

**République Algérienne Démocratique et Populaire**  
**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**  
**Université Mouloud Mammeri de Tizi-Ouzou**  
**Faculté des Sciences Economiques, commerciales et de gestion**  
**Département des sciences économiques**

**Thèse de Doctorat**  
**en Sciences Economiques**

**THEME**

**Systeme de santé en Algérie à l'heure de la transition plurielle :  
éléments pour une évaluation de la qualité des soins**

**Présentée par :**  
**Mr SALMI Madjid**

**Jury de soutenance:**

**Mohamed DAHMANI, Professeur, Université de Tizi-Ouzou, Président.**  
**Mohamed Yassine FERFERA, Professeur, INPS, Alger, Rapporteur.**  
**Fatima Zohra OUFRIHA, Professeure agrégée, Université d'Alger, Examinatrice.**  
**Nouara KAID-TLILANE, Professeure, Université de Bejaia, Examinatrice.**  
**Ahmed TESSA., Maître de conférences, Université de Tizi-Ouzou, Examineur.**

**Soutenue le :**

## **INTRODUCTION GENERALE**

Parler de transition et de système de santé en Algérie n'est pas une tâche facile. D'une part parce que la transition, ou le passage d'une économie administrée vers une économie de marché, est souvent un processus long et complexe<sup>1</sup>, ajoutée à cela la lenteur caractérisant les réformes ayant été menées depuis 1986 à nos jours. D'autre part, notre système de santé est tout aussi concerné par le changement qui s'opère dans les autres sphères économiques, politiques et sociales étant donné qu'il est un élément indissociable de cet ensemble hétérogène. La liaison entre transition et système de santé n'est pas perceptible à première vue. Néanmoins, la transition est une étape quasi-difficile synonyme de raréfaction de ressources, mais une situation qui amène à une quête perpétuelle de la rationalité à toute épreuve. Bien que notre système de santé ait pour vocation une protection sociale contre la maladie et tous les risques susceptibles d'affecter la santé de la population, il n'en demeure pas moins qu'il ne devrait pas échapper à cette logique implacable de la rationalité économique. Une logique qui dicte des comportements rationnels face à la rareté des ressources.

Le système de santé algérien, à l'instar des autres secteurs relevant de la gestion publique, ne peut pas en fait échapper aux contraintes d'efficacité économique et sociale voire même d'efficience, son évaluation doit s'inscrire dans une démarche de rationalisation de la décision économique publique. Certes, la réflexion économique a développée toute une batterie d'instruments de mesure des performances et de l'efficacité de la décision économique privée, mais elle a souvent ignorée la décision économique publique. En effet, la présence de l'Etat se projette à travers ses multiples interventions dans le domaine économique et social et ses interventions ne sont pas toujours ponctuées par les signes de profit et de la rentabilité. L'intervention publique dans le domaine de la production de soins s'inscrit dans le même sillage des attributions que s'assigne la puissance publique face aux risques maladies et autres risques guettant la collectivité.

Le système de santé mis en place en Algérie est un mélange entre le modèle allemand, d'Otto Von Bismarck, qui instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et le modèle anglais, de Lord Beveridge, qui associe l'Etat à son financement. En d'autres termes, le système de santé ainsi créé est financé, d'une part par la sécurité sociale, qui, elle-même prélève des cotisations sur ses affiliés (cotisations patronales et salariales), d'autre part, par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité.

L'analyse du système de santé peut être portée sur deux niveaux: le niveau macro-économique ou le niveau micro-économique<sup>2</sup>. L'analyse macro-économique consiste en l'étude des phénomènes de santé à l'échelle d'un pays. Par contre, l'échelle micro-économique se donne comme niveau d'analyse l'étude des comportements des agents composant le système de santé dans son ensemble. Les analyses foisonnent en ce qui concerne les études macro-économiques et sont moins nombreuses à s'intéresser à l'échelon inférieur de la prise de décisions et pourtant

---

<sup>1</sup> La transition que traverse l'Algérie n'est pas en réalité du seul ordre économique mais une transition plurielle: économique, démographique, épidémiologique et enfin, sociopolitique.

<sup>2</sup> En fait, il existe un niveau méso économique relatif à un niveau intermédiaire entre le macro-économique et le micro-économique, en ce qui concerne la santé il s'agit de l'étude d'une région sanitaire.

l'analyse micro-économique, bien souvent ignorée, sous-tend et conditionne toute analyse globale du système de santé dans son ensemble.

Les acteurs qui composent le système de santé sont fort nombreux. Ils sont au nombre de quatre: l'Etat (ou les pouvoirs publics), la sécurité sociale (branche assurance-maladie), le système de soins et enfin, la population<sup>3</sup>. La sécurité sociale prend en charge le financement des dépenses de santé, à l'instar de l'Etat, qui injecte des ressources dans le système de soins. En plus du financement des soins, l'Etat est assigné d'une tâche qui consiste à réglementer par des textes, lois et décrets toute l'activité sanitaire. Quant au système de soins, ce dernier est constitué de structures de soins censées accueillir les malades pour les soigner en cas de maladie et qui sont dotées de moyens humains (personnel médical, personnel paramédical, personnel administratif,...) et de moyens matériels (équipement et matériel médicaux, ...) pour y parvenir. Enfin, la population exprime des besoins de soins et de santé et cherche à les satisfaire. Les agents impliqués dans le système de santé sont donc nombreux et à chacun est assigné un rôle bien précis à remplir pour la pérennité de ce système. Néanmoins, bien que les rôles soient consignés, les comportements et les attitudes des acteurs en présence ne sont pas forcément convergents. Loin s'en faut, l'Etat ainsi que la sécurité sociale se préoccupent du maintien d'un seuil raisonnable en matière de dépenses de santé en cherchant constamment à les infléchir. L'administration est préoccupée davantage par le strict respect de la rigueur budgétaire. Quant aux professionnels de la santé, que sont les médecins et autres professions paramédicales auxiliaires, leur souci majeur consiste à disposer de suffisamment de moyens thérapeutiques et cliniques pour dispenser des soins, en d'autres termes, les agents du système de santé opèrent dans un même "univers" mais avec des cloisonnements importants.

Le cloisonnement entre les différents centres de décision du système de santé ou des agents qui le composent trouve sa source dans la dissemblance d'appréciation des problèmes de santé par ces mêmes agents. En effet, les médecins qui sont dans une très grande proportion, à l'origine des dépenses de santé car c'est à leur niveau que se prescrivent les médicaments et autres traitements thérapeutiques et cliniques considèrent que l'exercice de leur profession relève purement du domaine des techniques médicales. Par contre, pour les gestionnaires du système de soins, ce sont plutôt les considérations économiques ou budgétaires qui priment dans leur processus de prise de décisions. Ces cloisonnements ont conduit les agents précités à une situation d'asymétrie informationnelle, c'est-à-dire que les médecins ne prennent que très peu en compte les considérations purement économiques dans l'exercice de leur profession et les gestionnaires méconnaissent l'activité médicale telle qu'elle est pratiquée dans leur établissement. En effet, l'absence de transcription des actes (médicaux, chirurgicaux, radiologiques,...) effectués et la non disponibilité de comptes rendus de séjours hospitaliers des malades dans les structures de soins en Algérie ne sont pas à même d'éclairer ni les gestionnaires sur l'activité médicale ni même les pouvoirs publics sur la situation épidémiologique qui prévaut dans le pays.

---

<sup>3</sup> En réalité, les acteurs qui composent le système de santé sont au nombre de six (06) car il faut ajouter à ceux déjà mentionnés : le système de soins qui, lui, se subdivise en système des soins primaires et secondaires et les fabricants de médicaments

La médecine telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui de par le monde est une médecine qui se soucie davantage des coûts qu'elle génère et de la qualité de soins qu'elle dispense. En effet, les phénomènes d'optimisation ont gagné même la pratique médicale, c'est-à-dire que cette dernière s'exerce avec des référents et standards. La médecine telle qu'elle est pratiquée "traditionnellement" relève d'une étroite relation entre le médecin et son patient. Par contre, la médecine "moderne" dépasse cette relation étroite, médecin patient, pour intégrer à la justesse de l'acte médical les pratiques qui sont considérées comme étant des références<sup>4</sup> dans l'exercice de l'activité médicale. Quant à l'administration des structures de soins, elle tend aujourd'hui à intégrer de nouveaux outils de management dans son processus de prise de décision. Des outils, longtemps, utilisés dans la sphère de la prise de décision privée mais ayant progressivement intégré la sphère de la décision publique. Ceci dit, les secteurs de la santé connaissent, à travers le monde, des réformes. Ces dernières s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations dispensées aux malades dans les structures publiques ou privées de soins ainsi que de la réduction des coûts liés à la santé.

### **Objet de la recherche**

Traiter ce thème tel qu'il vient d'être énoncé exigerait de présenter plusieurs thèses à la fois. Ce n'est pas du tout notre intention. L'objet de notre recherche consiste à identifier les éléments concernant l'évaluation de la qualité des soins tout en mettant en exergue quelques outils à même d'apporter une amélioration aux prestations de soins dispensées dans les structures publiques de santé en Algérie.

Cette évaluation se veut être un moyen pour connaître les activités qui sont développées dans les établissements de santé en Algérie. Elle cherche à caractériser toutes les insuffisances et contraintes liées à leur exercice. Elle cherche également, à identifier les moyens à même de mieux cerner les activités des professionnels de santé. Son objectif finale réside dans la recherche de l'amélioration des prestations de soins tout en considérant les résultats de soins pour situer les performances ou les contre performances de notre système de santé et de déterminer le degré de sa dépendance vis à vis des systèmes étrangers. Il s'agit, en outre, de considérer la question de financement du système de soins et de la situer au centre des préoccupations des bailleurs de fonds, en l'occurrence l'Etat et la sécurité sociale, qui ne peuvent indéfiniment financer des dépenses de santé sans rechercher un moyen de les endiguer. A l'heure actuelle, le financement des structures de santé se fait à travers plusieurs modalités entre autres : un budget global émanant de l'Etat, un forfait hôpitaux supporté par la sécurité sociale et une contribution forfaitaire d'accès aux soins supportée par les malades solvables.

---

<sup>4</sup> Référence médicale : règle objective et consensuelle de bonne pratique médicale. Elaborée par collègues d'experts, faisant suite éventuellement à des recommandations pour la pratique clinique, la référence médicale peut faire l'objet d'une utilisation dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé en permettant la mise en évidence de soins ou de prescriptions médicalement inutiles ou trop fréquemment utilisés par certains patients, qualifiés "d'opposable", la référence médicale est susceptible d'être utilisée pour sanctionner des comportements médicaux non justifiés.

## **Problématique**

Le maintien du système actuel de santé publique en Algérie nécessite des moyens de financement colossaux pour sa reproduction. La sécurité sociale peut-elle, dans les conditions actuelles de la transition plurielle que traverse le pays, continuer à financer le système de soins sans qu'aucun droit de regard ne soit lui accordée ? Autrement dit, vu que les sources de financement de la sécurité sociale sont étroitement liées au système économique et en dépendent même dans une très large proportion, celle-ci va-t-elle continuer à financer les structures de soins ou les activités qui les sous-tendent ? Certes, la sécurité sociale puise ses ressources de l'activité économique où toute surchauffe contribuant au renflouement de ses caisses, est synonyme d'excédents et toute baisse se manifeste par des déficits. Peut-on, par ailleurs, s'interroger sur le nouveau rôle qui incombe à l'Etat dans le financement des structures de soins à l'aune des changements opérés au niveau économique ?

Les aspects de la reproduction du système de santé, son financement entre autres, sont donc étroitement liés au système économique. Aussi, le changement dans le mode de gestion du système économique peut-il avoir des répercussions sur le mode de gestion du système de santé ? Il sera question, dans notre travail, d'étudier et d'analyser ses répercussions directes soient-elles ou indirectes sur le système de santé et ce, en répondant à la question principale suivante: quel est l'impact de la transition plurielle que traverse le pays sur le mode de gestion du système de santé?

## **Hypothèses de travail**

Les suppositions ou hypothèses de travail dont on tirera les conséquences sont reliées à toute la réflexion que l'on veut développer dans ce travail. Ces hypothèses s'articulent autour des points suivants :

- 1- L'effort national consenti pour la réalisation de structures de soins ainsi que la formation de professionnels de santé, jusqu'à une date récente, répondent à une logique de satisfaction des besoins sanitaires de la population en terme quantitatif.
- 2- La qualité de soins est un impératif incontournable pour les agents composants le système de santé en Algérie. Elle est, certes, recherchée aussi bien par le malade, le praticien que les pouvoirs publics, ce qui suppose donc une procédure d'évaluation.
- 3- l'actuel système d'information faisant appel à la transcription manuelle de données ne permet pas de rendre compte de toutes les activités développées par les professionnels et établissements de santé d'où la nécessité de la mise en place d'un système d'information fondé sur l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication qui constitue en soi un outil de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des soins.
- 4- L'amélioration de la qualité de soins n'est pas synonyme d'augmentation des dépenses de santé.

## Méthodologie de la recherche

Le concept d'évaluation de la qualité est un concept emprunté au monde industriel. En effet, celui-ci est considéré comme l'outil d'incitation à l'amélioration des performances et de la compétitivité des entreprises. Très vite, le concept suscite de l'intérêt chez les chercheurs en économie de la santé. Ainsi, plusieurs études, ayant trait à la question de l'évaluation de la qualité de soins, sont ainsi menées. Toutes s'accordent sur les éléments identifiés dans les travaux d'*Avedis Donabedian* qui est le pionnier à avoir déterminé les éléments constitutifs de l'évaluation de la qualité des soins, à savoir : l'évaluation des structures de soins, l'évaluation des procédures de soins et enfin, l'évaluation des résultats de soins.

Aussi, pour la réalisation de ce travail, une large consultation des auteurs ayant travaillé sur le thème de l'évaluation de la qualité de soins s'impose. Par ailleurs, le recours aux données établies par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, de l'office national de statistiques, de l'institut national de santé publique et de diverses autres sources est nécessaire. De même des textes et lois sont passés en revue. Le thème étant d'actualité, les publications dans des revues spécialisées se font, très nombreuses, ce qui nous conduit à une vaste collecte d'articles et de publications. Ce travail s'appuie également sur des apports universitaires (thèses et de mémoires).

Précisons enfin, que l'analyse se porte tantôt sur une échelle macro-économique et tantôt sur une échelle micro-économique. L'échelle macro-économique est privilégiée lorsqu'il s'agit d'agrèger le nombre de structures, de personnels et d'équipements existants au niveau national afin de faire une évaluation sur la disponibilité de ces quelques éléments de soins en nombre suffisant ou lorsqu'il s'agit de déterminer les résultats de santé. Quant à l'échelle micro-économique, celle-ci paraît être le moyen, le plus judicieux, de constater l'état d'existence de procédures écrites rendant compte de la façon dont sont effectués les actes de soins dans les établissements de santé en Algérie. Par ailleurs, l'analyse portée au niveau micro-économique permet d'appréhender certains aspects de la gestion<sup>5</sup> au sein de ces établissements.

## L'utilité du sujet

Les systèmes de santé à travers le monde tendent, à un moment donné de leur évolution, à se distinguer les uns des autres par les dépenses, de plus en plus, importantes qui sont consenties par chacun d'eux pour la prise en charge des besoins sanitaires de leurs populations respectives. C'est l'époque où le meilleur système de santé est celui qui consacre la part la plus importante de son produit intérieur brut (PIB) pour les dépenses de santé. Passé ce moment d'euphorie et après l'envolée de ces dernières, le temps de leur endiguement est enfin venu. Aujourd'hui, les meilleurs systèmes de santé sont ceux qui arrivent à maîtriser leurs dépenses tout en améliorant la qualité des soins dispensés. En effet, la qualité de

---

<sup>5</sup> Nous nous sommes penchés sur la gestion des ressources humaines dans ces établissements (dans la deuxième partie de la thèse) en la considérant comme un véritable moteur de changement que ce soit au niveau des pratiques exercées ou au niveau des performances.

soins devient un sujet attrayant qui intéresse plusieurs chercheurs en économie de la santé, à travers le monde, dont les travaux s'orientent vers la recherche d'instruments susceptibles d'apporter une amélioration continue des prestations de soins.

### **Plan de restitution**

La restitution des résultats du travail de recherche livré s'articule autour de deux grandes parties. La première partie a pour objet de traiter de l'évaluation de la qualité de soins. Elle est scindée en quatre chapitres. Le premier chapitre est consacré aux différents systèmes de santé existants, à travers le monde, où il est question de présenter les acteurs qui composent ces systèmes ainsi que leurs modes de gestion pour enchaîner sur le système national de santé en Algérie de l'indépendance à nos jours. Le deuxième chapitre se penche sur l'évaluation des structures de soins comme première étape de l'évaluation de la qualité de soins. Ce chapitre comporte une évaluation des structures de soins à l'échelle du pays tout entier et une évaluation portant sur les structures de soins à l'échelle d'un établissement de santé où il est question de traiter du fonctionnement général de ces établissements et des différents éléments structurels de soins. Le troisième chapitre est consacré à l'évaluation des procédures de soins comme deuxième étape de l'évaluation de la qualité de soins. Il retrace une évaluation des activités développées par les professionnels de santé que sont les médecins et les paramédicaux. Quant au dernier chapitre de cette partie, faisant l'objet de la troisième étape de l'évaluation de la qualité des soins, celui-ci tourne autour de l'évaluation des résultats de santé obtenus par notre système de santé et de sa dépendance vis-à-vis des systèmes étrangers.

