pratique ancestral de médecine traditionnelle qui elle-même trait en grande partie ses origines de la médecine arabe. Durant la période coloniale, l'accès aux soins était inéquitable, et les indigènes étaient particulièrement défavorisés.

Le système de santé algérien dispose d'atouts importants avec une offre de soins importante telle que : une infrastructure importante et bien répartie, des professionnels nombreux, des programmes de santé publique de plus en plus performants et une relative accessibilité financière.

Cependant, ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît le système national de santé à savoir :

- *Une confusion dans la répartition des services sanitaires* : En effet, malgré leur nombre, les structures publiques de santé ne répondent que partiellement à la demande en soins et en médicament ne permettent plus une prise en charge hiérarchisée des soins. Les régions du sud du pays connaissent une faiblesse notable de la couverture en médecins spécialistes, dans de nombreuses wilayas. Cette situation a été, ces dernières années, aggravée par le départ de nombreux spécialistes vers un secteur privé en pleine expansion.
- *Des problèmes de financement et de gestion* : Les moyens financiers du secteur public ont stagné en valeur constante, alors que la population et les besoins sanitaires ont augmenté surtout avec la transition démographique et épidémiologique. Au manque de moyens

s'ajoutent les problèmes liés au vieillissement des équipements et des infrastructures. Cette situation limite l'accès aux soins pour de larges couches de la population.

- *La démobilisation des professionnels de la santé* : La détérioration des conditions de travail est aggravée par les effets négatifs de la réglementation actuelle sur les statuts des personnels. Ces facteurs expliquent l'insatisfaction actuelle aussi bien des usagers que celle des professionnels du secteur public.

Face à ces problèmes et aux nouveaux besoins induits par les multiples transitions démographiques, économiques et épidémiologiques ou encore assurer un meilleur financement des services et des programmes de santé, des réformes s'imposent. Ces réformes profondes et successives dans le secteur de la santé cherchent à transformer l'organisation des soins en Algérie, ont pour but de faire face aux dysfonctionnements qui entravent son bon fonctionnement, dans le sens de donner des solutions aux problèmes que connaît ce dernier. Et aussi touchent les principales fonctions de ce système déjà cités.

Pour arriver à solutionner les différents problèmes de santé qui se posent à une population, il est d'usage de procéder par un programme qui est ensemble de ressources réunies et mises en œuvre pour fournir à une population définie, des services organisés de façon cohérente, dans le temps et dans l'espace, en vue d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec un problème de santé précis . Le suivi de la mise en œuvre des programmes de santé doit être réalisé chaque année.

Les politiques de santé comprennent l'ensemble des choix stratégiques des secteurs publics, parapublics et privés, pour améliorer l'état de santé des populations qui sont sous leur responsabilité, l'application d'une politique de santé doit faire l'objet d'un véritable débat, entre les différents acteurs de santé, que sa soit les professionnels ou les décideurs. Les deux secteurs public et privé doivent coordonner, collaborer travailler mutuellement dans un esprit d'entente et de confiance et non pas dans un esprit de méfiance, discordes et rivalités, et doivent aussi s'intégrer dans la sphère d'une vraie politique d'Etat qui aspire à mettre en œuvre une stratégie nationale pour la prise en charge de manière efficace et efficiente les problèmes de santé du citoyen.

L'esprit de rente, de conservatisme et de pouvoir n'ajoutera qu'immobilisme et défaillance au système de santé. L'élaboration de la politique de santé publique s'appuie sur une structure : le Conseil national de santé publique qui fusionne les missions du Comité national de la sécurité sanitaire et du Comité technique national de prévention.

L'analyse de la mise en œuvre des politiques de santé publique est d'autant plus importante que, dans le cadre du mouvement de régionalisation, elle renvoie à des enjeux multiples : une plus grande efficacité (notamment par le biais de la participation des habitants et par la prise en compte des questions de proximité) et la possibilité d'améliorer les démarches d'évaluation de l'action (en définissant des priorités d'action et des objectifs à atteindre).

En Algérie, le financement des dépenses de santé est dérivé seulement de trois sources principales (l'Etat, les sécurités sociale, les ménages). L'analyse de la performance du système de santé indique une marge de manœuvre considérable pour améliorer l'efficacité de financement des soins de santé en recourant davantage aux acteurs économiques publics et privés. Le secteur public est dominant, sous tutelle de l'Etat. On a conclu que en Algérie, y 'a pas un changement dans les dépenses consacré au secteur de la santé (le financement de ce secteur reste insuffisant), malgré la demande de soins qui s'arrête pas de s'augmenter à cause de la transition épidémiologique qui est sont élevée, ainsi que la croissance démographique. Ce qui conduisant à l'augmentation des problèmes, et difficultés qui touche les infrastructures, et les installations de santé, pour garantie la santé des malades ce qui refléter sur la qualité donnée.

Le secteur sanitaire est actuellement soumis à un double mouvement de normalisation et de rationalisation : d'une part une politique de réduction des dépenses, qui visent à optimiser l'organisation des soins, afin d'en améliorer la qualité et d'en réduire les coûts. Cette politique publique s'inscrit toutefois dans un univers caractériser par une pluralité d'acteurs (administrations, professionnels de santé, syndicat, etc.)....

L'organisation du système de santé fait ressortir de nombreux dysfonctionnements. Et cela malgré tous les efforts consentis à ce jour, l'offre sanitaire au niveau de CHU de Tizi-Ouzou reste inférieure aux besoins du la wilaya, tant en ce qui concerne les équipements et le matériel médical, qu'en personnel médical qualifié ainsi qu'a l'offre en médicament. Le système de santé au sein de CHU de Tizi-Ouzou est toujours à la recherche d'une organisation permettant d'améliorer la qualité des services rendus à la population. Ce système connaît de très profonds problèmes au niveau de l'organisation, de financement, de la formation et de l'information. Ce contexte les a incités à engager des réformes.

On peut conclure à partir de notre analyse que, les méthodes actuelles de conception de la politique de santé ne sont pas ajustées au domaine médical.

Les établissements de santé font face à des problèmes majeurs spécifiques à leur milieu en raison de leur organisation et de la complexité de leur environnement. Il faut donc une nouvelle approche prenant en compte les enjeux de l'interopérabilité des politiques de santé, basée sur le concept de l'urbanisation et des architectures orientées services. Cette approche cherche à mieux appliquer la politique de santé des établissements de santé et de les concevoir plus simplement et plus fidèlement.

Au cours de la réalisation de notre travail, plusieurs limites nous rencontrons, nous pouvons citer :

- Manque de documents, de références et de travaux de recherche traitant le rôle de la politique de santé dans les établissements hospitaliers en Algérie.
- L'accès limité à certaines données considérées comme étant confidentielles.
- Le manque des textes réglementaires sur la politique de santé en Algérie.