La deuxième partie se veut une contribution mettant en exergue quelques outils susceptibles d'apporter des changements dans les pratiques au sein des structures publiques de santé en Algérie en vue d'une amélioration de la qualité de diverses prestations de soins dispensées. Aussi, après avoir passé en relief, les missions et les contraintes inhérentes à leur exercice de la part de la sécurité sociale dans un premier chapitre, nous nous sommes penchés sur la contractualisation des relations liant les organismes de la sécurité sociale, les établissements de santé et les directions de l'action sociale au niveau des wilaya dans un deuxième chapitre. La contractualisation se présente comme le nouveau socle sur lequel se basent les relations entre la sécurité sociale en tant que bailleur de fonds des établissements de santé en Algérie. Désormais, la sécurité sociale doit établir des relations avec ses partenaires sur la base contractuelle, ce qui veut dire, que les financements alloués seront fonction des activités réalisées. Le troisième chapitre est consacré à l'accréditation des établissements de santé comme un nouvel outil d'incitation et de l'assurance qualité. Le quatrième chapitre retrace l'enjeu actuel de l'introduction d'une gestion dynamique des ressources humaines considérée comme un véritable moteur de changement dans les établissements de santé en Algérie. Enfin, le dernier chapitre met en relief l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication au système de soins.

# Première partie

## Evaluation de la qualité des soins

### Introduction

L'*American Public Health Association* définit l'évaluation comme suit : « l'évaluation est la méthode de détermination de la valeur<sup>6</sup> ou du degré de succès dans l'atteinte d'un objectif prédéterminé ». Cette évaluation peut concerner le système de santé dans son ensemble, du système de soins dans sa composante primaire ou secondaire, l'appréciation du fonctionnement d'un établissement de santé à l'exemple d'un hôpital, l'évaluation peut porter sur un service hospitalier, sur une procédure diagnostique ou encore sur la compétence individuelle ou du collectif de médecins, d'infirmiers ou de techniciens. Par ailleurs, l'évaluation peut concerner les bénéficiaires du système de soins à l'exemple d'un individu donné, d'un groupe d'individus ayant en commun une pathologie donnée, la population utilisant effectivement une institution ou encore une population desservie théoriquement par cette institution. Au sein de ces institutions, il est un domaine particulier d'évaluation, celui de la qualité des soins. Par soins, on entend les actions par lesquelles le personnel médical, infirmier ou technique s'emploie à conserver ou rétablir la santé. Par ailleurs, le mot soin a une connotation d'action appliquée, ordonnée et scrupuleuse. Le médecin est tenu de donner des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science. Par conséquent, évaluer « la qualité des soins » c'est apprécier le degré d'excellence de ces actions de soins.

Dans cette première partie, il s'agit pour nous d'évaluer les soins prodigués dans le système de santé algérien, en d'autres termes d'apprécier leur qualité. Néanmoins, il serait souhaitable de cerner ce concept de qualité des soins pour enfin, lui donner une définition plus précise. Disons de prime abord qu'il est difficile de définir la qualité des soins car le concept de qualité est une notion évasive, qui varie dans le temps, dans l'espace, suivant les personnes ainsi que les points de vue<sup>7</sup>. En effet, la définition de la qualité des soins a changé de contenu avec le temps et ce en suivant le degré de développement opéré dans les connaissances médicales tout comme elle change suivant les pays et les valeurs culturelles des différentes sociétés. Enfin, la qualité des soins est appréciée différemment selon qu'il s'agit de l'évaluation du médecin lorsque celui ci prodigue des soins à un malade ou que l'évaluation de cette qualité des soins soit appréciée par le malade lui même<sup>8</sup>.

La médecine de qualité ou la bonne médecine : « est celle qui est pratiquée et enseignée par les leaders reconnus de la profession médicale à un moment donné du développement social, culturel et professionnel d'une communauté ou d'un groupe

---

<sup>6</sup> La valeur est définie par le Robert comme le caractère de ce qui répond aux normes idéales de son type, qui a de la qualité (voir qualité, mérite)- qualité de ce qui produit l'effet souhaité (voir efficacité, utilité).

<sup>7</sup> Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992

<sup>8</sup> Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992

de population particulier ». Cette définition d'une médecine de qualité, qu'on doit à Lee. R et Jones L.W en 1933<sup>9</sup>, est une définition professionnelle qui considère les médecins comme seuls aptes à déterminer ce qu'est une médecine de qualité. Une autre définition nous est donnée par Payne<sup>10</sup> en 1966 qui considère la qualité médicale ou des soins comme étant « le niveau d'excellence produit et documenté dans les procédures diagnostiques et thérapeutiques, basé sur le dernier état de la science et des sciences humaines et qui aboutit au minimum de morbidité et de mortalité dans la population ». Cette définition introduit d'autres éléments dans sa définition de la qualité des soins. En effet, celle ci considère que la qualité médicale doit être explicitement consignée, en d'autres termes qu'il faut impérativement garder trace des procédures diagnostiques et thérapeutiques effectuées sur les malades mais également parvenir par cette médecine de qualité à réduire au minimum la morbidité et la mortalité dans la population synonyme de résultats dans l'appréciation de la qualité des soins. Quant aux sciences humaines ayant été citées par Payne celui-ci les inclut dans les bases scientifiques nécessaires à l'exercice d'une médecine de qualité.

Quant à Esselstyn<sup>11</sup>, celui-ci affirme que : « les standards de la qualité des soins devraient être basés sur le degré auquel les soins sont accessibles, acceptables, globaux, continus, et documentés, et une thérapeutique pertinente fondée sur un diagnostic appropriée... ». La notion fondamentale introduite par Esselstyn c'est celle de la définition de standards dans l'évaluation de la qualité des soins. Par ailleurs Esselstyn introduit aussi bien des éléments d'appréciation du système de soins, à savoir un système produisant des soins accessibles que des éléments de la prise en charge des malades, à savoir prodigués des soins globaux et continus c'est à dire qu'il y ait un suivi dans la prise en charge des malades ainsi que des éléments d'appréciation des soins par ces malades eux- mêmes (soins acceptables) et enfin des exigences quant aux activités médicales à savoir que les soins répondent aux exigences professionnelles et qu'ils soient consignés quelque part sur un support quelconque (résumé succinct de sortie, dossier médical...).

Selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S), l'évaluation de la qualité des soins doit permettre « de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour un même résultat au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en

---

<sup>9</sup> Lee R & Jones L.W. « The fundamentals of good medical care », publications of the committee on the costs of medical care. N°22, Chicago University Press, 1933 in Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992

<sup>10</sup> American public health association, program Area committee on medical care administration, workshop on medical care appraisal –operational aspects, New York: Nov.11, 1966 in Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », éditions Economica, Paris, 1992

<sup>11</sup> Esselstyn C.B. « Principles of physician remuneration »papers and proceedings of the national conference on labor health services: Washington DC, June-16-17, 1958. Washington DC. American labor health association, 1958 in Giraud.A« Evaluation médicale des soins hospitaliers », éditions Economica, Paris, 1992

termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins, c'est une procédure scientifique et systématique ».

Maintenant que nous avons défini la qualité des soins, il serait souhaitable de déterminer les objets de l'évaluation de cette qualité des soins. En effet, lorsque l'on parle d'évaluation, il y a lieu de distinguer : **l'évaluation des structures de soins** scindée en deux axes l'un concernant l'évaluation macro structurelle de l'offre de soins (locaux, matériels, personnels), le second volet porte sur l'évaluation micro structurelle de l'offre de soins, **l'évaluation des procédures de soins** (procédures diagnostiques et thérapeutiques, aspects organisationnels et relationnels) et enfin, **l'évaluation des résultats** (mortalité, morbidité, dépendance). Ce sont là les trois objets de l'évaluation de la qualité des soins : les structures de soins, les procédures de soins et les résultats des soins.

Cette première partie a donc pour objet l'identification des éléments composants la qualité de soins. Toutefois, une présentation sommaire des différents systèmes de santé à travers le monde ainsi que leur mode de gestion s'impose dans la mesure où les systèmes de santé à leur genèse ne reposaient pas sur les mêmes principes. En effet, il existe plusieurs systèmes à savoir : le système *bismarckien*, le système *beveridgien* et enfin, le système mixte américain. Chacun des systèmes trouve son originalité dans la logique qui anime chacun des acteurs qui le composent. Le mode de financement de chacun de ces systèmes est différent. En effet, pour le système *bismarckien*, le financement engage la parafiscalité tandis que le système *beveridgien* engage directement les finances publiques alors que le système américain fait appel aux dépenses publiques et aux dépenses des particuliers sous forme de plans d'assurance santé. La couverture des risques dans le premier système est fonction des cotisations supportées alors que dans le deuxième système la couverture des risques est universelle. Dans le système américain, les personnes aisées qui arrivent à souscrire des plans d'assurance santé sont couvertes contre les risques susceptibles de les affecter tandis que les pauvres attendent l'assistance de l'Etat fédéral. En dépit de leur différence à leur genèse, ces systèmes ont tous évolué pour donner les systèmes existants, aujourd'hui, qui sont de formes hybrides, résultats de multiples réformes opérées sur les formes originelles dominantes.

# Chapitre I

## Les systèmes de santé dans le monde : acteurs et modes de gestion

### Introduction

Ce chapitre introductif a pour objet principal de revisiter les formes originelles dominantes des systèmes de santé existants à travers le monde ainsi que leur mode de gestion. L'intérêt de cette rétrospective reste de dire qu'au-delà des divergences fondamentales de ces systèmes à leurs débuts, il n'en demeure pas moins que ces derniers ont évolué, en ce sens que des aspects positifs inhérents à certaines des formes originelles ont été intégrés dans d'autres pour parer aux limites et dysfonctionnements constatés au cours de l'évolution des différentes formes pour donner enfin, les formes actuelles des systèmes de santé qui ne sont autres que des formes hybrides.

De ce fait, il ne s'agit pas pour nous de faire du simple descriptif à travers la présentation de ces systèmes. Néanmoins, notre souci majeur est de faire le constat que notre système de santé n'est pour autant pas un système figé. Il est, de ce fait, appelé à évoluer, à chaque fois que cela est nécessaire, non pour des raisons du mimétisme des développements qui s'opèrent à travers le monde, mais en raison des changements qui interviennent, dans notre pays, que ce soit sur la scène économique, démographique, sociale et épidémiologique.

Les systèmes de santé<sup>12</sup> sont des corollaires des systèmes de protection sociale<sup>13</sup> dont l'objectif majeur est de conférer, soit aux personnes protégées affiliées à la sécurité sociale supportant des cotisations en contrepartie d'un certain nombre de prestations fournies, soit à toute la population, dans le cas d'un accès universel au système de soins, l'accès à des soins médicaux en cas de maladie. Ces derniers sont en fait des systèmes de protection contre la maladie.

La forme de protection sociale la plus ancienne est celle qui est apparue en Allemagne, introduite par le chancelier *Bismarck* en 1883. Ce modèle portant le nom de son concepteur, donc le modèle de *Bismarck*, instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et financées par des cotisations patronales et salariales. Cette modalité de couverture des risques n'engage pas directement les finances publiques<sup>14</sup> mais engage la parafiscalité qui inclut les cotisations sociales<sup>15</sup>.

---

<sup>12</sup> Oufriha F.Z. « Les systèmes de santé dans le monde » in Cahiers du CREAD n° 27 /28 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> trimestre 1992.

<sup>13</sup> La protection sociale englobe tous les risques susceptibles d'affecter un individu tels le risque maladie pris en charge par l'assurance maladie, le risque vieillesse pris en charge par la caisse nationale des retraites et de tant d'autres risques.

<sup>14</sup> Ou l'ensemble de mécanismes de prélèvement et de réaffectation de ressources en fonction de la poursuite d'objectifs correspondant à l'intérêt général.

<sup>15</sup> La parafiscalité est un ensemble de taxes affectées à des organismes précis de l'Etat entre autres à la sécurité sociale

La deuxième forme de protection sociale est celle qui est mise en place en Grande Bretagne, en 1948 par le *Lord Beveridge*, qui, instaure un système universel de protection sociale sans affiliation professionnelle couvrant les mêmes risques que le modèle de *Bismarck* à savoir: les accidents de travail, la maladie, l'invalidité et des garanties de ressources pour les plus démunis. Ce modèle engage directement les finances publiques puisque le financement de toutes ces prestations repose sur la masse des impôts collectée par l'Etat.

Quant à la troisième forme de protection sociale, cette dernière s'est implantée aux Etats-Unis d'Amérique. Le modèle américain est un système mixte qui combine à la fois deux types de mesures : mesures d'assistance destinées aux familles démunies, totalement prises en charge, par les dépenses publiques et des mesures assuranciennes proposées par les employeurs pour leur personnel sous forme de plans d'assurance santé. Ces derniers sont également souscrits à titre individuel. En fait, ce système mixte pèse lourdement aussi bien sur les dépenses publiques que sur les entreprises américaines contraintes de verser des primes aux assureurs pour la santé de leur personnel, ce qui en définitive, se répercutent sur les prix de revient de leurs produits mais, en réalité, les entreprises qui supportent le paiement de ces primes bénéficient de dégrèvements fiscaux.

Le système de protection sociale en Algérie est une combinaison entre le modèle de *Bismarck* (Allemagne) qui instaure des assurances sociales fondées sur une affiliation professionnelle et le modèle de *Beveridge* (Angleterre) qui associe l'Etat à son financement. Par conséquent, le système de santé algérien est celui qui est financé par la sécurité sociale, elle-même prélevant des cotisations sur ses affiliés, par l'Etat prélevant des impôts sur la collectivité et enfin, dans une moindre proportion, par les ménages solvables en payant une contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les acteurs du système de santé et du rôle afférant à chacun. Ces derniers se composent de la population, du système de soins dans sa composante primaire et secondaire, des organismes de la sécurité sociale et enfin, des pouvoirs publics. Il sera aussi question de mettre l'accent sur les différents modes de gestion des systèmes de santé à travers le monde que sont :

- le mode de gestion libéral et contractuel du système de santé qui considère le marché comme le garant de la liberté et de l'efficacité de ce système ;
- le mode de gestion intégré et planifié qui considère les pouvoirs publics et les assurances sociales comme les garants de l'équité de l'accès aux soins ;
- le mode de gestion incitative qui est un mode expérimental qui repose sur la mise en concurrence des producteurs de soins et les assurances maladie d'une part, ainsi que sur la mise en concurrence des assurances maladies et ses adhérents d'autre part. Enfin, on mettra l'accent sur les différentes phases de développement du système de santé en Algérie de 1962 à nos jours en prenant le soin de présenter les caractéristiques inhérentes à chacune de ces phases.

A signaler que nous avons focalisé notre attention sur la mise en évidence du système public de soins car on considère que c'est le secteur le plus ancien et pour lequel les pouvoirs publics ont consenti beaucoup d'efforts pour son édification et sa consolidation. Il est de surcroît, présenté par les pouvoirs publics comme le secteur à même de réaliser l'équité d'accès aux soins alors que le secteur privé présente bien des disparités quant à cette accessibilité pour toutes les franges de la population algérienne puisque c'est un secteur apte à capter la demande de soins des ménages solvables. Néanmoins, le secteur privé est appelé à jouer le rôle qui est le sien en captant toute cette demande solvable, ce qui permet de décharger le secteur public. Pour les pouvoirs publics, il n'existe, aujourd'hui, point de différence entre ces deux secteurs.

## **I- les acteurs du système de santé**

Tout système de santé possède une structure simple où cinq acteurs sont représentés et enfermés dans des rôles et des stratégies facilement identifiables<sup>16</sup> (voir schéma n°01).

- 1. La population :** le premier acteur du système de santé n'est autre qu'une population à l'usage de qui ce système est organisé et destiné. En effet, la finalité de tout système de santé c'est la satisfaction des besoins de santé de sa population respective. Cette population est hétérogène puisque l'on trouve des malades et des biens portants, des jeunes, des vieux, des riches, des pauvres etc.... Parmi cette population, il y a ceux qui utilisent, peu ou prou, ce système de santé mais, en réalité, c'est du système de soins dont il s'agit. Les malades ont des exigences illimités ou constantes et recourent, le plus souvent, à ce système de soins (corollaire du système de santé). Les biens portants n'utilisent que très peu ou pas du tout ce système ainsi constitué. Néanmoins, "tout le monde", biens portants ou malades doivent en supporter les cotisations sociales. Ces cotisations peuvent être volontaires dans le cas de la prévoyance libre, ou obligatoire, quand la prévoyance est obligatoire. Cette ponction de ressources est perçue par cette population comme une amputation de son pouvoir d'achat car ôter de ses revenus primaires, les prestations qui lui sont versés constituent pour elle, par contre, des revenus secondaires.
- 2. Le système des soins primaires<sup>17</sup> :** le deuxième acteur du système de santé n'est autre que son corollaire le système de soins. Ce dernier, se subdivise en système des soins primaires et secondaires. Le système des soins primaires répond à une demande de soins exprimée spontanément par la population : il s'agit des besoins de soins individuels de la population (premières visites ou consultations, urgences à l'hôpital etc....). En outre, les besoins sociaux n'ayant pas été suffisamment pris en charge par les pouvoirs publics, à travers une politique sociale, tournée vers les plus démunis peuvent se médicaliser et s'exprimer sous forme d'une demande de soins à ce système

---

<sup>16</sup> Intignano.M & B Stephan.J.C "Les acteurs du système de santé; les trois jeux dans les pays industrialisés » extrait de l'ouvrage collectif « Hippocrate et les technocrates », Calmann Lévy, Paris, 1983.

<sup>17</sup> La demande de soins primaire équivaut aux consultations ou aux urgences assurées à l'hôpital.

des soins primaires.

3. **Le système des soins secondaires**<sup>18</sup> : ce dernier, précise et oriente la demande de soins spontanée vers des examens de radiologie, de laboratoire ou carrément vers une hospitalisation. Ce sont les professionnels de la santé qui définissent, en définitive, et plus précisément la panoplie de soins à suivre par le malade. Notons que la demande de soins secondaires peut susciter une demande induite, c'est-à-dire, une demande motivée non pas par des besoins individuels de la part des malades mais par l'intérêt propre du médecin destiné à préserver ses revenus, ou de ceux de l'hôpital, à l'exemple d'hospitalisations prolongées, inutiles pour la santé des malades ayant pour seule motivation: le remplissage des lits des hôpitaux pour un maximum de revenus.
4. **Les organismes d'assurance maladie** : ces derniers peuvent être des organismes publics ou privés. Le rôle que jouent ces organismes consiste en une répartition des charges financières des risques allant peser sur les individus en les transférant sur l'ensemble de la population, ou du moins, sur la population assurée afin que la couverture des risques soit socialisée. Les organismes publics ne s'assignent pas le profit comme un objectif, leur préoccupation est que leurs dépenses soient couvertes au moyen de leurs recettes. Par contre, les organismes privés d'assurance maladie ont pour vocation de dégager des excédents. Les assurances maladies se répartissent en fait en trois catégories selon que l'assurance maladie est facultative ou ce que l'on appelle la prévoyance libre. L'assurance maladie peut aussi être obligatoire ou enfin, universelle.
  - **L'assurance maladie facultative ou la prévoyance libre**: on dit d'une assurance maladie qu'elle est facultative, donc qui n'est pas obligatoire, lorsque la population est libre de s'assurer ou pas, tel est le cas, de beaucoup de pays en voie de développement qui prônent ce type d'assurances, mais également de pays développés à l'exemple de la Suisse et des Etats-Unis d'Amérique. En effet, 97 % de la population suisse est assurée d'une façon purement volontaire<sup>19</sup>. Plus encore, en Suisse l'assurance est personnelle, ce qui veut dire, que les membres d'une même famille doivent s'assurer individuellement pour pouvoir prétendre à des prestations fournies à titre individuel<sup>20</sup>. L'assurance maladie aux Etats-Unis d'Amérique relève de l'activité privée, en d'autres termes, la protection sociale ou la couverture de certains risques n'est pas généralisée à toute la population qui, désormais, est contrainte de négocier des plans d'assurance à titre

---

<sup>18</sup> La demande de soins secondaire est celle qui est orientée par les professionnels de santé, qui effectuent différents examens sur les malades ou décident carrément de leur hospitalisation dans les services hospitaliers.

<sup>19</sup> Oufriha F.Z. « Les systèmes de santé dans le monde » op. Cité

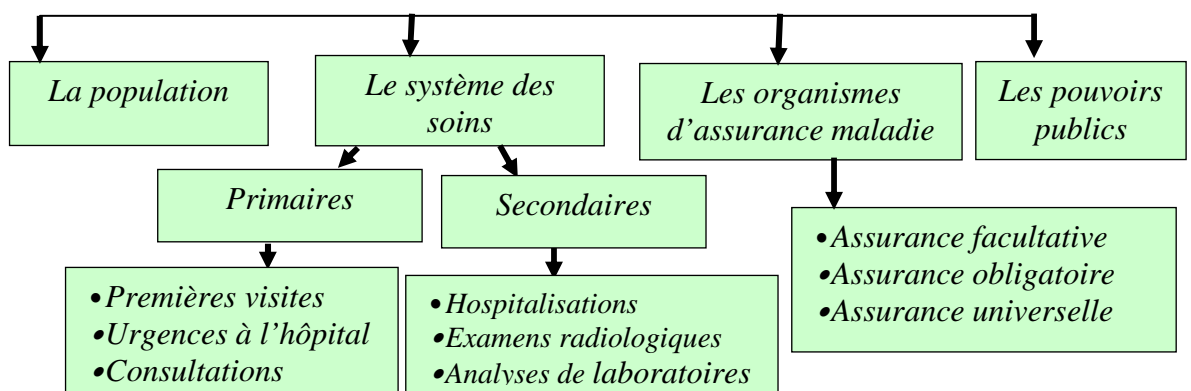
<sup>20</sup> Pas d'ayants droits: un membre d'une même famille cotise à l'assurance maladie et bénéficie de certaines prestations, les autres membres de cette même famille ne peuvent se prévaloir de bénéficier des mêmes prestations.

individuel ou par le biais des entreprises qui souscrivent des plans d'assurances au profit de leur personnel. Néanmoins, les personnes démunies bénéficient de régimes publics tel que Medicaid ou Medicare<sup>21</sup> qui couvre l'hospitalisation des personnes âgées et handicapées.

- **L'assurance maladie obligatoire:** on dit d'une assurance maladie qu'elle est obligatoire lorsque les catégories bien déterminées de la population (population active) doivent s'affilier à un ou plusieurs régimes de protection sociale en supportant d'une manière obligatoire des cotisations sociales tout en bénéficiant en retour (en cas de maladie, d'invalidité, de vieillesse...) de prestations pour eux mêmes ainsi que pour les membres de leurs familles (ayants droit).
- **L'assurance maladie universelle:** deux arguments distinguent entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie universelle. En effet, pour cette dernière les prestations dont bénéficient les assurés ne sont guère assujetties à une quelconque obligation de cotiser à l'assurance maladie étant donné que ce sont les pouvoirs publics qui assurent la couverture universelle des risques pour toute la population.

**5. Les pouvoirs publics :** ces derniers ont la charge de veiller sur les grands intérêts collectifs de la nation et des équilibres macro-économiques induits par l'activité économique. Ils sont, également, interpellés lorsqu'il s'agit de préserver la santé publique, élaborent les politiques de santé et veillent aux besoins sociaux de la population par une politique sociale appropriée.

*Schéma n°1 : représentation des acteurs du système de santé*



*Source : effectué par nos soins sur la base des développements contenus dans le texte*

<sup>21</sup> Depuis 1965, le programme Medicare couvre aux Etats-Unis les soins hospitaliers et médicaux des personnes âgées et handicapées. Ce programme a permis d'augmenter et d'améliorer l'accès aux soins des plus démunis, il a aussi contribué à l'explosion des dépenses hospitalières dans ce pays.

## II- Les modes de gestion du système de santé

Les relations qu'entretiennent les cinq acteurs définissent, en définitive, le mode de gestion du système de santé. Dans les pays développés, ces modes de gestion<sup>22</sup> sont au nombre de trois (03) :

- le mode de gestion libéral et contractuel ou le mode de gestion à l'américaine: auxquels appartiennent les Etats-Unis d'Amérique, les Pays Bas, la Belgique, l'Autriche...
- le mode de gestion intégré et planifié: élaboré en Grande Bretagne, en suède, au Canada, en Italie et dans les pays de l'Est.
- le mode de gestion incitative: qui, toutefois, reste un modèle expérimental et partiel qui s'est développé pour pallier les insuffisances des systèmes traditionnels à l'exemple des « health maintenance organization » « HMO », en d'autres termes les organismes d'entretien de la santé apparus aux Etats Unis d'Amérique.

### 1- Le mode de gestion libéral et contractuel du système de santé

Dans ce mode de gestion, les relations entre les cinq principaux acteurs du système de santé sont fondées sur la conviction suivante: le marché où se négocieraient les prix, les services des médecins et des hôpitaux constitue le seul garant de la liberté et de l'efficacité du système de santé. Toutefois, les pouvoirs publics interviennent quand les conditions traditionnelles de fonctionnement du marché libéral ne sont pas réunies. Cette intervention se fait à travers le strict respect d'une certaine réglementation.

Au départ, la prise en charge des coûts individuels de soins dans ces pays est du ressort de l'assurance privée mais avec le développement des social-démocraties, le souci d'équité a trouvé toute son importance, qui, en progressant a favorisé les assurances publiques à l'exemple de *Medicare* et *Medicaid* aux Etats-Unis d'Amérique qui protègent les personnes âgées et les nécessiteux. La profession médicale, dans ces pays, est importante au point qu'elle représente le pivot du système dans son ensemble. Aussi, l'association médicale américaine ou l'AMA (*American Medical Association*) joue un rôle capital dans l'orientation de l'ensemble du système de santé aux Etats-Unis d'Amérique.

La rémunération des médecins dans ce système se fait à l'acte et pour l'hôpital c'est la tarification à la journée qui est appliquée. Ce sont là, les revenus des médecins et des hôpitaux qui sont, en même temps, la dépense facturée à l'assurance maladie. Cette dépense est le produit de la tarification à l'acte ou à la journée par la quantité de soins produite. Ceci dit, les assurances maladie et les pouvoirs publics ont de tout temps cherché à gérer ce système de santé, soit de contrôler la tarification appliquée par les médecins et les hôpitaux, soit la quantité de soins produite. En d'autres termes, la gestion du système de santé et son contrôle se fait en agissant sur l'offre et /ou sur la demande de soins.

---

<sup>22</sup> Ou les trois jeux principaux dans les pays industrialisés.

La gestion du système de santé par le contrôle de la demande repose sur le principe du ticket modérateur qui suppose que le médecin et son malade diminueront de leur consommation de soins si les assurances maladies ne les remboursent pas totalement. Néanmoins, les conclusions de nombreuses études<sup>23</sup> ne donnent pas toujours les résultats escomptés quant à l'influence du ticket modérateur sur la diminution de la consommation de soins. En effet, les conclusions de ces études démontrent que le patient n'est pas indifférent aux coûts des soins, mais les possibilités de réduction de sa consommation médicale avec l'introduction du ticket modérateur sont, toutefois, limitées. Pire encore, ces études ressortent les effets pervers du ticket modérateur pesant plus sur les nécessiteux qui diminuent de leur consommation médicale alors que les personnes aisées l'augmentent. L'autre limite du ticket modérateur consiste en un déplacement de la demande de soins vers des soins plus lourds mais mieux remboursés comme l'hospitalisation, ce qui est à même d'augmenter le coût total de la prise en charge des malades. Par conséquent, le ticket modérateur est sélectif car il constitue une barrière à l'accès aux soins pour les nécessiteux, et augmente le coût de prise en charge des malades qui demandent des soins plus lourds mais mieux remboursés. Le ticket modérateur agit sur la demande de soins primaires alors que celle-ci peut être satisfaite sans trop générer de coûts et de demande induite de soins, de même, qu'il est peu efficace et même coûteux lorsqu'il s'agit de la demande de soins secondaires. L'action sur la demande de soins secondaires est plus complexe et se fait par la fixation des honoraires (ou des nomenclatures des honoraires) qui reflètent les coûts relatifs des actes plus ou moins spécialisés. Parfois, on agit sur la demande de soins secondaires en adaptant une médecine salariée. Dans les pays concernés par ce mode de gestion, le contrôle autoritaire du prix unitaire n'est pas la règle mais il y a eu quand même des tentatives de restriction sur le montant des honoraires. Néanmoins, lorsque ces restrictions interviennent, les médecins ont tendance à augmenter le nombre d'actes effectués sur leurs patients, donc à développer une demande induite. Aussi, les actes les plus rentables se multiplient car générant plus de revenus aux praticiens.

Les établissements hospitaliers sont financés par un prix de journée. Ce mécanisme de financement des établissements hospitaliers est jugé inflationniste car leurs budgets ou plus précisément leurs recettes sont le produit de ce prix par le nombre de journées réalisées. Par conséquent, augmenter le taux d'occupation des lits, qui, représente la variable essentielle de la gestion de tels établissements, devient un moyen d'équilibrer leurs budgets et même de réaliser des excédents combien même les pouvoirs publics et/ ou les assurances sociales tentent de limiter les hausses du prix de journée.

Les économistes de la santé américains ont compris que l'analyse du comportement des malades n'est que très peu intéressante car limitée à la demande primaire. Ceci dit, ils ont fini par abandonner cette piste d'analyse pour s'intéresser aux comportements des médecins et des hôpitaux en tant que demandeurs de soins secondaires puisque c'est à leur niveau que se dessine la panoplie de soins à prescrire aux patients. En effet, les économistes de la santé américains et de nombreux autres pays ne s'intéressent plus, désormais, à la seule tarification des

---

<sup>23</sup> O.M.S "Economic research in health services growth", Euro-reports and studies, n° 52, 1982.

honoraires et à des prix unitaires jugés très peu efficaces quant à la diminution de la quantité de soins demandée par les patients ainsi qu'à la réduction des coûts de leur prise en charge. Par conséquent, le contrôle est orienté vers les prescriptions ambulatoires des médecins et les admissions ou durées de séjours à l'hôpital. Le contrôle se fait donc sur la quantité demandée mais aussi et surtout sur la qualité des soins prodigués aux malades. Les comités médicaux d'évaluation des soins<sup>24</sup> sont créés aux Etats-Unis d'Amérique en 1973, appelés « *professional standard review organisation (PSRO)*<sup>25</sup> », composés essentiellement de médecins. Ces derniers vérifient que les critères d'admission et les durées de séjours dans les hôpitaux sont conformes aux normes de qualité admise par le groupe de *PSRO*.

Le contrôle sur la qualité de soins a amené les médecins à fixer le niveau de la qualité des soins toujours plus haut. Le développement des techniques médicales et la généralisation de l'assurance maladie font augmenter la qualité de soins et diminuer en même temps le risque lié à la maladie. En effet, le médecin recourt de plus en plus à des techniques médicales plus avancées, quant à la pose du diagnostic, et le traitement à prescrire pour un malade devient de ce fait un jeu d'enfant. Néanmoins, l'utilisation de ces techniques génère des coûts supplémentaires en matière de santé. Quant aux mécanismes de l'assurance, ces derniers peuvent entraîner des effets pervers sur le comportement des agents assurés. Le fait d'être assuré modifie le comportement de l'agent. En effet, la couverture sociale peut, dans certains cas, favoriser une surconsommation médicale c'est ce qu'on appelle le risque moral "*the moral hazard*". Ainsi, dans le mode de gestion libéral du système de santé, il y a absence de contraintes micro-économiques de prise en charge des coûts car ni le médecin ni le patient ne font la relation entre leur demande de soins et le coût qui en découle. Par conséquent, les médecins soucieux de la qualité des soins ont tendance à exiger des soins de haute technicité et les malades qui sont assurés socialement consomment, de plus en plus, des soins sans modération.

Les pays à organisation libérale (Etats-Unis, Autriche etc....) ont géré leurs systèmes de santé en agissant sur la demande de soins et en utilisant des instruments de gestion peu efficaces quant à la réduction des coûts de la santé comme cela a été, précédemment, décrit. Aussi, ce mode de gestion n'a pas tellement posé de problèmes dans les années soixante dix. Par contre, avec l'avènement de la crise de 1974, la contrainte de financement collectif des dépenses de santé devient plus pesante. Par conséquent, ces pays ont complètement orienté leurs actions vers l'offre de soins. En effet, des études américaines et européennes démontrent l'action déterminante de l'offre de soins sur la demande. C'est ainsi que la densité de médecins spécialistes, de chirurgiens et le nombre important de lits sont à même d'agir, considérablement, sur la consommation médicale. En revanche, la densité de médecins généralistes ne modifie pas la demande de soins parce qu'il s'agit essentiellement d'une demande primaire. Le contrôle sur l'offre de soins se fait à travers une planification du nombre des médecins, des personnels, des équipements

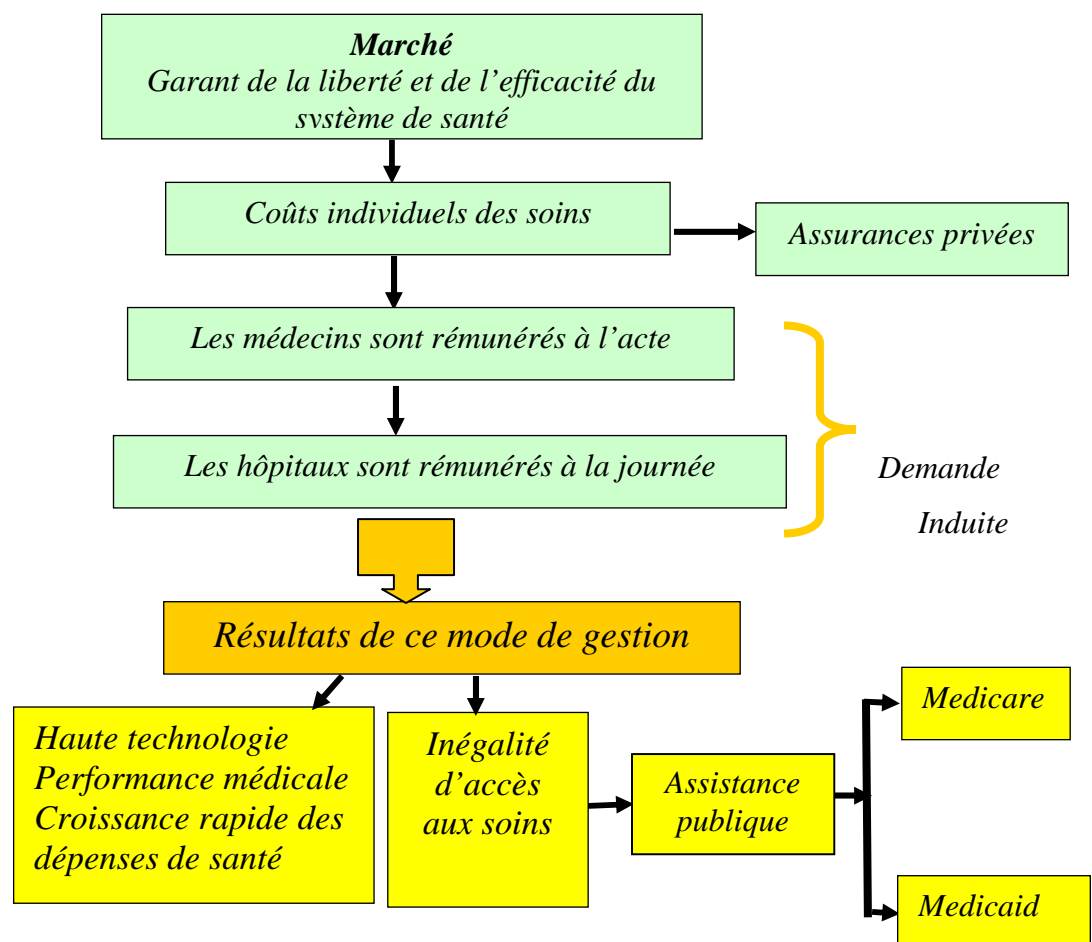
---

<sup>24</sup> PSRO : professional standard review organisation.