Enfin, il est nécessaire de souligner que l'étude que nous avons effectuée n'est qu'un traitement annonce du sujet. D'autres études encore plus approfondies peuvent être effectuées par la suite à partir de notre travail de recherche, car il met en avant des ressources qui peuvent être utilisées pour des études plus ciblées. Toutefois, notre souhait est que cette étude donnera naissance à une vague de recherches ultérieures qui se porteront sur :

- La politique de santé est un mécanisme nécessaire dans les établissements hospitaliers pour améliorer la qualité des soins.
- Le rôle de la politique de santé dans l'amélioration de la qualité de soins dans les hôpitaux publics ;
- Les apports de la politique de santé dans les hôpitaux publics en Algérie ;
- Une étude comparative entre la politique de santé dans les établissements publics de santé et cliniques privées ;
- L'évaluation du système de santé des établissements publics de santé en Algérie à partir d'une mise en place d'une politique de santé.

## Bibliographie

### Les ouvrages

- 1- AKTOUF, Omar. *Méthodologie des Sciences sociales et approche qualitative des organisations : Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec, 1987. Disponible sur le site : [http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf\\_omar/metho\\_sc\\_soc\\_organisations/metho\\_sc\\_soc\\_organisations.pdf](http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations.pdf). Consulté le (19-11-2017).
- 2- AQUILINO, Morelle. Didier tableau. *La santé publique*. 2<sup>ème</sup> édition. France, Avril 2015.
- 3- BRUBO, Palier. *La réforme des systèmes de santé*. Septième édition mise à jour 22<sup>e</sup> mille. 1, rue du docteur sauvé, 53100 Mayenne. Janvier 2015-N° 2183291 G.
- 4- DAHAK, Abdenour, KARA, Rabah. *Le Mémoire de Master : Du choix du sujet à la soutenance. Méthodologie de recherche appliquée au domaine des sciences économiques, de Gestion et des sciences Commerciales*. Tizi-Ouzou: Edition ElAmel, 2015.
- 5- Oufriha F.Z. *Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie*. OPU, 1992.
- 6- OUFRIHA Fatima Zouhra. (2006), « De réforme en réforme un système de santé à croisée des chemins », édition CREAD.
- 7- ZEHNAT, Ahcène. *Le système de santé Algérie*. 3 Février 2015. Disponible sur le site :
- 8- ZENATI, Achène. *Les évolutions récentes du système de santé Algérien*. Algérie : CREAD (centre de recherche en économie appliquée pour le développement, 2017).

### Les thèses de doctorat

1. THEBAUD-Mony. *Besoin de santé et politique de santé, analyse des travaux de l'organisation mondiale de la santé 1974-1980*. Thèse de doctorat Volume II. Préparer sous la direction du professeur Louis-Vincent THOMAS. 34, rue serpent, paris (6<sup>e</sup>). Mars 1980.
2. KAÏD, Nouara. *Le système de santé algérien entre efficacité et équité : essai d'évaluation à travers la santé des enfants*. Thèse de doctorat d'état en science économique. Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion. Université d'Alger : Département des sciences économiques.
3. SALMI Madjid. *Système de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle : élément pour une évaluation de la qualité des soins*. Thèse de doctorat. Université de Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou. Faculté de sciences économiques, commerciales, Département des sciences économiques. Novembre 2009.

## ✚ Mémoire de magistère

1. BAHLOULI, Ahmed Sofiane. *La politique de santé en Algérie, le cas de la wilaya d'Oran*. Mémoire de magistère en science politique et relations internationales Faculté de droit, département de sciences politique et relation internationales. Université d'Oran. 2011, 2012.
2. ARHAB, Samir. *Perspectives et modalités de mise en place d'un système de management de la qualité en milieu hospitalier*. Mémoire de magister en science économique. Option : management des entreprises. Tizi-Ouzou. Université de MOULOUD MAMMERI DE Tizi-Ouzou, faculté de sciences économiques, commerciales et des sciences de gestion. 18-06-2015.
3. BENMENSOUR, Sonia. *Financement des systèmes de santé dans les pays du Maghreb. Cas : Algérie, Maroc, Tunisie*. Mémoire. En vue d'obtention de diplôme de magister en sciences économique. Option : Monnaie finance banque. Université de MOULOUD MAMMERI DE Tizi-Ouzou, 2012.
4. KAHLOUCHE, Nouredine. : *Développement d'un système constructif en milieu hospitalier : démarche*
5. *méthodologique pour la réalisation d'un complexe mère et enfant*. Mémoire de Magister. Institut des sciences et sciences de l'ingénieur Génie civil, Université Mohamed Chérif Messaadia Souk-Ahras, juin 2012. P. 23.
6. AMAROUCHE. *Les systèmes de santé dans le monde*. faculté de médecine de Constantine Constantine(2005/2006).p.3. Disponible sur le site :
- 7.[http://univ.encyeducation.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie\\_2016\\_systemes\\_de\\_sante\\_dans\\_le\\_monde-amarouche.pdf](http://univ.encyeducation.com/uploads/1/3/1/0/13102001/economie_2016_systemes_de_sante_dans_le_monde-amarouche.pdf) Consulté le (05-10-2017).
8. KADI, Nadjat. *Santé reproductive et pauvreté en Algérie*. Thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Démographie. Faculté des Sciences sociales. Département de démographie. Alger. Septembre 2013. « Non paginé ».
9. ZIANI, Zoulikha. ZIANI, Farida. *Le financement de la santé en Algérie*. Université de Bejaïa. P. 19. Disponible sur le site : [www.univbejaia.dz/.../Financement%20des%20hôpitaux%20publics%20en%20Algérie](http://www.univbejaia.dz/.../Financement%20des%20hôpitaux%20publics%20en%20Algérie). Consulté le (11-11-2017).

## ✚ Les mémoires de master

1. AIT MEDJANE, Ouahiba. *Les reforme du système de santé en Algérie : Etat des lieux et analyses*. Mémoire de Master. Option : Economie de la Santé. Faculté des sciences économiques, commerciales et des sciences de gestions. Université ABDERAHMANE MIRA DE BEJAIA, 2012/2013. P. 55.

## ✚ Textes Règlementaires

1. *Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-universitaires*. 10/12/1997, n°81.

2. *Décret exécutif n° 91-106 du 27 avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique*[en ligne]. Journal officiel, 15/05/1991, n°22, p. 596-604, <http://www.snpspp.org/./STATUT-91.pdf> (consulté le 15-11-2017).
3. *Décret exécutif n° 96-92 du 3 mars 1996 relatif à la formation, au perfectionnement et au recyclage des fonctionnaires*. Journal officiel, 06/03/1996, n°
4. 16, <http://www.mtp.gov.dz/GUIDE%2520JURIDIQUE/...>
5. (Consulté le 15-11-2017).
6. *Journal officielle de la république algérienne* N° 81.10 Chaàbane, 10 décembre. Disponible sur le site : <file:///C:/Users/CYBER.SPACE/Downloads/joura-de-chu.pdf>. Consulté le (15-11-2017).
7. Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes.

#### Les lois

1. La loi 85-05 de 1985 relative a la promotion et a la protection de la santé
2. La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le forfait hôpitaux.

#### Colloques

1. *Carte de la région sanitaire de Constantine (wilaya de Constantine, Skikda, Jijel, Oum El Bouaghi)*. Ministère de la santé, Septembre 1982.
2. CHACHOUA, L. *Le système de santé en Algérie de 1962 a nos jours*, Colloque International sur les politiques de santé, Alger, les 18 et 19 Janvier 2014. Disponible sur le site : [http://www.and.s.dz/colloque/docs/01\\_systeme\\_sante\\_chachoua.pdf](http://www.and.s.dz/colloque/docs/01_systeme_sante_chachoua.pdf). Consulter le (12-10-2017).
3. Développement du système national de santé: stratégie et perspectives. Document Ministère de la Santé et de la Population Alger Mai 2001.
4. KHERROUB, Smail. Mémoire. *Formation des praticiens inspecteurs* .Ecole nationale de santé publique. EL MARSAS. ALGER.JUIN 2005.
5. La santé des Algériens et des Algériennes, rapport annuel. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.2003.
6. LAKEHAL, Rabia. Colloque international sur les politiques publiques de santé.*la santé de proximité : enjeux et perspectives*. Algérie. 19 Janvier 2014.
7. LAKEHAL, Rabia. Colloque international sur les politiques publiques de santé.*la santé de proximité : enjeux et perspectives*. Algérie. 19 Janvier 2014.
8. Organisation mondiale de la santé. *Pour un système de santé plus performant*. Rapport sur la santé dans le monde 2000.Genève, 2000.
9. SAIHI Abdelhak. Colloque, *La réforme du service public de santé: Etat des problématiques* disponible sur le site : [http://www.sante.dz/colloque/docs/02\\_reforme\\_saihi.pdf](http://www.sante.dz/colloque/docs/02_reforme_saihi.pdf). Consulter le

10. SIDI YAKOUB, Mohamed. *Elaboration et mise en œuvre des programmes de santé, formation des praticiens inspecteurs*. Ecole nationale de santé publique. El-Marsa. Alger. Juin 2015.
11. *Troisième évaluation de la mise en œuvre de la stratégie de la santé pour tous*. Ministère de la santé et de la population. Extraits, Mars 2010.

## Séminaires

1. BOUHARA, Aberazak. Le développement d'un système national de santé, L'expérience algérienne. Ministère de la santé. Séminaire. Alger 7-8 Avril 1983.
2. *Des outils et des pratiques au service de la modernisation de la gestion des Ressources Humaines en Sant*. Le séminaire de clôture des activités du volet Ressources Humaines du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS). Alger, 23 novembre 2014.
3. EG. FARES. BOUCHAIB, S. *Programme National de Lutte contre le Rhumatisme Articulaires Aigu (PNL RAA)*. Séminaires. 2012-2013.p1.
4. LARABI, Amel. *L'évolution du système national de santé (1962-2007)*. Séminaire. Ecole nationale de santé publique, direction de la formation continue et de la recherche. Alger, avril. 2001.
5. *Politique gouvernementale dans le domaine de la sante*. Séminaire de ministère de la population et de la réforme hospitalière. Septembre 2015.
6. *Séminaire sur la politique de santé en Algérie*. Ministre de la santé. Oran. Algérie. 29 décembre 2013.

## Revues

1. BOULAHRIK Mohand. *Financement du système de santé Algérien*. Revue des Sciences Économiques de Gestion et de Commerce. N° 33 – 2016.P. 10.
2. KHELFOUNI, Mohamed Adnane. *La santé scolaire en Algérie*. Institut des sciences et techniques d'éducation physique et sport. Revue Sciences et Pratiques des Activités Physiques Sportives et Artistiques N°05 (2014/1). Université d'Alger 3. Mars 2014.
3. BENMANSOUR, Sonia. *La contractualisation dans le système de santé Algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics*. Revue critique, faculté des sciences économies, gestion, et commerciales, université Mouloud MAMMERI de TIZI-OUZOU.
4. Ministère de la santé, *le développement de la santé*, Revue, unité Réghaia, 1983. P.125.
5. IDDIR, Mohamed. *La santé mentale en Algérie*. Revue. 6janvier 2004.
6. *Larges prérogatives par le ministre, d'innombrables intervenants et création du déverse structure*. Revue, Disponible sur le site : <http://www.cairn.info/revue-santepublique-2006-2-page-245.htm> . Consulté le (4-10-2017).
7. Médecin chef du service d'épidémiologie et de médecine préventive-Centre Hospitalier universitaire de sidi Bel Abbas-épidémiologie prévention -22000-Sidi Bel Abbas. Revue, Algérie .Disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-santepublique-2004-4-page-639.htm>. Consulté le : (4/10/2017).

## ✚ Les journaux

1. M Smail. *Lutte contre le paludisme : L'Algérie classée éligible par L'OMS*. Le journal de temps. Publié le : 25avril 2017.
2. SEDER, Cherifa. *Pour une politique de santé mentale en Algérie*. Liberté 1 journal. 27octobre 2017.
3. Djazairess : *30.000 malades mentaux en Algérie*. Disponible sur le site :
4. [www.djazairess.com/fr/lemidi/710101201](http://www.djazairess.com/fr/lemidi/710101201). Consulté le (27/10/17).
5. *La politique de la santé en Algérie*. Séminaire international .Alger .Le 29/12/13. Publie dans le journal (el moudjahid.).
6. *Ce que prévoit la nouvelle loi sanitaire* - Liberté Algérie. Disponible sur le site :[:https://www.liberte-algerie.com/actualite/ce-que-prevoit-la-nouvelle-loi-sanitaire88867](https://www.liberte-algerie.com/actualite/ce-que-prevoit-la-nouvelle-loi-sanitaire88867). Consulté le :(01/11/17).
7. CHOUGRANI, Saada. *La contractualisation et l'information : défis et enjeux entre les financeurs et les producteurs de soins en Algérie*. Insaniyat, n°6, Septembre-Décembre 1998. P. 143.

## ✚ Les sites internet

1. Centre International pour le Développement des Politiques Migratoires, (ICMPD). *Contribution à la Connaissance des Flux Migratoires Mixtes, vers, à travers et de l'Algérie. Pour une vision humanitaire du phénomène migratoire*. Disponible sur :[:http://www.icmpd.org/fileadmin](http://www.icmpd.org/fileadmin) (consulter le (02-10-2017).
2. *Définition de programme de santé - Concept et Sens*. Disponible sur le site :
3. <http://lesdefinitions.fr/programme-de-sante>. Consulté le (25/10/17).
4. <http://www.algerie-focus.com/2010/01/la-contractualisation-entre-les-hopitaux-et-la-securite-sociale-a-compter-de-mars-2010/>.
5. <http://www.amb-algerie.fr/1055/programme-national-2015-2019-lutte-anti-cancer/> consulté le (28/10/17).
6. <http://www.chuto.dz/organisation/mission.php>.
7. <http://www.santé.com>.
8. L'organisation de système de santé. Disponible sur : [https://www.capconcours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/visiter/l-organisation-dusysteme-de-sante-cc\\_san\\_05](https://www.capconcours.fr/sanitaire-et-social/concours-paramedicaux/visiter/l-organisation-dusysteme-de-sante-cc_san_05). Consulté le 02-10-217.
9. *La contractualisation entre les hôpitaux et la sécurité sociale à compter de mars 2010*. Disponible sur le site :[:http://www.algerie-focus.com/2010/01/lacontractualisation-entre-les-hopitaux-et-la-securite-sociale-a-compter-de-mars2010/](http://www.algerie-focus.com/2010/01/lacontractualisation-entre-les-hopitaux-et-la-securite-sociale-a-compter-de-mars2010/). Consulté le (3-11-2017).
10. *La lutte contre la malnutrition*. Santé, sécurité alimentaire, nutrition et carences nutritionnels. Disponible sur le site : [www.diplomatie.gouv.fr](http://www.diplomatie.gouv.fr). Consulté le (27/10/17).
11. *La sante publique, la politique définie au niveau nationale*. Disponible sur le site : <http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Pages>. Consulté le : (04-10-2017).
12. *Le plan stratégique national et multisectoriel de lutte intégré contre les maladies no transmissibles*. Disponible sur le site : [www.passue.dz/index.php?...lutte...contre...lutte-contre-les-maladies...](http://www.passue.dz/index.php?...lutte...contre...lutte-contre-les-maladies...) Consulté le (27/10/17).