<sup>25</sup> Les comités médicaux d'évaluation vérifient que les critères d'admission et les durées de séjours dans les hôpitaux sont conformes aux normes de qualité admise par le groupe de PSRO. En somme, ils contrôlent la qualité des soins.

hospitaliers et des techniques médicales lourdes. C'est aux Etats-Unis d'Amérique, que les premières expériences d'évaluation de la technologie médicale sont menées car ces technologies engloutissent tant d'argent d'où l'intérêt de s'interroger sur une telle opportunité. Le congrès américain a créé « *l'office of technology assessment* » « *l'OTA* » qui a pour mission d'analyser les conséquences médicales, sociales, économiques et éthiques du progrès technique en médecine. Une multitude d'autres organismes se sont par la suite intéressés à l'évaluation de la technologie médicale en élaborant des critères de jugement sur les aspects moraux, financiers, médicaux et sociologiques liés à cette technologie. Néanmoins, la planification de la technologie médicale est difficile à mener pour les pays comme les USA car les investissements sanitaires sont financés par des dons philanthropiques.

*Schéma n° 2 : représentation du mode de gestion libéral du système de santé*



*Source : effectué par nos soins sur la base des développements contenus dans le texte*

Le jugement que les spécialistes portent<sup>26</sup> sur ce mode de gestion du système de santé américain est que, quelle que soit la stratégie retenue pour sa gestion et son contrôle, on aboutit toujours à un même résultat : augmentation et croissance rapide des dépenses de santé. Cela s'explique, d'une part, par le fait que ces dépenses résultent d'une multitude de décisions micro-économiques qui ignorent l'idée de la rationalité économique. D'autre part, l'introduction de la haute technologie médicale

<sup>26</sup> Les économistes de la santé tels que Intignano. M & B Stephan. J. C

a perverti la médecine relationnelle et préventive. Le modèle américain a réussi sur le plan des performances médicales car c'est un système qui favorise des soins de haute technicité mais également c'est un système inique dont la protection sociale néglige en partie près de cinquante millions de personnes.

## **2- Le mode de gestion intégré et planifié du système de santé ou le mode de gestion à l'anglaise**

Ce mode de gestion intègre deux principaux acteurs du système de santé à savoir : les assurances sociales et les pouvoirs publics. En effet, ce sont ces acteurs là qui sont à même de réaliser l'équité ou l'accès généralisé aux soins pour toute les franges de la société sans distinction de revenus. Le financement ainsi que la gestion du système de santé sont donc assurés par ces mêmes acteurs afin de conférer à ce système un caractère humaniste. Contrairement au système américain, le mode de gestion intégré et planifié ne repose pas sur le marché mais sur l'idée d'un Etat providence, née à partir de 1945, en d'autres termes sur un Etat qui protège les plus démunis et leur assure l'accès minimum à des services publics.

Le financement de ce système de santé repose principalement sur l'impôt ce qui veut dire que les coûts liés à la santé sont supportés par toute la collectivité. Les hôpitaux ont des budgets annuels qui leur sont alloués par une procédure centralisée qui définit, au préalable, les objectifs à atteindre comme c'est le cas pour la Grande Bretagne ou un système national de santé est crée en 1948 (NHS)<sup>27</sup>, le Canada et la Suède. Les médecins perçoivent des salaires ou des revenus fixes liés au nombre de clients inscrits sur leurs listes ou ce que l'on appelle la capitation<sup>28</sup>. Cette dernière a pour fonction de supprimer la demande induite. Au Canada, les hôpitaux reçoivent des budgets annuels alors que les médecins sont rémunérés à l'acte, ce qui revient à dire que ce système est hybride.

Quant à la gestion de ce système de santé, celle-ci repose sur une planification de l'offre hospitalière laquelle, à son tour, est fondée sur des normes nationales et régionales qui tient compte des besoins sanitaires de la population. Ces besoins sont recensés à travers des recherches démographiques et épidémiologiques. Le nombre de médecins et leur implantation est fonction de la capitation, en d'autres termes, chaque médecin est responsable d'un certain nombre de malades qu'il suit avec attention, le seul inconvénient qui se pose, avec acuité, pour ces malades c'est de ne pas pouvoir choisir leur médecin. Les médecins spécialistes ont pour seul lieu d'exercice: l'hôpital.

Le système est jugé efficace, par les spécialistes de l'économie de la santé, quant au contrôle des coûts car, aussi bien les décisions individuelles que les décisions publiques, sont soumises à des critères de coût/efficacité, en d'autres termes, ces décisions ne sont prises qu'en fonction d'une certaine rationalité économique. Certes, cette démarche de rationalisation de la décision économique est rigoureuse car reposant sur des méthodes de calcul ou ce que l'on appelle les

---

<sup>27</sup> NHS : national Health System

<sup>28</sup> La capitation a pour rôle de supprimer la demande induite.

méthodes d'optimisation développées, dans un premier temps, dans le secteur industriel ayant intégré, dans un deuxième temps, le secteur de la santé. Cette démarche ou ce que l'on peut qualifier d'analyse coût efficacité suppose que l'on se fixe d'atteindre un objectif dans le domaine de la santé à condition que cet objectif soit unique, c'est-à-dire que la poursuite de plusieurs objectifs s'avère difficile du fait de la multiplicité d'actions à entreprendre, en outre, que cet objectif soit identifié par un indicateur non monétaire mais mesurable, en d'autres termes, que l'objectif fixé puisse être atteint en effectuant un choix entre plusieurs programmes alternatifs. Il y a deux approches qui déterminent, en définitive, notre choix: -à efficacité<sup>29</sup> donnée, le choix est déterminé par le coût des programmes, -à coût donné, le choix du programme est déterminé par le degré d'atteinte maximale de l'objectif. Signalons que cette démarche peut être perfectionnée en prenant en considération d'autres indicateurs comme l'analyse coût avantage, l'analyse coût utilité etc....

Cette logique de rationalisation de la décision économique dans le domaine de la santé reste tributaire des règles de jeu régissant les acteurs du système de santé. En effet, l'analyse coût efficacité néglige deux aspects essentiels des véritables problèmes posés aux systèmes de santé et des acteurs qui le composent. Le premier aspect, réside dans l'absence de consensus sur les objectifs finaux à réaliser par ces mêmes acteurs. Le second aspect, consiste en le rejet de la règle de l'efficacité économique de la part de tous les acteurs en présence car chacun suit et veut réaliser, en fait, ses propres intérêts. Toutefois, l'analyse coût efficacité a eu le mérite de mettre l'accent sur l'inutilité de certaines pratiques comme l'hospitalisation dans le cas d'un infarctus du myocarde car les avantages liés à cette hospitalisation sont très minimes alors que la collectivité alloue des ressources considérables pour la pratique du pontage coronarien<sup>30</sup>.

Le jugement que les spécialistes portent sur ce mode de gestion intégré et planifié est que ce dernier arrive à supprimer la demande induite ce qui permet donc un contrôle efficace des coûts et de la dépense globale de santé, considérés, comme les points forts de ce système. Son point faible, étant la contradiction existante entre les objectifs de la planification pluriannuelle et la budgétisation annuelle. En effet, une restriction budgétaire signifie la non réalisation de projets à long terme, par contre une allocation budgétaire sans restriction peut être à l'origine d'un énorme gaspillage de ressources appartenant à la collectivité. Par ailleurs, la non prise en compte de l'inflation lors de l'allocation des ressources aboutira, sans aucun doute, à abaisser la qualité des soins et conduira à l'abandon de certains projets devant être réalisés. Contrairement, au mode de gestion libéral dont une partie importante de la population est exclue de l'accès aux soins, le mode de gestion intégré et planifié se caractérise par un haut degré d'égalité d'accès aux soins de toutes les franges de la société. Les performances, en matière sanitaire, pouvant être mises en évidence par des indicateurs comme l'espérance de vie, la mortalité infantile, la morbidité ne laissent, aucun doute, que ce mode de gestion de ce système de santé n'a rien à

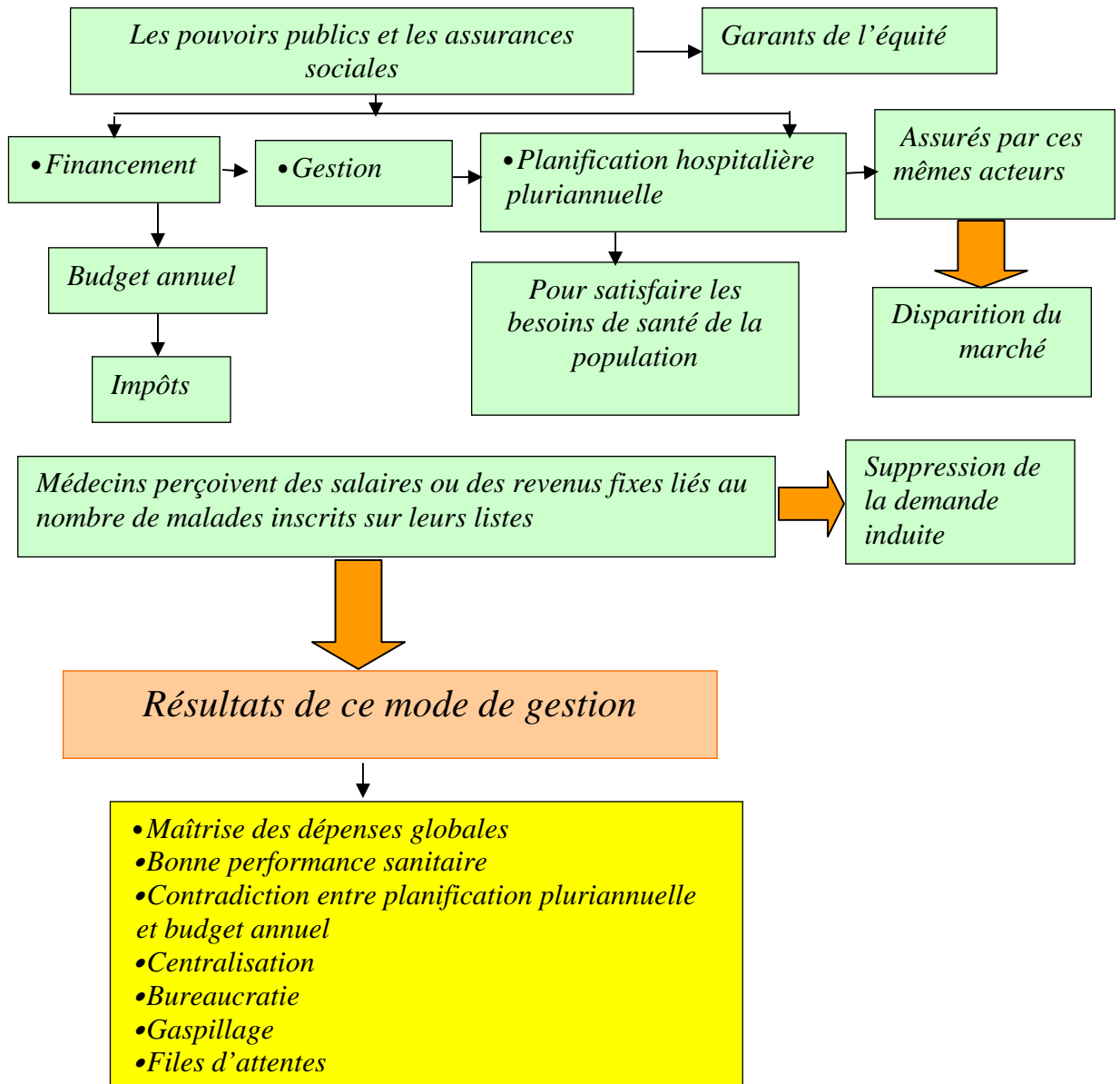
---

<sup>29</sup> Etre efficace : c'est avoir la possibilité d'atteindre les objectifs fixés

<sup>30</sup> Opération qui consiste à rétablir la circulation en aval de la partie obstruée d'une artère par une greffe vasculaire ou un tube plastique (le pontage est très utilisé en chirurgie cardiaque)

envier aux résultats sanitaires du mode de gestion libéral. Cependant, certains dysfonctionnements apparaissent plus dans le mode de gestion intégré par rapport au mode libéral comme les files d'attentes qui se créent pour les soins non urgents et des gaspillages de ressources dus essentiellement à la centralisation, au comportement bureaucratique et enfin, au manque de motivation et d'incitation à l'économie des ressources.

*Schéma n° 3 : représentation du mode de gestion intégrée et planifiée du système de santé*



*Source : effectué par nos soins sur la base des développements contenus dans le texte*

### 3- Le mode de gestion incitative ou les organismes d'entretien de la santé (*HMO*) aux Etats-Unis d'Amérique<sup>31</sup>

Les organismes d'entretien de la santé aux Etats-Unis d'Amérique (*health maintenance organization*) sont nés de l'idée que les acteurs du système de santé évoluent dans un environnement plein de contraintes à commencer par une réglementation rigoureuse pour finir avec une planification autoritaire. Toutes ces contraintes influent, directement ou indirectement, sur les acteurs en présence en les rendant peu productifs, en d'autres termes, moins motivés à s'investir pleinement dans les tâches qui leur incombent. Toutefois, ces contraintes peuvent être élaborées de manière à jouer le rôle de stimulant. C'est le rôle assigné aux *HMO*.

L'idée des *HMO* est née aux Etats-Unis d'Amérique, plus précisément, en Californie dans les années trente (30). Un gestionnaire, du nom de Kaiser, crée des unités de production là où la prise en charge sanitaire pour ses ouvriers n'est pas assurée. C'est ainsi, qu'est venue l'idée de la négociation des contrats de santé liant directement un ouvrier à un *HMO* ou par l'intermédiaire de son entreprise. En effet, le *HMO* s'engage à fournir des soins en contrepartie du paiement d'une prime. Si, maintenant à la fin de l'année, les soins procurés par un *HMO* ne conviennent pas à la personne contractante, ouvrier appartenant à une entreprise ou simple citoyen, celle-ci est libre d'essayer de négocier un autre contrat avec un autre *HMO*. Cette formule de prise en charge sanitaire des citoyens repose sur une mise en concurrence des producteurs de soins vis-à-vis des assurances maladies d'une part, des organismes d'assurance vis-à-vis des adhérents d'autre part.

Commençons par expliciter la mise en concurrence des producteurs de soins vis-à-vis des assurances maladies. Les producteurs de soins ne feront de surplus d'exploitation qu'à la condition de produire moins d'actes. La question qui se pose est comment conserver un bon état de santé des adhérents à un *HMO* tout en produisant moins d'actes ? La réponse à la question posée est apportée par les producteurs de soins, qui, au lieu de favoriser les soins curatifs feront plutôt pratiquer la prévention et lorsque ces soins curatifs deviennent indispensables, ces derniers préfèrent des soins ambulatoires précoces et légers aux soins lourds et de haute technicité. En définitive, le *HMO* est tenu de réaliser des résultats probants aux moindres coûts au risque de voir perdre sa clientèle qui souscrira une assurance libre ou obligatoire.

La mise en concurrence des organismes d'assurance vis-à-vis des adhérents suppose que ces derniers sont en mesure d'évaluer le rapport qualité / prix de la gamme de services qui leur sont offerts et à la moindre insatisfaction, les adhérents sont libres de partir. En réalité, ces adhérents ont tant bien que mal la possibilité d'apprécier la qualité des soins qui leur sont offerts puisque ce sont les médecins qui, en définitive, déterminent la consistance.

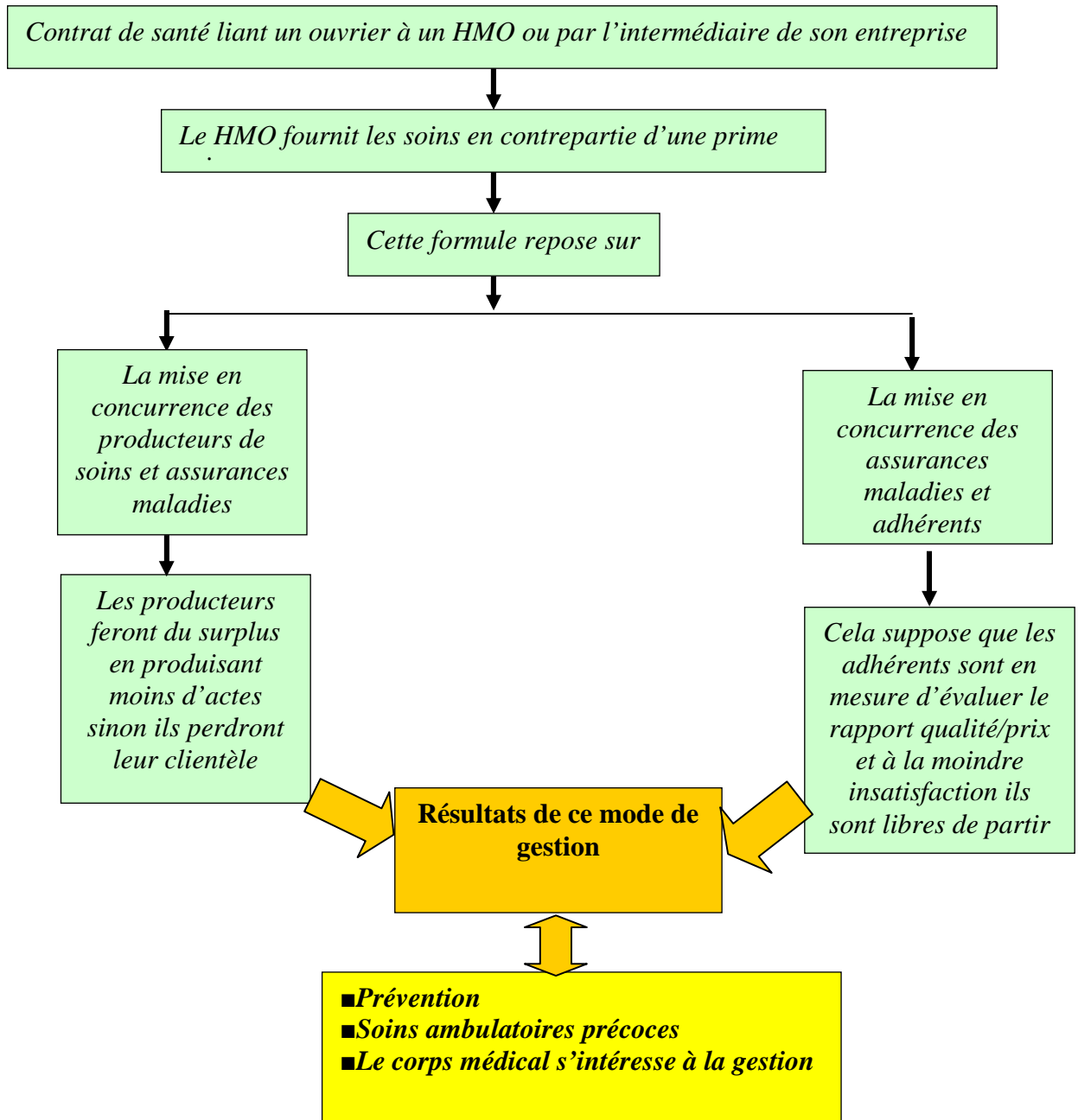
Par conséquent, dans le *HMO*, le corps médical est tenu de s'intéresser à la gestion car il est lui-même impliqué dans la réalisation des bénéfices pour son

---

<sup>31</sup> Calmann Lévy « Hippocrate et les technocrates », Paris, 1983.

organisation. Dans les deux modes de gestion précédemment présentés, le corps médical est générateur de coûts puisque c'est lui qui prescrit les médicaments et les traitements tout en se désintéressant de la gestion puisqu'il n'est nullement associé à la prise de décision.