13. *Le programme de lutte anti cancer en Algérie*. Disponible sur le site
14. MEBTOUL, Mohamed. *Les enjeux de la privatisation des soins en Algérie*. Revue, Disponible sur le site : <https://jda.revues.org/1840>. Consulté le (4-11-2017).
15. REMAL, Abdelkader. Etudiant Assistant Social a INFSPM D'Alger, *systeme de santé en Algérie*. Disponible sur le site : <https://abdelkadirremal.wordpress.com/2013/04/27/27/> consulté le (06-10-2017)

**35. — Wilaya de Boumerdès :**

Boumerdès-Thenia  
Bordj-Menaïel  
Dellys

**36. — Wilaya d'El Tarf :**

El Tarf  
El Kala  
Drean  
Bouhadjar

**37. — Wilaya de Tindouf :**

Tindouf

**38. — Wilaya de Tissemsilt :**

Tissemsilt  
Theniet El-Had  
Bordj Bou-Naama

**39. — Wilaya d'El Oued :**

El Oued  
El Meghaïer

**40. — Wilaya de Khenchela :**

Khenchela  
Chechar  
Kaïs

**41. — Wilaya de Souk Ahras :**

Souk Ahras  
Sedrata

**42. — Wilaya de Tipaza :**

Tipaza  
Gouraya  
Koléa  
Cherchell

**43. — Wilaya de Mila :**

Mila  
Chelghoum Laid  
Ferdjioua

**44. — Wilaya d'Aïn Defla :**

Aïn Defla  
Miliana  
Khemis Miliana  
El Attaf

**45. — Wilaya de Naama :**

Naama  
Aïn Sefra

**46. — Wilaya d'Aïn Témouchent :**

Aïn Témouchent  
Hammam Bou Hadjar  
Beni Saf

**47. — Wilaya de Ghardaïa :**

Ghardaïa  
Metlili  
El Meniaa  
Guerrara \*

**48. — Wilaya de Relizane :**

Relizane  
Oued Rhiou  
Mazouna



**Décret exécutif n° 97-467 du 2 Chaâbane 1418  
correspondant au 2 décembre 1997 fixant  
les règles de création, d'organisation et de  
fonctionnement des centres  
hospitalo-universitaires.**

Le Chef du Gouvernement,

Vu la Constitution, notamment ses articles 85-4° et 125 (alinéa 2);

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

Vu la loi n° 88-01 du 12 janvier 1988, modifiée, portant loi d'orientation sur les entreprises publiques économiques, notamment son article 43;

Vu la loi n° 90-21 du 15 août 1990 relative à la comptabilité publique;

Vu l'ordonnance n° 95-20 du 19 Safar 1416 correspondant au 17 juillet 1995, relative à la Cour des comptes;

Vu l'ordonnance n° 95-27 du 8 Chaâbane 1416 correspondant au 30 décembre 1995 portant loi de finances pour 1996;

Vu l'ordonnance n° 97-15 du 24 Moharram 1418 correspondant au 31 mai 1997 fixant le statut particulier du Gouvernorat du grand Alger;

Vu le décret n° 71-215 du 25 août 1971, modifié, portant organisation du régime des études médicales;

Vu le décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales (DEMS) ;

Vu le décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;

Vu le décret n° 83-543 du 24 septembre 1983 fixant le statut-type des instituts nationaux d'enseignement supérieur (INESSM) ;

Vu le décret n° 83-544 du 24 septembre 1983 portant statut-type des universités ;

Vu le décret n° 86-25 du 11 février 1986, modifié et complété, portant statut-type des centres hospitalo-universitaires ;

Vu le décret n° 86-179 du 5 août 1986 relatif à la sous-classification des postes supérieurs de certains organismes employeurs ;

Vu le décret présidentiel n° 97-230 du 19 Safar 1418 correspondant au 24 juin 1997 portant nomination du Chef du Gouvernement ;

Vu le décret présidentiel n° 97-231 du 20 Safar 1418 correspondant au 25 juin 1997 portant nomination des membres du Gouvernement ;

Vu le décret exécutif n° 91-311 du 7 septembre 1991 relatif à la nomination et à l'agrément des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-312 du 7 septembre 1991 fixant les conditions de mise en jeu de la responsabilité des comptables publics, des procédures d'apurement des débits et des modalités de souscription d'assurance couvrant la responsabilité civile des comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 91-313 du 7 septembre 1991 fixant les procédures, les modalités et le contenu de la comptabilité des ordonnateurs et comptables publics ;

Vu le décret exécutif n° 92-05 du 4 janvier 1992 fixant les modalités d'affectation des revenus provenant de travaux et prestations effectués par les établissements publics en sus de leurs missions principales ;

Vu le décret exécutif n° 92-414 du 14 novembre 1992 relatif au contrôle préalable des dépenses engagées, notamment son article 3 ;

Vu le décret exécutif n° 93-301 du 24 Joumada Ethania 1414 correspondant au 8 décembre 1993 fixant, à titre transitoire les dispositions relatives aux délais et à la forme de présentation des comptes à la Cour des comptes ;

Vu le décret exécutif n° 94-260 du 27 août 1994 fixant les attributions du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ;

Vu le décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires ;

#### Décrète :

Article 1er. — Le présent décret a pour objet de fixer la liste et les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires ci-après dénommés par abréviation "CHU".

#### TITRE I

#### DISPOSITIONS GENERALES

Art. 2. — Le centre hospitalo-universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif, sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

Il est placé sous la tutelle administrative du ministre chargé de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Art. 3. — Le centre hospitalo-universitaire est chargé, en relation avec l'établissement d'enseignement et/ou de formation supérieure en sciences médicales concerné, des missions de diagnostic, d'exploration, de soins, de prévention, de formation, d'études et de recherche.