*Schéma n°04 : représentation du mode de gestion incitative*



*Source : effectué par nos soins sur la base des développements contenus dans le texte*

A la fin du vingtième siècle, l'évolution des systèmes de santé, à travers le monde, est marquée par le métissage de ces différents modèles. En effet, au tournant des années quatre vingt, de nombreux pays notamment en Europe, ont abandonné la logique *bismarckienne* pour la logique *beverdgienne* et ce, en

procédant à l'instar de l'Angleterre, à la mise en place de services nationaux de santé. Cependant, au seuil de l'an deux mille, l'attraction du modèle anglais commence à décliner en Europe tandis qu'en Amérique latine, une vive concurrence s'est établie entre le modèle *beveridgien* et le modèle nord américain, de même qu'en Asie et en extrême Orient, où l'on observe une compétition similaire<sup>32</sup>. Après quelques décennies d'expériences, l'organisation des systèmes de santé, à travers le monde, semble, toutefois, s'éloigner progressivement de formes initialement connues qui paraissent pourtant irréductibles en empruntant à chaque type d'organisation des éléments d'incitation, de contrôle et de régulation pour amender et introduire ces nouveaux préceptes dans le modèle ou le système ainsi adopté. Dès lors, ces systèmes de santé, sont pour une part *bismarckien*, pour une part *beveridgien* et enfin, pour une part de logique américaine.

A travers les expériences vécues par les différents pays, il semble que la protection sociale la plus généreuse est celle qui arrive à préserver une couverture universelle et une égalité d'accès aux soins dans les établissements publics de santé pour toutes les franges de la société. Néanmoins, il est, pour ainsi dire, presque impossible pour un système ou une politique de santé de s'approcher de cet objectif sans la combinaison de trois types de mesures à savoir :- une assistance pour les personnes les plus défavorisées en leur garantissant un accès gratuit aux soins, pris totalement en charge par les pouvoirs publics, -une assurance (obligatoire ou facultative) pour les personnes non défavorisées, -et enfin, une prévoyance, à travers les assurances économiques, considérées comme un complément aux prestations fournies par la sécurité sociale, pour ceux qui veulent des garanties plus complètes et mieux adaptées à leurs besoins propres.

### **III- Le système national de santé en Algérie de 1962 à nos jours**

Plusieurs contributions à l'étude du système de santé en Algérie peuvent être recensées. Parmi ces dernières, citons d'abord la doyenne, le professeur Oufriha Fatma Zohra, ayant contribué puissamment à l'émergence de cette nouvelle discipline qui est l'économie de la santé en Algérie. Citons au passage, ses contributions à l'étude des questions de santé matérialisée dans ses ouvrages : « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie », « Système de santé et population en Algérie », plusieurs articles parus dans la revue du centre de recherche en économie appliqué pour le développement (Cread), de nombreuses collaborations avec des professeurs de renoms tels que le professeur Pierre Chaulet, etc. Elle a par ailleurs contribué à la formation des premiers économistes de la santé en Algérie.

Le professeur Larbi Lamri s'est penché sur la question de la diffusion et de l'évaluation des nouvelles technologies médicales en Algérie. Nous constatons, aussi, la contribution du professeur Miloud Kaddar ayant à son actif plusieurs articles publiés dans la revue du Cread touchant entre autres les questions relatives aux rapports existants entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie, le

---

<sup>32</sup> Lambert.D.C « les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels », édition du Seuil, Paris, avril 2000.

financement et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie, les médicaments essentiels et le régime des prix en Algérie ; etc. Tant d'autres chercheurs se sont également penchés sur les questions de santé à l'instar du docteur Ouchfoun, du professeur Brahim Brahamia de Constantine, du professeure Nouara Kaid Tlilane de l'université de Bejaia... Au jour d'aujourd'hui nous enregistrons plusieurs contributions de jeunes chercheurs dans le domaine.

Le système de santé en Algérie est de fait un héritage du système colonial français. Néanmoins, ce système a connu des évolutions remarquables depuis 1962, date du recouvrement de la souveraineté nationale, à nos jours. Des évolutions que nous pouvons replacées sur trois (03) phases :- la première phase (1962-1992) ; - la deuxième phase (1993-1995) ; - la phase actuelle de 1995 à nos jours.

### **1- La première phase**

La première phase débute en 1962 pour prendre fin en 1992, soit une phase s'étalant sur trois décennies. Chaque décennie se distingue de l'autre par la situation sanitaire qui y prévaut dans le pays et par la politique sanitaire suivie. La première décennie s'ouvre, de l'indépendance jusqu'à 1972. Cette décennie a été marquée par l'héritage de l'Algérie d'un système de soins colonial qui favorise les populations urbaines concentrées dans l'Algérois, le Constantinois et l'Oranie. L'Algérie ne disposait à l'époque que de 600 médecins dont la moitié étaient des étrangers pour la couverture des besoins de santé de la population estimée alors à dix (10) millions d'habitants.

La situation sanitaire qui prévalait, en cette période, s'est caractérisée par une mortalité infantile élevée dépassant 180 enfants pour mille en milieu urbain, soit un (01) enfant sur cinq (05)<sup>33</sup> qui meurt avant son premier anniversaire et ce, suite aux maladies diarrhéiques, aux infections respiratoires aiguës aggravées par un état de malnutrition chronique. Quant à l'espérance de vie, celle ci ne dépassait guère la cinquantaine et les maladies transmissibles à l'exemple de la tuberculose, du paludisme, du typhus et du trachome, elles constituaient les premières causes de mortalité et d'handicaps. Aussi, la politique sanitaire de l'époque s'articulait autour de la réalisation de deux objectifs essentiels à savoir :

- l'accès aux soins au plus grand nombre de la population en réduisant les disparités en matière de répartition du corps médical en instaurant une mi-temps obligatoire dans le secteur public de santé, en faisant appel à la coopération médicale internationale et enfin en mettant en place des équipes mobiles d'action sanitaire ;
- mise en œuvre, en collaboration avec des experts de l'organisation mondiale de la santé (OMS), de programmes de santé pour lutter contre les maladies transmissibles qui prévalaient en ce temps là.

La deuxième décennie (1972-1982) a vu les pouvoirs publics accentuer leurs actions sur deux plans: le plan sanitaire et le plan éducatif. Sur le plan sanitaire, une

---

<sup>33</sup> MSPRH/ INSP « Système national de santé : éléments de réflexion », document préparatoire, INSP, Alger.

décision importante a été prise et qui consistait en l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé à partir de 1974. L'objectif recherché, à travers cette décision, a été de permettre à la population, toutes catégories confondues, un accès généralisé aux services de santé. La deuxième action des pouvoirs publics a consisté en une réforme du système éducatif et en particulier les études médicales qui a vu le nombre de praticiens, toutes spécialités confondues, croître d'une manière spectaculaire. La politique sanitaire dans cette décennie a été marquée par un fait majeur qui est celui de la création de secteurs sanitaires, comme on les connaît aujourd'hui, auxquels on a rattaché toutes les structures parapubliques ou les centres médico-sociaux dont la gestion revenait autrefois aux entreprises publiques et à la sécurité sociale.

L'état de santé de la population s'est considérablement amélioré durant cette décennie. Cette amélioration est due en grande partie aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles mis en place durant la première décennie. Cet état de fait s'est accompagné d'une explosion démographique. Cependant, les secteurs de l'habitat et de l'hydraulique ont été négligés ou du moins n'ont pas bénéficié d'une même attention que la santé et l'éducation de la part des pouvoirs publics. Ceci a été à l'origine de l'émergence des maladies à transmission hydrique et aux zoonoses. Pour l'éradication de ces maladies, une action intersectorielle s'est de fait imposée.

Durant la troisième décennie (1982-1992)<sup>34</sup>, l'Algérie s'est dotée d'importantes infrastructures sanitaires, a acquis de nombreux équipements en plus de l'existence d'un potentiel médical et paramédical non négligeable. En effet, d'importantes ressources ont été mobilisées par l'Etat essentiellement à travers son budget tout en faisant contribuer la sécurité sociale au financement du secteur de la santé suite à quoi des succès indéniables ont été enregistrés par la politique sanitaire suivie. Cette dernière s'est traduite par une forte réduction de la mortalité et de la morbidité. En effet, le taux de mortalité infantile qui était de 150 enfants pour 1000 en 1960 a chuté de deux tiers (2/3) en 1995 avoisinant ainsi 54.8 enfants pour 1000. Par ailleurs, il y a éradication de certaines maladies comme le paludisme ainsi que la disparition du typhus depuis 1977.

La gratuité de soins a certes permis l'accès généralisé aux soins, néanmoins, elle a engendré des effets pervers car des gaspillages énormes de ressources ont été enregistrés tant dans le financement non maîtrisé des structures que de leur gestion financière et comptable. Ajoutée à cela, une insatisfaction des malades utilisant les services publics de soins et ce suite aux pénuries de médicaments et à leur mauvaise prise en charge. Les dysfonctionnements du système de santé commençaient à apparaître sous l'effet de plusieurs paramètres entres autres :

- comme dit l'adage la santé n'a certes pas de prix, mais elle a tout de même un coût ce qui revient à dire que la gratuité des soins n'est qu'un artifice étant donné que cette gratuité s'est accompagnée d'un énorme gaspillage de

---

<sup>34</sup> MSPRH/ INSP « Système national de santé : éléments de réflexion », document préparatoire, INSP, Alger.

ressources tant dans le financement des établissements de santé qui se fait d'une manière irrationnelle que des choix opérés en matière d'investissements sanitaires orientés essentiellement vers la construction d'hôpitaux surdimensionnés à gestion plus coûteuse ;

- l'insatisfaction des usagers du système de soins est due essentiellement aux pénuries de médicaments et de consommables et à leur prise en charge défaillante par un corps médical contraint à l'exercice dans le secteur public qui aspire intégrer un jour le secteur privé plus rémunérateur.

## **2- La deuxième phase**

Tous ces dysfonctionnements interviennent au moment où le système de santé, en Algérie, se trouve à l'aube d'une seconde phase de transition plurielle caractérisée par une transition démographique, épidémiologique et enfin économique.

### **2-1- La transition démographique<sup>35</sup>**

Après l'indépendance, l'Algérie a connu une remontée de la natalité et la nuptiale, phénomènes que l'on observe après chaque guerre. Quant à la mortalité, celle-ci a connu une baisse conséquente. Au milieu des années quatre-vingt, la tendance démographique est celle de la transition démographique accélérée. Cette dernière s'est caractérisée par le passage d'un régime démographique traditionnel où l'on enregistre des taux de natalité et de mortalité élevés à un régime démographique où ces taux s'inversent. Le taux d'accroissement naturel qui était supérieur à 3% de 1962 à 1985, supérieur à 2% de 1986 à 1994 n'est à partir de 1996 que de l'ordre de 1.68%. De même que le taux de mortalité général est passé de 11.8% en 1980 à 6.55% en 1995 et le taux de mortalité infantile a diminué de deux tiers en passant de 150 pour 1000 en 1960 à 54.8 pour 1000 en 1995. Quant à l'espérance de vie, celle-ci, était dans les années soixante moins de 50 ans pour atteindre 69.9 ans en 1994 et 72 ans et plus de nos jours. Par conséquent, la croissance démographique en Algérie connaît un léger infléchissement (l'extrême jeunesse de la population estimée à 50.5% de jeunes ayant moins de 19 ans en 1998 seront en 2010 que de l'ordre de 40%). L'amorce du vieillissement de la population (6% de la population a près de 60 ans) est donc un processus inéluctable qui, va en s'aggravant durant les prochaines décennies, il posera notamment le problème de prise en charge des pathologies chroniques liées au grand âge.

Ce processus de transition démographique se poursuit à partir de l'année 1995, date à laquelle on observe une accélération de ce processus. En effet, le taux brut de natalité était de 28.4 pour 1000 en 1994, juste une année après ce taux est descendu à 25.33 pour 1000 et en 2000 ce même taux est passé sous la barre des 20 pour 1000 (19.8 pour 1000). Le recul de l'âge au premier mariage, l'apparition de la famille conjugale (avec l'éclatement de la famille traditionnelle), la diffusion de la contraception et l'émancipation des femmes dans le monde du travail (ayant investi

---

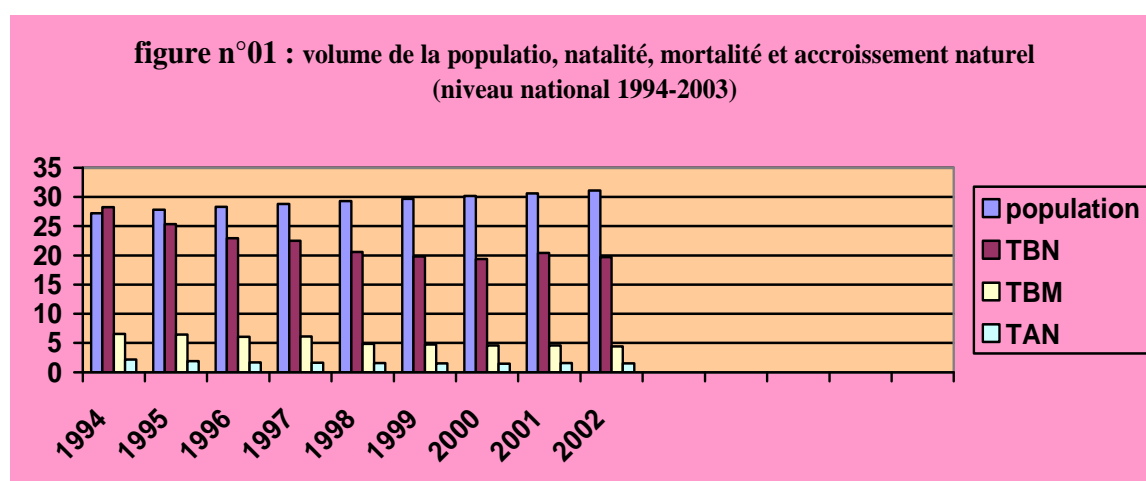
<sup>35</sup> MSPRH « La santé des algériens et des algériennes » Rapport annuel, décembre 2004.

tous les secteurs d'activités) sont, en effet, des facteurs à mettre en avant pour expliquer les changements traduits dans ces taux que ce soit de natalité ou de mortalité. Ceci dit, l'Algérie est un pays dont la fécondité est désormais modérée comme le montre le tableau ci après :

**Tableau n°01: volume de la population, natalité, mortalité et accroissement naturel**  
(Niveau national 1994-2003)

Année	Population au 1.1 (en millions)	Taux brut de natalité (Pour 1000 habitants)	Taux brut de mortalité (Pour 1000 habitants)	Taux d'accroissement naturel (en %)
1994	27.2	28.24	6.56	2.17
1995	27.8	25.33	6.43	1.89
1996	28.3	22.91	6.03	1.69
1997	28.8	22.51	6.12	1.64
1998	29.3	20.58*	4.87*	1.57*
1999	29.7*	19.82*	4.72*	1.51*
2000	30.2*	19.36*	4.59*	1.48*
2001	30.6*	20.4*	4.56*	1.55*
2002	31.1*	19.68*	4.41*	1.53*

*Source : MSPRH « La santé des algériens et des algériennes » Rapport annuel, décembre2004. (\*) : Données revues et corrigées par les taux de couverture estimés à partir de l'enquête PAFAM 2002. Les données antérieures à 1998, restent fondées sur les taux de couverture de 1981.*



*Source : construit sur la base des données du MSPRH « La santé des algériens et des algériennes », rapport annuel, décembre2004.*

## 2-2 La transition épidémiologique.

Les maladies infectieuses et parasitaires<sup>36</sup> sont les premières causes de morbidité et de mortalité de la population algérienne au lendemain de l'indépendance. Durant les deux premières décennies de l'exercice de la souveraineté nationale, les pouvoirs publics ont mis l'accent sur la lutte contre ces maladies. Des résultats encourageants sont ainsi obtenus grâce notamment à l'application de certaines mesures de santé publique qui couvrent la population entière visant à réduire l'incidence de ces maladies.