Art. 4. — Dans le cadre des missions prévues à l'article 3 ci-dessus, le centre hospitalo-universitaire est chargé notamment des tâches suivantes :

##### 1) En matière de santé :

— d'assurer les activités de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et des urgences médico-chirurgicales, de prévention ainsi que de toute activité concourant à la protection et à la promotion de la santé de la population ;

— d'appliquer les programmes nationaux, régionaux et locaux de santé ;

— de participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire scientifique et pédagogique des structures de la santé ;

— de contribuer à la protection et à la promotion de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention, de l'hygiène, de la salubrité et de la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux.

Outre les tâches prévues aux alinéas ci-dessus, le C.H.U. assure pour la population résidant à proximité et non couverte par les secteurs sanitaires environnants, les missions dévolues au secteur sanitaire telles que fixées à l'article 5 du décret exécutif n° 97-466 du 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997 susvisé.

##### 2) En matière de formation :

— d'assurer, en liaison avec l'établissement d'enseignement supérieur de formation supérieure en sciences médicales, la formation graduée et post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

— de participer à la formation, au recyclage et au perfectionnement des personnels de santé.

**3) En matière de recherche :**

— d'effectuer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous travaux d'étude et de recherche dans le domaine des sciences de la santé ;

— d'organiser des séminaires, colloques, journées d'études et autres manifestations techniques et scientifiques en vue de promouvoir les activités de soins, de formation et de recherche en sciences de la santé.

**Art. 5.** — La tutelle pédagogique prévue à l'alinéa 2 de l'article 2 du présent décret porte sur l'ensemble des actes relatifs à :

— l'organisation des activités pédagogiques et scientifiques du C.H.U.,

— la fixation des conditions d'accès et d'orientation des étudiants.

Elle porte également sur l'approbation des délibérations du conseil d'administration pour les questions relatives à la formation et à la recherche en sciences médicales.

**Art. 6.** — Le décret de création du centre hospitalo-universitaire en fixe le siège ainsi que la consistance physique.

Toute modification de la consistance physique intervient dans les mêmes formes.

Lorsqu'elles sont situées en dehors de l'enceinte de la structure siège du C.H.U., les structures de santé sont dotées de moyens matériels, financiers et humains individualisés en rapport avec leur mission.

**Art. 7.** — Pour accomplir ses missions de formation et de recherche en sciences de la santé, le centre hospitalo-universitaire peut passer, dans le cadre de la réglementation en vigueur, des conventions avec les établissements de santé ou tout autre organisme et ce, après avis du conseil scientifique de l'établissement.

**Art. 8.** — La création d'un centre hospitalo-universitaire s'inscrit dans le cadre des principes directeurs de la planification sanitaire et de la formation en sciences médicales.

**Art. 9.** — La création d'un centre hospitalo-universitaire est subordonnée à :

— la disponibilité de ressources matérielles et d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, notamment de haut niveau, de formation graduée et post-graduée et de recherche ;

— l'existence d'infrastructures et d'équipements scientifiques, pédagogiques et techniques aptes à recevoir les enseignants et les étudiants.

**Art. 10.** — Le C.H.U. et l'établissement d'enseignement supérieur en sciences médicales assurent conjointement la prise en charge des frais de formation en sciences médicales, selon des modalités arrêtées par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition des directeurs des établissements concernés.

**Art. 11.** — Le C.H.U. comprend des services et des unités.

La définition des services et unités hospitalo-universitaires est déterminée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur.

La création et la suppression des services et unités hospitalo-universitaires sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé, le ministre chargé de l'enseignement supérieur et le ministre chargé des finances, sur proposition des directeurs du C.H.U. et de l'établissement d'enseignement supérieur concernés, après avis du conseil scientifique du C.H.U.

La définition du service et de l'unité de santé publique est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

La création et la suppression des services et unités de santé publique sont prononcées par arrêté pris conjointement par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des finances sur proposition du directeur du C.H.U., après avis du conseil scientifique.

## TITRE II

### ORGANISATION ADMINISTRATIVE

**Art. 12.** — Le C.H.U. est administré par un conseil d'administration et dirigé par un directeur général. Il est doté d'un organe consultatif dénommé "conseil scientifique".

Dans l'intervalle des sessions du conseil scientifique, le directeur général du centre hospitalo-universitaire est assisté d'un comité consultatif.

#### Chapitre I

##### Le Conseil d'administration

**Art. 13.** — Le conseil d'administration comprend :

\* le représentant du ministre chargé de la santé, président;

\* un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ;

\* un représentant de l'administration des finances ;

\* un représentant des assurances économiques ;

\* un représentant des organismes de sécurité sociale ;

\* un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire ;

\* un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du C.H.U. ;

- \* un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs ;
- \* un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs ;
- \* un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs ;
- \* un représentant des associations d'usagers ;
- \* un représentant des travailleurs élu en assemblée générale ;
- \* un représentant du conseil scientifique du C.H.U.

Le directeur général du C.H.U. participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat.

Art. 14. — Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années, renouvelable, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent.

En cas d'interruption du mandat d'un membre, un nouveau membre est désigné dans les mêmes formes pour lui succéder jusqu'à expiration du mandat. Les mandats des membres désignés en raison de leurs fonctions cessent avec celles-ci.

Art. 15. — Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 16. — Le conseil d'administration délibère sur :

- \* le plan de développement à court et moyen terme ;
- \* le projet de budget de l'établissement ;
- \* les comptes prévisionnels ;
- \* le compte administratif ;
- \* les projets d'investissements ;
- \* les projets d'organigramme des services ;
- \* les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements ;
- \* les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes ;
- \* les conventions prévues à l'article 7 ci-dessus ;
- \* le projet de tableau des effectifs ;
- \* le règlement intérieur de l'établissement ;
- \* les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location ;
- \* l'acceptation ou le refus des dons et legs.

Art. 17. — Le conseil d'administration se réunit obligatoirement en session ordinaire une fois tous les six (6) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers (2/3) de ses membres.

Les délibérations du conseil d'administration sont consignées sur des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial côté et paraphé, signés par le président et le secrétaire de séance.

Le conseil d'administration élabore et adopte son règlement intérieur lors de sa première réunion.

Art. 18. — Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement qu'à la majorité de ses membres. Si le *quorum* n'est pas atteint, le conseil d'administration est à nouveau convoqué dans les dix (10) jours suivants et ses membres peuvent alors délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Art. 19. — Les délibérations du conseil d'administration sont soumises, pour approbation, à l'autorité de tutelle dans les huit (8) jours qui suivent la réunion. Les délibérations sont exécutoires trente (30) jours après leur transmission, sauf opposition expresse notifiée dans ce délai.

## Chapitre II

### Le directeur général

Art. 20. — Le directeur général du C.H.U. est nommé par décret exécutif, sur proposition du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à ses fonctions dans les mêmes formes.

Art. 21. — Le directeur général du C.H.U. est assisté d'un secrétaire général, de directeurs et, le cas échéant, de directeurs d'unités.

Le secrétaire général, les directeurs et les directeurs d'unités sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur du centre hospitalo-universitaire.

Un arrêté pris conjointement par les ministres chargés de la santé, des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique déterminera l'organigramme du C.H.U. selon l'importance de ses activités.