Cependant dès 1985, l'Algérie s'est trouvée aussitôt exposée aux bouleversements épidémiologiques survenus dans le monde. L'émergence de l'infection du Sida a ainsi touchée notre pays en raison des mobilités massives et rapides des populations algériennes. Ajoutée à cela, l'émigration clandestine des populations africaines parvenant à nos frontières en se mêlant à notre population afin de bénéficier des mêmes conditions de vie. Ces populations amènent toutes sortes de maladies avec elles comme le paludisme importé dont le nombre dépasse les cas de paludisme autochtone.

La situation épidémiologique de la population algérienne qui se caractérise par une réduction de la mortalité et de la morbidité liées aux maladies transmissibles prévalentes au lendemain de l'indépendance (maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses) se trouve confrontée de nouveau à ces mêmes maladies. Le recul de l'hygiène publique, la non maîtrise de la gestion des déchets urbains, la précarité de l'habitat et de l'état nutritionnel des couches de la population les plus démunies font que les maladies à transmission hydrique et zoonoses persistent voire même connaissent une recrudescence importante.

En effet, l'Algérie a connu à partir de 1994 plusieurs épidémies de diphtérie, de tuberculose, de rougeole et de leishmaniose cutanée. Par conséquent, il y a réémergence de maladies infectieuses, de même que les maladies à transmission hydrique ainsi que les zoonoses. Ces maladies qui semblaient jusqu'alors être des maladies contrôlées et pour certaines complètement éradiquées réapparaissent de nouveau.

La transition épidémiologique de l'Algérie est donc marquée par la persistance des maladies transmissibles « *dites maladies de la pauvreté* » qui caractérisent les pays en voie de développement. A cette situation s'ajoute l'émergence de maladies non transmissibles, « *dites maladies de l'opulence* » à l'exemple des cancers, du diabète, des affections cardiovasculaires, des affections rénales, des affections neurologiques et respiratoires chroniques. Ces maladies sont venues se greffer à celles déjà existantes en raison de l'augmentation de la population et surtout à son processus de vieillissement devenant un processus inéluctable en Algérie.

---

<sup>36</sup> RADP/MSPRH « Situation épidémiologique de l'Algérie », Alger, février 2004.

Les indicateurs épidémiologiques données par l'organisation mondiale de la santé font ressortir une part importante des décès occasionnés par ces maladies non transmissibles (chroniques). Selon l'OMS, l'ampleur de ces maladies se situe en Algérie au niveau de 60% en 2005 ce qui place l'Algérie au même niveau que la moyenne mondiale tandis qu'en Europe, l'ampleur de ces types d'affections est de l'ordre de 86% de l'ensemble des maladies déclarées. Les tendances évolutives<sup>37</sup> de ces maladies attendues en Algérie sont plus qu'inquiétantes puisque ces projections donneraient une part de décès par maladies chroniques de l'ordre de 76% de l'ensemble des maladies déclarées à l'horizon 2025.

Il est à signaler que ces maladies, « *dites des riches* » en raison de leur prédominance dans les pays développés, nécessitent une prise en charge médicale lourde et onéreuse. Par conséquent, il y a lieu de se poser la question de savoir si le système de santé mis en place en Algérie est en mesure de répondre efficacement à cette nouvelle demande de soins qui va en s'accroissant ou ce système va-t-il dépendre des systèmes étrangers par l'envoi de malades pour soins à l'étranger ?

Par conséquent, l'Algérie connaît du coup des maladies « *dites de l'opulence* » qui caractérisent les pays développés et connaît en même temps les maladies « *dites des pauvres* » liées au sous-développement. Une préoccupation supplémentaire est constituée par les problèmes de santé mentale dont l'importance n'est pas à négliger surtout en prenant en ligne de compte le moyen ou le long terme.

### **2-3 La transition économique et sociale**

Plusieurs appellations furent données à l'Algérie, pays du tiers-monde<sup>38</sup>, pays non aligné, pays en voie de développement et aujourd'hui pays en transition. Toutes ces appellations ont caractérisé les différentes périodes de développement qu'a connues l'Algérie et certaines ne trouvent plus matière dans l'analyse politico-économique de l'Algérie contemporaine. A l'ère coloniale et au début de son indépendance, l'Algérie était plutôt considérée comme étant un pays du tiers-monde<sup>39</sup>.

L'Algérie est passée d'une politique de développement axée sur des plans de développement<sup>40</sup> (plan triennal, plans quadriennaux, plans quinquennaux) à une politique d'ajustement structurel, élaborée et exécutée en accord avec le fonds monétaire international (FMI) et la banque mondiale. Une économie de rente telle est la caractéristique première de l'économie algérienne. Les ressources

---

<sup>37</sup> RADP/MSPRH « Politique nationale de santé : mise en œuvre », Alger, 07 octobre 2006.

<sup>38</sup> Wallerstein. I « C'était quoi le tiers –monde ? » In problèmes économiques, documentation française.

<sup>39</sup> L'expression en elle-même fut l'invention d'un démographe français du nom d'Alfred Sauvy, qui, l'utilisa pour la première fois dans un article de France Observateur intitulé « Trois mondes, une planète » et ce au début des années cinquante (1952). Une expression qui fut choisie pour titre d'un ouvrage intitulé « Le tiers du monde, sous développement et développement » paru en 1956. Cet ouvrage est dirigé par Georges Balandier, Alfred Sauvy écrivit la préface. A l'origine ce concept fait référence à la révolution française et au texte d'Emmanuel Joseph Sieyès (1789):qu'est ce que le tiers-monde ? Tout. Qu'a-t-il été jusqu'à présent dans l'ordre politique ? Rien. Que demande t-il ? A devenir quelque chose. Le concept a une connotation politique: le tiers-monde c'est donc l'ensemble des pays exclus.

<sup>40</sup> Le pré plan a été élaboré en 1967.

énergétiques et gazières dont recèle le pays sont considérées, à tort ou à raison, comme les garants du développement du pays. L'effort soutenu que s'est donné l'Algérie pour son développement est immense. Un programme ambitieux d'industrialisation de l'économie était lancé au lendemain de la valorisation des hydrocarbures. De plus, l'Algérie a développé une infrastructure sociale des plus remarquables. Des ressources très substantielles sont allouées à la santé et à l'éducation. En effet, la rente pétrolière permettait à l'Algérie de mener une politique sociale des plus ambitieuses, et même de se permettre tous les abus en matière économique (pléthore d'effectifs dans les entreprises, distribution de primes de rendement individuelles et collectives sur des produits en majorité subventionnés etc...). Par conséquent, la rente pétrolière permettait d'une part de donner à chacun un travail, l'accès aux soins et à l'éducation, d'autre part, cette rente permettait de compenser les déséquilibres internes et externes. Il a suffi pour remettre en cause tout cet échafaudage qu'une chute drastique des cours du pétrole ait été observée sur le marché mondial. Les décideurs algériens avaient-ils fondé toutes leurs politiques économiques sur des ressources énergétiques et gazières dont les prix sont fixés indépendamment de leurs volontés ?

La transition économique et sociale que traverse le pays a indéniablement influé sur le secteur de la santé car ce dernier subit à l'instar des autres secteurs relevant de la vie économique et sociale les contre-performances enregistrées par l'économie algérienne depuis 1986 à nos jours. Ces contres performances sont dues essentiellement aux bouleversements socio-économiques ayant caractérisé l'Algérie suite à la chute de ses revenus procurés par la vente des hydrocarbures, l'écrasant poids de la dette extérieure réduisant à néant tout effort de développement, en plus du passage à l'économie de marché qui a vu le pays se transformer en un vaste chantier de réformes économiques se traduisant par une baisse dans l'allocation de ressources pour le secteur de la santé. En effet, la part des dépenses de santé qui était de l'ordre de 5.1% en 1987 chute à 3.8 % en 1989 et 1991 pour passer à 4.7 % en 1993 et 1995.

Néanmoins, l'effet majeur de cette transition économique et sociale reste l'ouverture du secteur de la santé aux acteurs privés. En effet, le législateur algérien a autorisé depuis 1988, l'ouverture des activités de santé aux cliniques privées. Il a, également, autorisé l'ouverture des activités de diagnostic et d'exploration amorçant ainsi un processus de création de laboratoires d'analyses, de centres d'imagerie médicale et d'endoscopie pour les personnes privées. Par ailleurs, les activités de production et d'importation de produits pharmaceutiques ont été ouvertes au secteur privé depuis 1992.

### **3- La phase actuelle**

L'actuelle phase s'inscrit dans une nouvelle démarche qui tend à amener notre système national de santé à revoir ses performances médicales, paramédicales, de gestion, d'organisation, de répartition et d'utilisation des ressources. La **première étape** de cette démarche consiste à lutter contre les multiples dysfonctionnements qui sont à l'origine du manque de performances de ce système. Ces dysfonctionnements sont liés à plusieurs aspects notamment :

- l'hospitalo-centrisme<sup>41</sup> de notre système de soins privilégiant le curatif sur le préventif donc une organisation de la distribution de soins ayant pour centre pivot l'hôpital qui rend difficile toute coordination entre les différents niveaux de soins hiérarchisés ;
- manque de motivation des personnels médicaux dû aux mauvaises conditions générales d'exercice de leur profession, d'où un départ massif de praticiens particulièrement de spécialistes vers le secteur privé. Ajouté à cela l'instabilité des personnels chargés de la prévention et des soins de santé primaires ;
- fréquence des pénuries du médicament et du consommable conjuguée à un taux élevé d'immobilisation des équipements biomédicaux (18% en 1992, 21% en 1993)
- lourdeurs dans la gestion et le fonctionnement des établissements de santé ;
- prise en charge défaillante de certaines pathologies chroniques rénales, cardiaques, cancéreuses... ;
- disparités régionales en matière de ressources humaines et matérielles.

L'évolution des données socio-économiques du pays caractérisées essentiellement par une récession économique qui s'est accompagnée de très vives tensions dans le domaine social et la mise en œuvre des réformes économiques ayant pour conséquences la chute de la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut (5.1 % du PIB en 1987, 4.7 % en 1993 et 1995)<sup>42</sup> font que l'Etat s'est peu à peu désengagé pour laisser place à une participation progressive de certaines catégories de citoyens pour le financement de leurs besoins de santé. Aussi, une contribution des malades aux frais de leur consultation et hospitalisation est exigée depuis 1995. En rendant les prestations de soins payantes, les malades allant s'adresser aux structures sanitaires vont inéluctablement exiger, à leur tour, plus d'attention de leurs structures d'accueil. Par ailleurs, la sécurité sociale qui était le plus important bailleur de fonds du système de soins avant qu'elle ne soit remplacée par l'Etat comme premier financeur des dépenses de santé, envisage de changer ses modalités de financement du système de soins en mettant en avant sa volonté de financer non pas des structures sanitaires, comme cela se fait actuellement, mais des programmes d'activités que ces dernières vont devoir développer. Par conséquent, la **deuxième étape** du renouveau du système de santé en Algérie consiste à faire intervenir dans la détermination des dotations budgétaires deux critères à savoir : les coûts des prestations de soins<sup>43</sup> ainsi que la qualité des soins prodigués aux usagers de ce système de santé.

---

<sup>41</sup> MSPRH/INSP « Système national de santé : éléments de réflexion », document préparatoire, INSP, Alger.

<sup>42</sup> Ces dernières années ces dépenses ont connu une sensible augmentation suite à l'envolée des cours du pétrole qui a permis à notre pays de générer des recettes importantes émanant de la vente des hydrocarbures.

<sup>43</sup> L'évaluation quantitative des coûts peut faire l'objet d'une autre thèse de doctorat.

## Conclusion du chapitre

Le mode de gestion libéral qui considère la santé comme une marchandise, et conséquemment le marché comme seul garant de l'efficacité du système de santé, peut aboutir à une médecine à deux vitesses : les personnes aisées peuvent, en cas de maladie, souscrire des plans de santé en bénéficiant des services mis en place alors que les franges de la population les plus vulnérables se verront exclus de ces prestations. L'adoption de ce mode de gestion est à même de conduire vers l'inégalité d'accès aux soins, comme cela est le cas dans les pays l'ayant expérimenté, à l'exemple des Etats-Unis d'Amérique qui ont été amenés à la mise en place de *Medicare* et de *Medicaid* pour corriger les anomalies caractérisant ce mode de gestion.

Le mode de gestion intégré et planifié présente quelques inconvénients à savoir : une contradiction entre la planification pluriannuelle et les budgets qui sont consentis au système de soins élaborés selon la règle de l'annualité. Ajouté à cela, des files d'attente qui se créent et prennent plus de six mois à une année pour des malades contraints à attendre, longtemps, pour des maladies et opérations souvent bénignes. Quant au mode de gestion incitative, ce dernier reste au stade expérimental.

Le système de santé algérien qui se trouve être un mélange entre le système « *bismarckien* » et le système « *beveridgien* » est un système dominé par la logique de l'équité. Cette dernière se matérialise dans un accès équitable aux soins pour toutes les franges de la population algérienne. Le souci de l'équité ne doit pas soustraire le système de santé algérien de la recherche d'une efficacité voire même d'une efficience car ce sont là les deux autres critères objectifs pour toute évaluation d'un système de santé. Par ailleurs, le système de santé algérien gagnerait en efficacité et ce, en introduisant quelques aspects positifs inhérents aux systèmes de santé qui existent à travers le monde. Cela n'entache en rien la particularité ou la touche finale de notre système de santé.

La satisfaction du malade, en tant qu'utilisateur du système de soins, se trouve au cœur des réformes entreprises touchant notre système de santé. En effet, les nouveaux textes réglementaires mettent davantage l'accent sur l'accueil et une meilleure prise en charge des malades dans les structures publiques de santé en Algérie. Aussi, le souci d'amélioration de la qualité des soins devient de fait une réalité incontournable.

## **Chapitre II**

### **Evaluation macro structurelle de l'offre de soins**

#### **Introduction**

L'évaluation de la qualité de soins se décompose comme précédemment présentée en trois éléments essentiels à savoir : une évaluation des structures de soins, une évaluation des procédures de soins et enfin, une évaluation des résultats de soins. En ce qui concerne le premier élément, il s'agit en fait de constater sur deux échelles simultanés : l'existence de suffisamment de structures de santé disséminées sur l'ensemble de l'étendue du territoire national pour couvrir les besoins de santé de la population et l'existence d'éléments structurels de soins, à l'échelle de l'établissement de santé, pour prodiguer des soins de qualité. L'évaluation des procédures de soins, quant à elle, consiste à évaluer la façon dont sont prodigués les soins aux malades. Il s'agit, de constater l'existence ou l'absence de procédures écrites lors de l'accomplissement des actes de soins par les médecins. L'intérêt des procédures écrites est la confrontation entre ce que suivent les médecins comme démarches face aux différentes maladies avec les protocoles de soins établis. L'enjeu est de taille puisqu'il s'agit de situer à tout moment les responsabilités en ce qui concerne la validité de la démarche et son adéquation avec les protocoles existants. Enfin, en ce qui concerne les résultats de soins, il s'agit de situer les performances ou les contre performances du système de santé algérien pour constater son état de dépendance vis-à-vis des systèmes étrangers.

Avedis Donabedian<sup>44</sup> définit les structures de soins comme comprenant les ressources humaines, matérielles, et financières nécessaires à la délivrance des soins médicaux. L'évaluation des structures de soins peut être opérée soit à l'échelle d'un pays soit à l'échelle d'un établissement. A l'échelle d'un pays, cette évaluation des structures de même que leur élaboration relève de la planification et de la gestion des systèmes de santé. Par contre à l'échelle d'un établissement hospitalier, cette responsabilité incombe à l'administration.

L'évaluation des structures de soins à l'échelle d'un pays représente les moyens mis en œuvre par ce dernier pour subvenir aux besoins de soins de sa population, en d'autres termes, de s'assurer de l'existence de ces structures en nombre suffisant, de leur état à savoir qu'elles sont bien adaptées aux soins et à la prise en charge des malades, que leur répartition géographique permet la possibilité d'accès aux soins, qu'il existe un mode de financement des soins adaptée comme l'existence d'une assurance maladie remplissant un rôle de bailleur de fonds du système de soins en général, et de ces structures en particulier<sup>45</sup>, qu'il existe enfin, des moyens matériels ou des technologies de soins adaptées et que l'on maîtrise parfaitement.

---

<sup>44</sup> Donabedian.A "Explorations in quality assessment and monitoring ", Vol I. The definition of quality and approaches to its assessment, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1980.

<sup>45</sup> L'étude de la sécurité sociale et du financement du système de soins se fera dans la deuxième partie de notre travail

## **1- L'évaluation des structures de soins à l'échelle d'un pays en l'occurrence l'Algérie**

Procéder à l'évaluation des structures de soins en Algérie, c'est constater leur existence, leur répartition géographique, leur état et les technologies de soins mises en oeuvre. Ceci nous amène à revenir, dans un premier temps, sur le processus d'inscription et de la réalisation de ces structures qui inclut en soi la logique de leur répartition géographique pour nous pencher, dans un second temps, sur leur état à savoir le nombre de structures fonctionnels, structures non fonctionnels et d'aborder l'évaluation des technologies de soins. Enfin, dans un troisième temps, il s'agira d'identifier les différentes catégories de ressources humaines et matérielles existantes indispensables pour la délivrance des soins.

### **1-1- L'inscription et la réalisation de structures sanitaires**

L'inscription et la réalisation de projets d'équipements publics sanitaires en Algérie ont connu deux étapes importantes. La première étape fut celle des années 80 (1980–1985) où l'inscription de l'équipement public sanitaire était établie en fonction de la carte sanitaire. La deuxième étape débute avec la promulgation du décret exécutif n° 98-227 du 13 juillet 1998 relatif aux dépenses d'équipements de l'Etat<sup>46</sup> qui répartit l'inscription et la réalisation de l'équipement public en général dont fait partie l'équipement sanitaire en opérations centralisées relevant des « programmes sectoriels centralisées » ( PSC ), opérations effectuées aux niveaux déconcentrés constituées par les « programmes sectoriels déconcentrés » ( PSD ) et enfin, les plans communaux de développement (PCD) pour les niveaux décentralisés.

La centralisation de l'inscription et de la réalisation d'infrastructures sanitaires et leurs équipements en Algérie, dans le cadre de la carte sanitaire, a engendré une multiplicité de structures n'ayant pas toujours leurs raisons d'être sur le plan strictement sanitaire. En effet, ces structures étaient souvent créées suite à leur projection sur les entités administratives que sont la wilaya, la daïra ou la commune. C'est ainsi que la fonction administrative avait prévalu sur la fonction sanitaire car les découpages administratifs successifs qu'a connus l'Algérie avaient eu une grande influence sur l'inscription et la réalisation de nouvelles structures sanitaires et leurs équipements.

La déconcentration et la décentralisation de la décision de l'équipement public sanitaire contenues dans le décret sus-cité sont considérées , à tort ou a raison, comme des palliatifs aux anomalies constatées dans l'inscription et la réalisation de l'équipement public sanitaire dans le cadre de la carte sanitaire. Néanmoins, il est clairement établi dans ce décret que seules les infrastructures légères et leurs équipements sont concernées. Quant à la décentralisation de la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement sanitaire, celle ci est balbutiante encore car réduite à la seule réalisation des salles de soins dans le cadre

---

<sup>46</sup> Décret exécutif n° 98-227 du 13 juillet 1998 relatif aux dépenses d'équipements de l'Etat

des PCD. Aujourd'hui ces salles de soins sont pour la plupart « abandonnées » par la population et le corps médical. .

Le couplage de la centralisation et de la décentralisation de la décision d'équipement public sanitaire, dans les conditions sus-citées s'avère donc non efficient car le caractère administratif prédomine toujours. Cela étant, il sera question d'analyser la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire dans les conditions actuelles tout en la repensant dans un cadre de décentralisation plus poussée.

Dans ce qui suit, on tentera de démontrer que la centralisation de la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire trouve ses limites et que la décentralisation ne constitue en aucun cas une solution miracle donc une panacée car elle même soumise à des préalables difficilement conciliables dans les conditions que l'on connaît à l'Algérie.

L'inscription et la réalisation de projets d'équipements sanitaires publics, ont été déterminées par la carte sanitaire nationale ayant été élaborée en 1982 par le ministère de la santé. La carte sanitaire répartit le territoire national en 13 régions sanitaires. La région sanitaire comprend alors un certain nombre de wilayas plus ou moins dense en population et en superficie. L'objectif recherché a travers le découpage administratif du territoire national en 13 régions sanitaires a été de permettre à la population de chaque région l'accès commun aux différents niveaux de soins hiérarchisés. Les niveaux de soins établis par la carte sanitaire sont de quatre ordres :

- Niveau« A » : soins hautement spécialisés qui devront être pris en charge par un établissement hautement spécialisé à vocation régionale (hôpital se trouvant au chef lieu de région)<sup>47</sup>
- Niveau« B » : soins spécialisés projetés sur l'établissement hospitalier de wilaya.
- Niveau« C » : soins généraux dispensés dans un établissement hospitalier de daïra
- Niveau« D » : soins de premier recours (soins de base) dispensés dans les unités de soins légères implantées au chef lieu de la commune.

Cet objectif ne pouvant être atteint sans une implantation judicieuse de structures de soins équitablement réparties à travers tout le territoire national pour l'atteinte de ratios normatifs de couverture sanitaire établis comme suit :

- Un secteur sanitaire couvrant les besoins sanitaires de 100 000 / habitants environ.
- Une polyclinique pour 30 000/ habitants.
- Un centre de santé pour 4 000/ habitants.
- Une salle de soins pour 1 000/ habitants.
- 05 lits d'hospitalisation pour 1 000/ habitants.

---

<sup>47</sup> A l'exemple de l'hôpital Mustapha Bacha d'Alger.

Ces ratios normatifs consistent en la projection des besoins de santé en adéquation avec les moyens qui doivent être consentis pour les satisfaire. Aussi la détermination des besoins de la population en structures sanitaires, en le traduisant en norme, a consisté en une densification du réseau sanitaire tout en recherchant son implantation le plus près possible de la population concernée. Néanmoins la fixation de ratios normatifs n'est pas synonyme d'une prise en charge réelle des besoins de la population en matière de soins parce que ces ratios normatifs reflètent les besoins de santé projetés dans le futur, lesquels besoins sont difficilement évaluables en raison de l'imprévisibilité des problèmes de santé, ceci d'une part. D'autre part, les normes établies par la carte sanitaire sont déterminées en fonction d'un niveau de prise en charge des besoins de santé atteint par des pays plus avancés que l'Algérie dans ce domaine précis.

Cette démarche a été suivie dans l'inscription et la réalisation de projets d'équipements publics sanitaires durant la période allant de 1980 à 1985. Néanmoins, cette politique en matière de création et d'implantation de structures de soins va être abandonnée<sup>48</sup> avec les difficultés financières vécues par l'Algérie au lendemain de l'effondrement du cours du pétrole survenu en 1986. A partir de 1998, les opérations relatives à l'équipement public sanitaire en Algérie sont régies au même titre que les autres dépenses d'équipements publics de l'Etat par le décret exécutif n° 98-227 du 13 juillet de la même année. Ce décret répartit l'équipement public sanitaire en trois (03) catégories :

- équipement public sanitaire relevant des programmes sectoriels centralisés ;
- équipement public déconcentré relevant des programmes sectoriels déconcentrés ;
- équipement public sanitaire relevant des plans communaux de développement.

Les opérations d'équipement public centralisées sont orientées essentiellement vers l'inscription et la réalisation d'hôpitaux généraux appartenant aux secteurs sanitaires, d'hôpitaux relevant de centres hospitalo-universitaire (CHU) ou d'établissements hospitaliers spécialisés(EHS ) ainsi que l'acquisition d'équipements à l'exemple des scanners. Les opérations d'équipement public relevant des « programmes sectoriels déconcentrés » (PSD) s'articulent autour de l'inscription et de la réalisation de polycliniques, centres de santé, de leur extension ou de celle d'un hôpital, de l'acquisition de l'équipement léger ou encore de la réalisation d'actions telles la réhabilitation, la rénovation et l'aménagement de

---

<sup>48</sup> Aujourd'hui, c'est la carte sanitaire qui constitue, de nouveau, le schéma directeur de l'organisation du système national de santé en Algérie. Cette carte fixe les normes de couverture sanitaire au niveau national et régional pour assurer une répartition équitable des soins de santé. La carte sanitaire a pour objet de prévoir les évolutions nécessaires, en vue d'adapter l'offre de soins et satisfaire de manière optimale la demande de santé. A cette fin la carte sanitaire détermine l'implantation, la nature, l'importance des installations sanitaires y compris les équipements lourds ainsi que les activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Elle fixe aussi les limites des régions ainsi que les réseaux de prise en charge de problèmes particuliers de santé. La carte sanitaire est révisée périodiquement et, de manière obligatoire, tous les cinq ans.

structures sanitaires existantes. Enfin, l'équipement public sanitaire relevant des plans communaux de développement (PCD) est essentiellement tourné vers l'inscription et la réalisation de salles de soins. Néanmoins, il s'agit uniquement de l'inscription et de la réalisation de l'infrastructure sanitaire, alors que la gestion de ces salles de soins est confiée, à la direction de la santé et de la population (DSP) au niveau de la wilaya.

### **1-2- Les procédures d'inscription et de réalisation de l'équipement public sanitaire relevant des PSC, PSD et des PCD**

Le décret sus-cité<sup>49</sup> soumet l'inscription et la réalisation de l'équipement public sanitaire relevant des PSC à un ensemble de procédures :

- **La maturation** : seuls les projets ayant atteint une certaine maturation, c'est à dire dont l'étude de faisabilité est parfaitement connue et disponible et aussi dont les contraintes (terrain, coût et délai de réalisation, opportunité économique et sociale de leur inscription etc....) liées a leur réalisation sont complètement levées.
- **Le dossier technique** : la maturation du projet étant achevé le dossier technique doit comporter un exposé des motifs ayant guidé à son inscription, une fiche technique qui mentionne la consistance physique (nombre de lits lorsqu'il s'agit de la construction d'un hôpital). Le dossier technique comporte également des éléments tels que les études d'impact, la stratégie de réalisation, la coordination intersectorielle nécessaire, les résultats de l'appel d'offres, une évaluation du coût en devises et de son mode de financement etc....
- **La décision d'individualisation du projet** : lorsque la réalisation du projet en question est retenue cela donne lieu à une décision du ministère compétent (dans notre cas il s'agit de celui de la santé) qui individualise le projet à l'indicatif de l'ordonnateur chargé de sa réalisation. Cette décision d'individualisation comporte plusieurs indications notamment : les caractéristiques du projet, son coût, la structure de son financement, les crédits de paiement pluriannuels prévisionnels, l'échéancier de réalisation du projet, les impacts prévisibles en matière d'emploi etc.... Cette décision d'individualisation du projet est annexée à une décision programme.
- **La décision programme** : cette décision autorise enfin, le lancement des travaux en vue de la réalisation du projet en question.

Contrairement à l'équipement public sanitaire relevant des PSC, qui touche à la réalisation d'actions de grande envergure qui concerne le développement régional ou national, L'équipement public sanitaire relevant des PSD s'articule autour d'actions qui se limitent à la wilaya concernée par ces programmes. Le processus

---

<sup>49</sup> Décret exécutif n° 98-227 du 13 juillet 1998 relatif aux dépenses d'équipements de l'Etat.

d'inscription de l'équipement public sanitaire relevant des PSD s'inscrit en plusieurs étapes notamment :

- **Propositions d'actions (ou projets) émanant des secteurs sanitaires :** ces propositions reflètent les besoins sanitaires des populations concernées et des insuffisances constatées dans leur prise en charge.
- **La direction de la santé et de la population arrête un projet programme d'actions à réaliser :** un nombre d'actions à réaliser est arrêté dans un ordre de priorités sous forme d'un projet programme au niveau de la DSP. Celle-ci le transmet à la direction de la planification et de l'aménagement du territoire (DPAT) pour être étudié au niveau local, ensuite proposé pour arbitrage (arrêter les actions et les montants à dégager à cet effet) à l'administration centrale, représentée par le ministère de tutelle (santé), qui apprécie, c'est-à-dire accepte ou rejette les différentes propositions et le ministère des finances chargé d'établir le budget d'équipement de l'Etat<sup>50</sup>.
- **Décisions programmes :** à la fin des arbitrages un programme d'actions est enfin retenu. Ce programme est transmis au wali sous forme de décision programme notifiée à la DSP déléguant ainsi la gestion et la réalisation à cette dernière.
- **Lancement des procédures de réalisation d'actions retenues :** les actions relevant des PSD sont soumises aux mêmes procédures que le PSC à l'exception de la décision d'individualisation qui dans le cas des PSD émane du wali.

Le rôle assigné aux PCD dans l'inscription et la réalisation de l'équipement public sanitaire se limite à la réalisation de salles de soins. En effet, le programme d'équipement public relevant des PCD est principalement orienté vers la réalisation d'actions limitées et spécifiques au profit des communes les plus défavorisées telles que l'alimentation en eau potable, l'assainissement, les voiries et réseaux divers (VRD).

### **1-3- Limites de la centralisation de la décision d'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire**

La centralisation comme mode de gestion<sup>51</sup> a prouvé ses limites dans bon nombre de secteurs d'activités et dans un nombre de plus en plus croissant de pays en raison de l'inadaptation de ce mode avec la complexité croissante de l'économie et des activités qui les sous-tendent. Bien que le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé soit apprécié par toute la population eu égard aux nombreux services qui lui sont procurés, il n'en demeure pas moins que la forme d'intervention centralisée présente quelques limites à fortiori si l'on considère l'énorme gaspillage de ressources que cela entraîne. En effet, la centralisation de la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire est imprégnée du souci d'équité et ce en voulant doter toutes les entités territoriales du pays de

---

<sup>50</sup> Le ministère des finances est chargé d'établir le budget d'équipement de l'Etat mais également le budget de fonctionnement.

<sup>51</sup> Hecht.R & Musgrove.P « Repenser le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé » in revue « Finances et développement » n°03, volume 30, USA, septembre 1993.

structures sanitaires, néanmoins ce souci doit être couplé avec celui d'efficacité. Par conséquent, cette centralisation présente quelques limites dont on présentera les contours :

- ✓ la lenteur de la procédure d'inscription de l'équipement public sanitaire équivaut à un report de la prise en charge des besoins qui ne peuvent attendre ;
- ✓ les besoins sont exprimés à l'échelon local, alors que les fonds nécessaires pour leur prise en charge proviennent du budget d'équipement de l'Etat et sont soumis par ailleurs à des arbitrages ;
- ✓ l'inscription centralisée de l'équipement sanitaire a donné lieu à la création de structures inégalement équipées en moyens humains et matériels, ce qui a engendré d'importants écarts dans la fréquentation par la population de ces structures, en d'autres termes il existe des structures convoitées par la population et d'autres plus ou moins fréquentées ;
- ✓ l'inscription centralisée de l'équipement sanitaire est figée, en ce sens qu'elle ne laisse aucune initiative à des démarches innovantes telles l'introduction de structures mobiles à l'exemple de mobiles home équipés en moyens humains et matériels adaptés pour remplir des missions dans le domaine sanitaire afin de rapprocher la structure sanitaire des populations de montagne, du Sahara et des régions isolées en général.

#### **1-4- Faut il pour autant décentraliser cette décision ?**

Décentraliser la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire consiste en un transfert de compétences, exercées au préalable par la tutelle représentée dans ce cas par le ministère de la santé, à des autorités locales élues, ce qui, explicitement, veut dire un transfert du pouvoir de décision en matière d'inscription et de réalisation de cet équipement du pouvoir central à un pouvoir local élu. La décentralisation de cette décision nécessite toutefois des préalables que l'on peut résumer comme suit :

- ✓ **décentralisation politique effective** : par décentralisation politique effective, on entend la levée de la mainmise de l'autorité centrale sur l'autorité locale.
- ✓ **décentralisation budgétaire** : qui signifie un transfert de certains pouvoirs, en matière de collecte de recettes et d'affectation de dépenses publiques, relevant préalablement de l'apanage de l'Etat vers les collectivités locales. Ce transfert va réduire les charges pesant sur les finances de l'Etat central et par la même déboucher sur une responsabilisation plus poussée des élus locaux dans la gestion des ressources qu'ils ont à collecter et à affecter eux-mêmes. Les avantages nets attendus de cette décentralisation sont multiples, notamment une efficacité allocative de ressources qui signifie une meilleure allocation de ressources elle même résultat d'une adaptation de l'action aux besoins et contraintes des populations concernées; de plus une meilleure

définition des priorités et des programmes étant donné que les autorités locales possèdent des informations plus fines sur les conditions locales qui leur permettent de retenir en définitive des actions opportunes qu'ils vont devoir réaliser selon un ordre de priorité.

Toutefois, la décentralisation de la décision de l'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire présente, elle aussi, quelques inconvénients majeurs et interdépendants les uns des autres :

- ✓ dans le cadre de la décentralisation, l'Etat pousse les collectivités territoriales à vivre selon leurs moyens ;
- ✓ seules les collectivités territoriales riches seraient en mesure d'inscrire à leur actif des équipements lourds ;
- ✓ par conséquent la décentralisation ne fera qu'accentuer les disparités régionales en matière d'équipements publics sanitaires.

Il est à noter, que la centralisation de la décision d'inscription de l'équipement public sanitaire dans le cadre de la carte sanitaire et du décret exécutif sus-cité à doter le système de soins algérien en un nombre important de structures. La décentralisation de l'inscription de l'équipement sanitaire ne peut être bénéfique aussi bien pour les collectivités territoriales que pour l'Etat lui-même que si les préalables à cette décentralisation sont réunis.

## **2- Les Infrastructures sanitaires publiques en Algérie<sup>52</sup>**

Elles regroupent les structures hospitalières<sup>53</sup> qui disposent de lits d'hospitalisation, les structures non hospitalières ou extrahospitalières qui n'en disposent pas telles les polycliniques, les centres de santé, les salles de soins et les infirmeries se trouvant à l'intérieur des établissements scolaires ou pénitentiaires ou autres dotées du nécessaire pour des premiers soins et d'un personnel le plus souvent une personne affectée en permanence pour assurer ce travail et les autres infrastructures, à l'exemple, des unités de soins de prévention ou les unités de dépistage scolaire (UDS) et les centres d'écoute pour les jeunes en difficulté. En effet, le secteur de la santé en Algérie se compose d'hôpitaux appartenant soit aux centres hospitalo-universitaires (CHU) qui sont des entités sanitaires dévolues de missions purement curatives, en plus de s'occuper de la recherche et de la formation en matière médicale, soit aux établissements hospitaliers spécialisés qui renferment plusieurs spécialités entres autres: la psychiatrie, la rééducation fonctionnelle, la chirurgie cardiaque, l'oncologie médicale, la neurochirurgie, l'infectiologie, l'orthotraumatologie et l'ophtalmologie, la gynécologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique

---

<sup>52</sup> Statistiques sanitaires de l'année 2002, MSPRH, novembre 2003

<sup>53</sup> On doit intégrer dans les structures hospitalières d'autres structures notamment les centres de rééducation fonctionnelle et les stations de cure thermale.

et l'urologie, ou encore aux secteurs sanitaires<sup>54</sup> qui sont des entités géo sanitaires ayant pour missions la prise en charge d'une manière complète, intégrée et hiérarchisée des besoins sanitaires de la population. En outre les secteurs sanitaires sont constitués de polycliniques<sup>55</sup>, de centres de santé, de salles de soins et de consultation, de maternités, des postes de contrôle frontaliers, des centres de protection maternelle et infantile (PMI), des centres d'espacement des naissances, des dispensaires et de toutes autres structures légères satellites relevant du secteur public.