Art. 22. — Le directeur général est responsable de la gestion du C.H.U. à ce titre :

- il représente le centre hospitalo-universitaire en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- il exerce le pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels du C.H.U., à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu ;
- il est ordonnateur des dépenses du C.H.U. ;
- il prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes du C.H.U. ;
- il établit le projet d'organigramme et de règlement intérieur du C.H.U. ;

— il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration ;

— il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse au ministre chargé de la santé, après approbation du conseil d'administration ;

— il passe tout contrat, marché, convention et accord, dans le cadre de la réglementation en vigueur ;

— il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ;

— il délègue, sous sa responsabilité, sa signature au profit de ses collaborateurs.

### Chapitre III

#### Le conseil scientifique

Art. 23. — Le conseil scientifique est chargé d'émettre des avis, notamment sur :

— l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux ;

— les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux ;

— les programmes de santé et de population ;

— les programmes des manifestations scientifiques et techniques ;

— la création ou la suppression de structures médicales ;

— les conventions de formation et de recherche en sciences médicales.

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

Il participe à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.

Art. 24. — Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois (3) années, renouvelable.

Outre le président, le conseil scientifique comprend :

— les chefs de services, le directeur de l'établissement de formation supérieure concerné ou son représentant et s'il y a lieu, les responsables d'unités de recherche ;

— deux (2) à trois (3) membres désignés par le directeur général du CHU parmi la communauté scientifique de l'établissement ;

— un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois (3) ans ;

— un paramédical désigné par le directeur général dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux.

Art. 25. — Le conseil scientifique se réunit sur convocation de son président, ou du directeur général du centre hospitalo-universitaire, en session ordinaire, une fois tous les deux (2) mois.

Il peut se réunir en session extraordinaire à la demande, soit de son président soit de la majorité de ses membres, soit du directeur général du centre hospitalo-universitaire.

En cas d'absence du président, la réunion est présidée par le doyen des membres du conseil scientifique.

Chaque réunion donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal consigné sur un registre *ad-hoc*.

Art. 26. — Le conseil scientifique ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente. Cependant, si le *quorum* n'est pas atteint le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours suivants et ses membres peuvent alors siéger quel que soit le nombre des présents.

Le conseil scientifique élabore et adopte son règlement intérieur.

### Chapitre IV

#### Le comité consultatif

Art. 27. — Le comité consultatif assiste le directeur général du C.H.U. dans l'accomplissement de ses missions et plus particulièrement dans la mise en œuvre des propositions et recommandations du conseil scientifique.

Art. 28. — le comité consultatif comprend, outre le directeur général, président :

— le président du conseil scientifique ;

— trois (3) à sept (7) chefs de services désignés par le conseil scientifique.

Art. 29. — Les réunions du comité consultatif peuvent être, à l'initiative du directeur général du C.H.U. ou de la majorité des membres du comité consultatif, élargies au secrétaire général et aux directeurs des structures de l'établissement.

Art. 30. — Le comité consultatif se réunit une fois par mois.

### TITRE III

#### DISPOSITIONS FINANCIERES

Art. 31. — La nomenclature budgétaire du centre hospitalo-universitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 32. — Le budget du centre hospitalo-universitaire comporte un titre de recettes et un titre de dépenses.

**Les recettes comprennent :**

- \* les subventions de l'état, au titre de sa participation aux actions de soins, de prévention, de recherche médicale, de formation et de la prise en charge des démunis non assurés sociaux ;
- \* les subventions des collectivités locales ;
- \* les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre des soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit, les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation ;
- \* les dotations exceptionnelles ;
- \* les dons et legs octroyés dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur ;
- \* les recettes diverses ;
- \* les autres ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement ;
- \* les remboursements des assurances économiques au titre des dommages corporels.

**Les dépenses comprennent :**

- \* les dépenses de fonctionnement ;
- \* les dépenses d'équipement ;
- \* toute autre dépense nécessaire à la réalisation de son objet.

Art. 33. — Le projet de budget est préparé par le directeur général du centre hospitalo-universitaire et soumis au conseil d'administration pour délibération. Il est ensuite transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Art. 34. — La qualité d'ordonnateur secondaire peut être conférée aux responsables des structures composant le centre hospitalo-universitaire par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'établissement.

Art. 35. — L'ordonnateur principal émet des délégations de crédits au profit des ordonnateurs secondaires et met à leur disposition des fonds pour la couverture des dépenses.

Art. 36. — L'ordonnateur principal et l'ordonnateur secondaire peuvent, sous leur responsabilité respective, déléguer leur signature.

Art. 37. — L'ordonnateur tient une comptabilité administrative des recettes et des dépenses.

La comptabilité des recettes retrace les créances constatées et liquidées, les ordres de recettes et les recouvrements.

La comptabilité des ordonnancements retrace le montant des crédits ouverts ou délégués, les ordonnances admises et les soldes disponibles.

Art. 38. — Les ordonnateurs secondaires sont tenus d'établir et d'adresser à l'ordonnateur principal des situations mensuelles des mandats de paiement admis en dépenses.

Art. 39. — Des modalités appropriées de contrôle des dépenses sont déterminées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances.

Art. 40. — Les comptes du centre hospitalo-universitaire sont tenus conformément aux règles de la comptabilité publique et le maniement des fonds est confié à un agent comptable nommé ou agréé par le ministre chargé des finances.

Art. 41. — Le comptable agréé tient, en outre, une comptabilité générale, une comptabilité spéciale des matières, valeurs et titres et une comptabilité analytique devant permettre notamment, la maîtrise des différents coûts.

Art. 42. — La comptabilité générale est tenue selon la méthode de la partie double.

Art. 43. — Le comptable public du centre hospitalo-universitaire est le comptable principal.

Le comptable public de toute structure composant le centre hospitalo-universitaire est le comptable secondaire.

Art. 44. — Le comptable secondaire est agréé ou nommé par le ministre chargé des finances.

Art. 45. — L'exercice financier est ouvert le 1er janvier et clos le 31 décembre de l'année.

Les mandatements et paiements peuvent être effectués jusqu'au 31 mars de l'année suivante.

**TITRE IV**

**DISPOSITIONS FINALES.**

Art. 46. — La liste et la consistance physique des C.H.U. sont fixées en annexe du présent décret.

Art. 47. — Sont abrogées les dispositions du décret n° 86-25 du 11 février 1986, susvisé.

Art. 48. — Le présent décret sera publié au *Journal officiel* de la République algérienne démocratique et populaire.

Fait à Alger, le 2 Chaâbane 1418 correspondant au 2 décembre 1997.

Ahmed OUYAHIA.

## Annexe N°01

Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-Universitaires

10 Chaâbane 1418  
10 décembre 1997

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N° 81

27

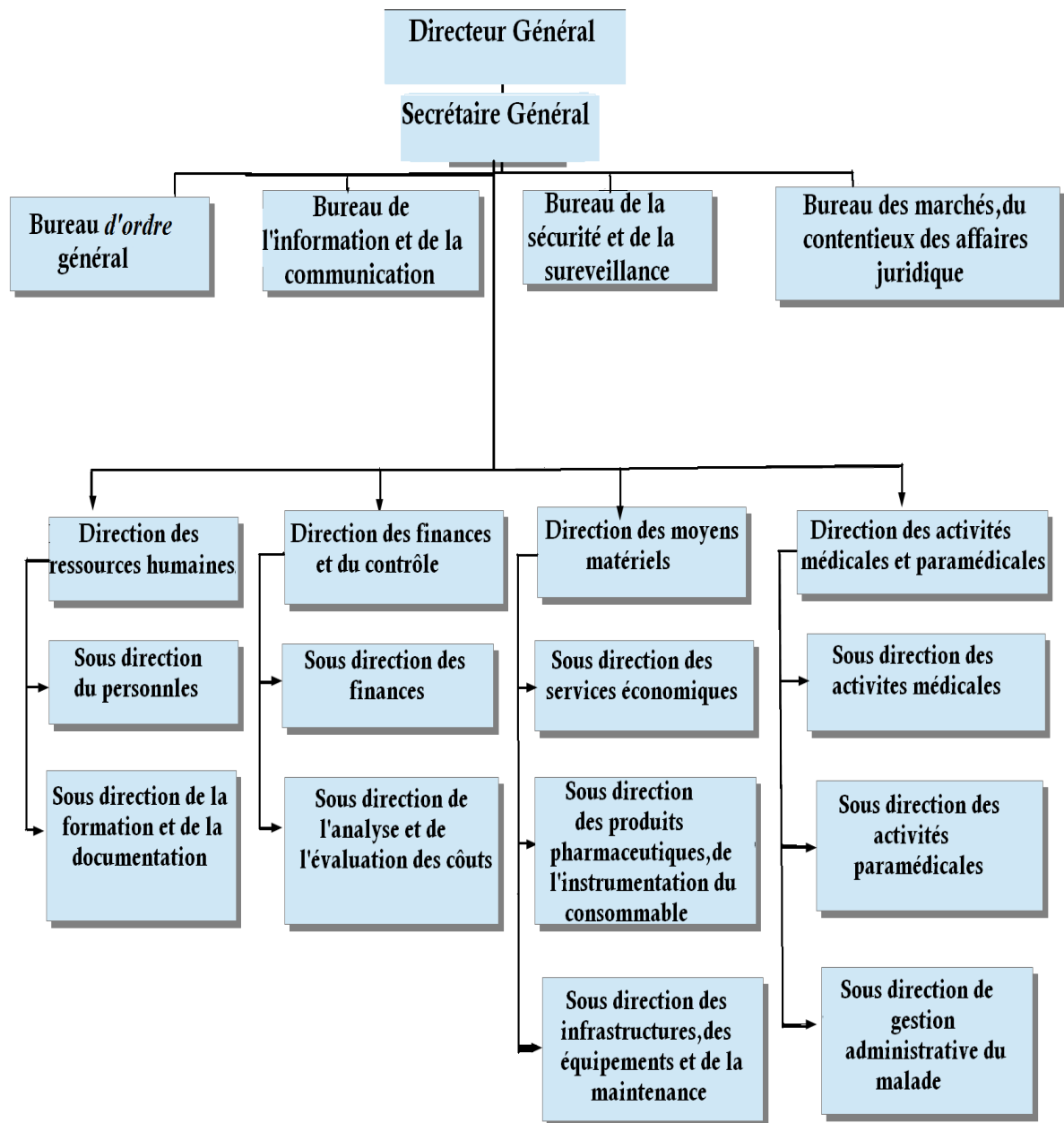
ANNEXE  
LISTE DES CENTRES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

DENOMINATION	SIEGE	CONSISTANCE PHYSIQUE
CHU Mustapha	Hôpital Mustapha	Hôpital Mustapha Centre de santé "Léon Bernard" Unité de chirurgie infantile
CHU Beni-Messous	Hôpital de Beni-Messous	Hôpital de Béni-Messous
CHU Hussein-Dey	Hôpital Parnet	Hôpital Parnet Urgences centrales de Tripoli Laboratoire de Cytologie Unité "Boujema Moghni"
CHU Constantine	Hôpital Ben Badis	Hôpital Ben-Badis Hôpital de jour de Khroub Unité de chirurgie dentaire sise rue Si Abdellah (Casbah)
CHU Oran	Hôpital d'Oran	Hôpital d'Oran et unité d'urgences médico-chirurgicales Clinique Filaoucène Clinique Hamou Boutlelis Clinique Nouar Fadela Clinique Amilcar Cabral Clinique d'endocrinologie-Diabetologie Clinique dentaire
CHU Annaba	Hôpital Ibn Rochd	Hôpital Ibn Rochd Hôpital Ibn Sina Hôpital Dorban Clinique d'ophtalmologie Clinique de pédiatrie Clinique dentaire "EIYSA" Clinique "Saoula Abdelkader"
CHU Blida	Hôpital Frantz Fanon	Hôpital Frantz Fanon Clinique Mitidja Clinique Ben-Boulaïd Clinique Zabana
CHU Tizi-Ouzou	Hôpital Nedir Mohamed	Hôpital Nedir Mohamed Hôpital de Sidi-Belloua
CHU Batna	Hôpital de Batna	Hôpital Batna (Hôpital A)
CHU Sétif	Hôpital de Sétif	Hôpital de Sétif Clinique d'ORL et d'ophtalmologie Complexe mère et enfant
CHU Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi Bel Abbès	Hôpital de Sidi-Bel-Abbès Maternité urbaine
CHU Tlemcen	Hôpital de Tlemcen	Hôpital de Tlemcen
CHU Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued	Hôpital de Bab-El-Oued Clinique "Gharafa"

## **Annexe N°01**

**Décret n°97-467 du 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des Centres Hospitalo-Universitaires**

**Annexe N°02**  
**L'organigramme de CHU de Tizi-Ouzou**



# Table des matières

Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Sommaire	
<b>Introduction générale</b>	<b>13</b>
<b>Chapitre 1 : Le système de santé en Algérie :définitions,évolution et réformes.....</b>	<b>19</b>
<b>Introduction</b>	<b>19</b>
<b>I-1 Présentation des concepts de base de domaine de la santé</b>	<b>20</b>
I-1-1 Définition de la santé.....	20
I-1-2 Définition de système de soins.....	21
I-1-3 Définition de système de santé.....	23
I-1-4 Définition de la politique de santé.....	25
<b>I-2 Le système de santé Algérien et son évolution de 1962 à nos jours.....</b>	<b>27</b>
I-2-1 La première période (1963-1973).....	28
I-2-2 La deuxième période (1974-1986).....	29
I-2-3 La troisième période (1987-2004).....	30
I-2-4 La quatrième période de 2004 à nos jours.....	32
<b>I-3 Les principales réformes mises en œuvre pour le système de santé.....</b>	<b>34</b>
I-3-1 Définition de la réforme hospitalière.....	35
I-3-2 Les grands axes de la réforme hospitalière.....	35
I-3-2-1 Les besoins de santé et demande de soins.....	35
I-3-2-2 Structure hospitalière.....	36
I-3-2-3 Ressources humaines.....	36
I-3-2-4 Ressources matérielles.....	37
I-3-2-5 Le financement.....	37
I-3-2-6 L'inter-sectorialité.....	37
I-3-3 Les objectifs de la réforme hospitalière.....	38
I-3-4 Les stratégies de la mise en place de la réforme hospitalière.....	39
<b>Conclusion</b>	<b>41</b>
<b>Chapitre II : Élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé en Algérie.....</b>	<b>43</b>
<b>Introduction</b>	<b>43</b>
<b>II-1 Élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé algérienne.....</b>	<b>44</b>
II-1-1 Définition de la politique de santé en Algérie.....	44
II-1-2 Les outils de la planification sanitaire.....	46
II-1-2-1 La méthode d'élaboration du contenu de la politique nationale de santé.....	47
II-1-3 Les étapes d'élaboration de la politique sanitaire.....	48
II-1-3-1 La planification, renforcement des capacités et communication.....	48
II-1-3-2 Analyse préparatoire fournir les principales informations de base.....	48
II-1-3-3 Définir qui doit être impliqué et comment, et le type de soutien nécessaires.....	49
II-1-3-4 Guider et gérer le processus, le comité de direction et l'équipe de gestion.....	49

II-1-4	Les principaux acteurs de politiques de santé.....	49
II-1-5	Les objectifs de la politique de santé publique .....	50
II-1-6	La préparation de la stratégie nationale de santé .....	52
II-1-6-1	La structure de la stratégie .....	52
II-1-6-2	Le déroulé du processus de définition de la stratégie.....	52
II-1-6-3	L'organisation du travail .....	53
<b>II-2</b>	<b>Les programmes de santé élaborés en Algérie.....</b>	<b>53</b>
II-2-1	Définition d'un programme de santé.....	53
II-2-2	Les programmes de santé élaborés en Algérie.....	54
II-2-2-1	Programme de malnutrition et carences nutritionnelles.....	54
II-2-2-2	Programme National de Lutte contre Le Rhumatisme Articulaire Aigu (PNL RAA).....	55
II-2-2-3	Programme de lutte contre le paludisme.....	56
II-2-2-4	Programme de lutte contre les maladies non transmissibles.....	57
II-2-2-5	Programme de santé et de sécurité en travail (SST).....	58
II-2-2-6	Programme national de santé mentale.....	59
II-2-2-7	Programme de la mère et l'enfant .....	60
II-2-2-8	Programme national de lutte contre les maladies diarrhéiques de l'enfant et les infections respiratoires aiguës(IRA).....	60
II-2-2-9	Programme national de santé scolaire et le milieu éducatif.....	61
II-2-2-10	Programme national anti tuberculose TBC.....	61
II-2-2-11	Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.....	62
II-2-2-12	Programme de santé pénitentiaire.....	62
II-2-2-13	Programme de lutte contre la rougeole.....	62
II-2-2-14	Programme de lutte contre le scorpionisme.....	63
II-2-2-15	Programme de lutte contre les zoonoses.....	63
II-2-2-16	Programme de surveillance épidémiologique.....	64
II-2-2-17	Programme de lutte contre les maladies cancéreuses : programme national de lutte anti cancer 2015-2019.....	64
II-2-2-18	Programme antitabac .....	65
<b>II-3</b>	<b>Le financement de système de santé en Algérie.....</b>	<b>66</b>
II-3-1	Les objectifs de la contractualisation .....	69
II-3-2	Le financement de secteur public de la santé.....	70
II-3-3	Le financement de secteur privé de la santé.....	72
	<b>Conclusion .....</b>	<b>73</b>
	<b>Chapitre 3 : Les dysfonctionnements et les réformes hospitalières de CHU de Tizi-Ouzou.....</b>	<b>75</b>
	<b>Introduction .....</b>	<b>75</b>
<b>III-1</b>	<b>Présentation du cadre Méthodologique de l'étude .....</b>	<b>75</b>
III-1-1	Rappel de la problématique et des objectifs de l'étude .....	75
III-1-1-1	Rappel de la problématique de recherche .....	75
III-1-1-2	Rappel des objectifs de recherche .....	75
III-1-2	Méthodologie de recherche .....	76
III-1-3	Caractéristiques de la population et de l'échantillon d'étude .....	77
III-1-3-1	Caractéristiques de la population d'étude .....	77
III-1-3-2	Historique de CHU de Tizi-Ouzou.....	78
III-1-3-3	Définition de CHU de Tizi-Ouzou.....	79
III-1-3-4	Echantillon d'étude .....	82

<b>III-2 L'organisation et le fonctionnement et du CHU de T-O</b> .....	83
III-2-1 Organisation et gestion administrative du CHU de Tizi-Ouzou .....	83
III-2-1-1 Direction de l'établissement .....	83
III-2-1-2 Le conseil d'administration .....	83
III-2-1-3 Le conseil scientifique .....	84
III-2-1-4 Directions de l'organisation administrative .....	85
III-2-2 L'Organisation du personnel du CHU de Tizi-Ouzou.....	87
III-2-2-1 Le personnel médical .....	87
III-2-2-2 Le personnel paramédical .....	88
III-2-2-3 Le personnel administratif .....	88
III-2-3 L'Organisation du CHU de T-O par service .....	89
III-2-3-1 Services d'hospitalisation.....	89
III-2-3-1-1 Les services chirurgicaux.....	90
III-2-3-1-2 Les services médicaux.....	90
III-2-3-1-2-1 Service des urgences .....	90
III-2-3-1-2-2 Services médico-techniques .....	90
<b>III-3 Le CHU de Tizi-Ouzou ; entre contraintes et réformes.....</b>	<b>91</b>
III-3-1 Les objectifs de la réforme hospitalière .....	91
III-3-2 Réalité de réalisation de centre hospitalo-universitaire de Tizi-Ouzou de Nedir Mohamed (CHU).....	92
III-3-3 Le CHU un pôle d'excellence .....	92
III-3-3-1 Possibilité managériale et ordonnance des capacités dans l'organisation hospitalière .....	93
III-3-3-2 La GRH dans les administrations publiques et hospitalières : cas de CHU de Nedir Mohamed de Tizi-Ouzou.....	94
III-3-3-3 Les pratiques de GRH dans le CHU de Tizi-Ouzou.....	94
III-3-3-4 Climat social.....	94
III-3-3-5 Organisation et conditions de travail .....	95
III-3-3-6 Recrutement et rémunération.....	96
III-3-3-7 Formation Maintenir la compétence et développer les différentes capacités est le rôle de la DRH.....	97
III-3-3-8 La gestion des compétences.....	97
III-3-4 Les contraintes rencontrées au niveau de CHU de Tizi-Ouzou.....	97
III-3-4-1 Les contraintes dues à la bureaucratie.....	98
III-3-4-2 Les contraintes de la gestion des ressources humaines hospitalières.....	98
III-3-4-3 Les contraintes financières.....	99
III-3-4-4 Contraintes liées à la formation.....	100
III-3-4-5 Contraintes liées à l'information.....	100
<b>Conclusion</b> .....	<b>101</b>
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>103</b>
<b>Bibliographie.</b>	
<b>Annexes.</b>	
<b>Table des matières.</b>	