On entend par polycliniques<sup>56</sup> les structures dotées de plusieurs consultations spécialisées, d'un cabinet dentaire et d'un plateau technique, c'est à dire d'un laboratoire d'analyses médicales et/ou d'une radiologie. Enfin, par centres de santé ou centres médico-sociaux, on entend les structures dotées d'une consultation de médecine générale, d'une ou deux consultations de médecine spécialisée, éventuellement d'un cabinet dentaire (quant aux infirmeries, ces dernières ont été précédemment définies de même que les autres infrastructures sanitaires satellites relevant du secteur public).

**Tableau N°02: infrastructures sanitaires publiques en Algérie pour l'année 2002**

Infrastructures	Nombre	Nombre de lits
Centres hospitalo-universitaires	13	13236
Etablissements hospitaliers spécialisés	32	5960
Secteurs sanitaires	185	
Hôpitaux généraux	227	34056
Polycliniques	513	
avec maternités	185	1760
sans maternités	328	
Centres de santé	1281	
avec maternités	156	1193
sans maternités	1125	
Salles de soins	4228	
Maternités autonomes	31	363
Total lits d'hospitalisation		56568

**Source :** construit sur la base des statistiques sanitaires de l'année 2002, MSPRH, novembre 2003

<sup>54</sup> Les secteurs sanitaires sont classés en trois catégories A, B, C selon le nombre de spécialités et les zones d'implantation. Le secteur de type A est localisé au chef lieu de région sanitaire avec 48 spécialités, le secteur de type B est localisé dans le chef lieu de wilaya avec 20 spécialités et enfin le secteur de type C est localisé dans le chef lieu de la daïra avec 07 spécialités ou disciplines. Ce dernier forme l'actuel établissement public hospitalier.

<sup>55</sup> Les polycliniques sont dans un premier temps détachées des secteurs sanitaires pour former les sous secteurs sanitaires et aujourd'hui elles constituent des établissements publics de santé de proximité.

<sup>56</sup> A signaler que certains centres médico-sociaux (CMS) ou centres de santé sont organisés de la même sorte que les polycliniques et aujourd'hui ils forment les actuels établissements publics de santé de proximité.

## **2-1-Les structures d'hospitalisations publiques et privées pour l'année 2002**

Elles comprennent celles relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires ; des centres hospitalo-universitaires (CHU) et enfin des établissements hospitaliers spécialisés (EHS). Par contre les structures privées d'hospitalisation sont celles appartenant aux maternités privées ou aux cliniques privées.

### **2-1-1-les structures publiques d'hospitalisation relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires**

En l'an 2002, le nombre de structures d'hospitalisation relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires en Algérie s'élève à 227 structures et chacune d'elles comporte des lits d'hospitalisation dont le nombre total est de l'ordre de 34.056 lits organisés. En rapportant ce nombre de lits organisés à la population algérienne estimée à 32.030.008 habitants, cela nous donne un taux national équivalent à 1.06 lits pour 1000 habitants alors que la moyenne nationale se situe à 1.31 lits pour un même nombre d'habitants laquelle résulte de la somme des taux par wilaya que l'on divise sur 48 wilayas que compte le pays. Le résultat de ce rapport peut être donné par la formule suivante :

$$M \text{ (moyenne)} = \sum T_i / N ; \text{ avec } T_i : \text{ nombre de lits pour } 1000 \text{ ha}$$

i allant de 1 à 48 et N= 48 (wilayas)

Sachant que d'une wilaya à une autre ce taux est différent par suite d'une disparité en matière de population, de structures et enfin du nombre de lits d'hospitalisation par structure. En effet ce taux diffère et s'écarte positivement de la moyenne nationale comme cela est le cas des wilayas ci après : Tindouf (4,16) ; Illizi (4) ; Bechar (2,73) ; Ain-Temouchent (2,22) ; Mascara (2,07). Ce taux peut s'écarter négativement de la moyenne nationale à l'exemple de Annaba (0,16) ; Oran (0,34) ; Constantine (0,55) ; Sidi-Bel-Abbès (0,57) ; Alger (0,59). Néanmoins ces wilayas comptent énormément de structures spécialisées relevant soit des CHU ou des EHS d'où la nécessité de prendre avec précaution tous les chiffres avancés précédemment. Ceci dit, ce taux de couverture national ou le nombre de lits pour 1000 habitants obtenu grâce aux structures d'hospitalisation relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires doit être augmenté du taux de couverture réalisé par les autres structures d'hospitalisation à savoir les maternités intégrées aux polycliniques et centres de santé ainsi que les maternités autonomes. En effet, on compte 185 maternités avec 1.760 lits relevant des polycliniques, 156 maternités avec 1.193 lits relevant des centres de santé et 31 maternités autonomes avec 363 lits ce qui ramène le nombre total de lits à 37.372, d'où le taux de couverture national par secteurs sanitaires suivant : 1,166 lits/1000ha. (Voir le tableau n°03)

**Tableau n°03 : les structures publiques dotées de lits d'hospitalisation relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires pour l'année 2002.**

Wilayas	communes	Population	Hôpitaux généraux des secteurs sanitaires	Structures d'hospitalisation	Lits techniques	Lits organisés	Lits pour 1000 ha
Adrar	28	333 388	3	4	440	570	1,70
Chlef	35	965 605	4	6	948	832	0,86
Laghouat	24	358 874	2	4	660	514	1,43
O.E.Bouaghi	29	570 664	5	8	1 100	1 062	1,86
Batna	61	1 057 703	6	13	1 522	1 366	1,29
Béjaia	52	949 596	5	8	1 186	1 110	1,16
Biskra	33	671 932	4	6	902	775	1,15
Bechar	21	243 860	3	4	563	667	2,73
Blida	25	829 648	4	4	657	621	0,74
Bouira	45	686 514	5	6	945	962	1,40
Tamanrasset	10	164 245	2	2	308	256	1,55
Tébessa	28	617 649	5	8	1 031	982	1,58
Tlemcen	53	897 063	6	6	836	585	0,65
Tiaret	42	788 098	5	7	1 214	1223	1,55
Tizi-Ouzou	67	1 190 981	8	8	1 025	1 035	0,86
Alger	57	2 700 449	10	11	1 582	1 599	0,59
Djelfa	36	897 921	4	4	888	819	0,91
Jijel	28	610 800	3	3	920	808	1,32
Sétif	60	1 424 004	5	6	967	912	0,64
Saida	16	302 228	2	2	351	492	1,62
Skikda	38	854 264	5	6	1 054	1 020	1,19
Sidi-Bel-Abbes	52	555 992	4	4	321	317	0,57
Annaba	12	596.172	3	3	148	100	0,16
Guelma	34	468 171	4	4	573	559	1,19
Constantine	12	865 508	3	3	464	478	0,55
Médéa	64	873 945	6	6	1 075	1 006	1,15
Mostaganem	32	680 721	3	3	1 117	983	1,44
M'sila	47	884 680	4	5	1 026	857	0,96
Mascara	47	726 264	5	7	1 427	1 508	2,07
Ouargla	21	539 130	4	5	609	816	1,51
Oran	26	1 392 700	5	5	552	482	0,34
El-Bayadh	22	236 330	2	2	294	330	1,39
Illizi	6	36 685	2	2	131	147	4,00
B.Bou.arreridj	34	596 671	3	4	640	642	1,07
Boumerdes	32	807 069	3	3	604	557	0,69
El teref	24	397 785	4	3	440	416	1,04
Tindouf	2	33 886	1	2	148	141	4,16
Tissemsilt	22	280 444	3	3	551	519	1,85
El-Oued	30	596 100	2	3	510	473	0,79
Khenchla	21	382 060	3	4	495	519	1,35
Souk-Ahras	26	403 664	2	4	646	476	1,17
Tipaza	28	554 035	4	4	869	828	1,49
Mila	32	720 673	3	5	583	572	0,79
Ain Defla	36	697 897	4	5	1 358	898	1,28
Naama	12	181 217	2	2	353	362	1,99
Ain Temouchent	28	364 978	3	3	782	813	2,22
Ghardaia	13	334 764	4	4	462	452	1,35
Relizane	38	704 323	3	3	760	656	0,93
Total général	1541	32 030 008	185	227	36 037	34 056	1,06

*Source: construit sur la base des statistiques sanitaires de l'année 2002, MSPRH, novembre 2003.*

## 2-1-2- Les structures publiques d'hospitalisation relevant des centres hospitalo-universitaires

Les centres hospitalo-universitaires en Algérie sont au nombre de 13. Par contre le nombre de structures d'hospitalisation relevant de ces derniers s'élève à 25 avec un total des lits égal à 13.236 réparti à travers le territoire national sur dix wilayas qui sont : Batna, Blida, Tlemcen, Tizi-Ouzou, Alger, Sétif, Sidi Bel Abbés, Annaba, Constantine, Oran.

*Tableau n°04 : structures sanitaires relevant des CHU en 2002*

Centres hospitalo-universitaires	Nombre de lits
CHU Batna- hôpital (siège)	592
CHU Blida –unité Frantz Fanon (siège)	1556
CHU Tlemcen-hôpital (siège)	835
CHU Tizi-Ouzou – hôpital Nedir (siège)	551
CHU Tizi-Ouzou –hôpital Belloua	357
CHU Mustapha-hôpital (siège)	1755
CHU Beni messous-hôpital (siège)	673
CHU Parnet -hôpital (siège)	421
CHU Bab-El-Oued-hôpital (siège)	694
CHU Setif -hôpital central (siège)	494
CHU Setif –clinique mère et enfant	253
CHU Setif –clinique ORLet ophtalmologie	83
CHU Sidi Bel Abbes-hôpital (siège)	746
CHU Annaba –hôpital Ibn Rochd (siège)	414
CHU Annaba –hôpital Ibn Sina	243
CHU Annaba –hôpital Dorban	182
CHU Annaba –clinique ophtalmologie	50
CHU Annaba –clinique Saint Therese	94
CHU Constantine–hôpital (siège)	1512
CHU Oran –hôpital (siège)	1504
CHU Oran –clinique Amiral Cabral	08
CHU Oran –clinique ortho-traumatologie	65
CHU Oran –clinique Nouar Fadela	62
CHU Oran –clinique Hammou Boutlelis	52
CHU Oran–clinique Laribere	40
Total général	13236

*Source : construit sur la base de données statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002*

## 2-1-3-Les structures publiques d'hospitalisation relevant des établissements hospitaliers spécialisés

Le nombre des établissements hospitaliers spécialisés en Algérie s'élève à 32 établissements ou structures avec une capacité de 5.960 lits d'hospitalisation. Ces établissements sont répartis à travers le territoire national sur onze wilayas qui sont : Blida, Tiaret, Tizi-Ouzou, Alger, Sétif, Skikda, Annaba, Constantine, Mascara, Oran, Mila (voir le tableau n°05)

**Tableau n°05 : structures publiques d'hospitalisation relevant des EHS en 2002.**

Etablissements hospitaliers spécialisés	Nombre de lits
EHS anticancéreux Blida	183
EHS psychiatrique Tiaret	240
EHS psychiatrique Fernane Hanafi Oued Aissi Tizi-Ouzou	332
EHS DR Maouche Mohand Ben Aknoun Alger	88
EHS Abderrahmani Mohamed EX Castors Alger	44
EHS Salim Zmirli Alger	216
EHS des brûlés Alger	84
EHS appareils locomoteurs de Ben Aknoun Alger	24
EHS appareil locomoteurs. Chirurgie réparatrice Douera	451
EHS psychiatrique Drid Hocine Kouba Alger	186
EHS psychiatrique M. Boucebci Cheraga Alger	197
EHS neurochirurgical Ali Ait Idir Alger	104
EHS DR El Hadi Flici Alger	217
EHS anticancéreux (CPMC) Alger	442
EHS de rééducation réadaptation fonctionnelle Tixerain	111
EHS de rééducation réadaptation fonctionnelle Azur Plage Alger	112
EHS psychiatrique Ain Abassa Setif	240
EHS Ras El Ma Setif	46
EHS psychiatrique El Harrouch Skikda	132
EHS El Bouni Annaba	134
EHS psychiatrique El Razi Annaba	243
EHS rééducation réadaptation fonctionnelle Seraidi Annaba	102
EHS néphrologie Daksi Constantine	96
EHS chirurgie cardiaque Erriadh Constantine	80
EHS psychiatrique Djebel Ouahch Constantine	251
EHS Sidi Mabrouk Constantine	190
EHS rééducation réadaptation fonctionnelle Bouhnifia Mascara	120
EHS pédiatrique Canastel Oran	161
EHS psychiatrique Sidi Chami Oran	393
EHS anti- cancéreux pédiatrique Oran	62
EHS dophtalmologie Oran	140
EHS psychiatrique Oued Athmania Mila	309
Total général	5.960

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires ; MSPRH ; année 2002*

#### **2-1-4- Les structures privées d'hospitalisation**

Les structures privées d'hospitalisation sont constituées de 31 maternités, 15 maternités se trouvent au niveau de la wilaya d'Alger, avec un nombre de lits égal à 247 lits et par des cliniques d'hospitalisation au nombre de 98 dont les données relatives au nombre de lits non disponibles (48 cliniques privées se trouvent concentrées au niveau des 03 wilayas, de Tizi-Ouzou, Oran et Alger avec respectivement 5, 16 et 27 cliniques). (Voir le tableau n°06)

**Tableau n°06 : structures privées d'hospitalisation pour l'année 2002**

Structures	Nombre	Nombre de lits
Maternités	31	247
Cliniques d'hospitalisation	98	-----

*Source: construit sur la base de statistiques sanitaires.*

### **2-1-5-Les structures publiques et privées non dotées de lits d'hospitalisation pour l'année 2002**

Les structures publiques non dotées de lits d'hospitalisation sont constituées de polycliniques sans maternités au nombre de 328, 1.125 centres de santé sans maternités, 4.228 salles de soins et d'autres infrastructures publiques à l'exemple de centres médico-sociaux (CMS) au nombre de 563, 1.051 agences pharmaceutiques, 48 laboratoires d'hygiène, 32 établissements de formation paramédicale (E.F.P.M) et enfin de 12 annexes. Par contre, les structures privées non dotées de lits d'hospitalisation sont constituées d'officines de pharmacie, de laboratoires d'analyse médicale et de cabinets de radiologie. Les infrastructures sanitaires privées, qui, intègrent les structures non dotées de lits d'hospitalisation, sont dominées par les officines de pharmacie qui comptent 5.001 unités, par contre, les laboratoires d'analyses médicales sont au nombre de 232 et 100 radiologies.

### **2-1-6-Etat des infrastructures sanitaires publiques et privées pour l'année 2002**

Les données relatives à l'état des infrastructures sanitaires nous permettent de constater l'existence d'infrastructures fonctionnelles et d'autres non fonctionnelles. A cet effet, sur 517 polycliniques quatre (04) seulement sont non fonctionnelles soit un pourcentage de 0,77% du total des polycliniques ; sur 1296 centres de santé, quinze (15) sont non fonctionnels, soit un pourcentage de 1,15% de l'ensemble et 7,44% de salles de soins sont non fonctionnelles, soit 340 sur un nombre total de 4568. Par contre, des taux plus élevés de structures non fonctionnelles sont observées à l'exemple de maternités autonomes où 26% de ces structures sont non fonctionnelles, soit onze structures sur quarante deux au total et 10,6% de maternités intégrées aux polycliniques, soit vingt deux sur 207 existantes. Par ailleurs des taux encore plus élevés sont constatés pour les maternités intégrées aux centres de santé où ce taux atteint 34,7% de structures non fonctionnelles. Cet état de faits peut être justifié par deux hypothèses à savoir la montée du secteur privé dans la prise en charge des accouchements et ce suite à la création de maternités privées ou au fléchissement des natalités qui enregistre une baisse sensible suite à la transition démographique caractérisant l'Algérie de ces dernières années. (Voir le tableau n°07)

**Tableau n° 07 : infrastructures fonctionnelles et non fonctionnelles pour l'année 2002**

Etat des infrastructures	Fonctionnelles	Nombre de lits	Non Fonctionnelles	Nombre de lits
Infrastructures				
Structures d'hospitalisation	227	34056		
CHU	13	13236		
EHS	32	5960		
Polycliniques	513	0	4	0
Maternités autonomes	31	363	11	60
Maternités intégrées Aux polycliniques	185	1 760	22	63
Maternités intégrées aux Centres de santé	156	1 193	83	76
Centres de santé	1 281	0	15	0
Salles de soins	4 228	0	340	0
CMS	563	0	0	0
EFPM	32	0	0	0
Annexes	12	0	0	0
Maternités privées	31	247	0	0
Cliniques d'hospitalisation	98	0	0	0
Agences pharmaceutiques Publiques	1 051	0	0	0
	5 001	0	0	0
Privées				
Laboratoires d'hygiènes (publics)	48	0	0	0
Laboratoire d'analyses médicales (privés)	232	0	0	0
Radiographies privées	100	0	0	0

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, 2002*

### 2-1-7- Infrastructures en cours de réalisation

Les infrastructures, les plus importantes, en cours de réalisation consiste en la construction d'hôpitaux généraux dont la capacité en lits varie d'un hôpital à un autre et ce entre 60, 80, 120 et 240 lits. Quatre hôpitaux de 240 lits équivalents à des centres hospitalo-universitaires sont en cours de réalisation respectivement dans les quatre wilaya que sont : Adrar, Bechar, Skikda et enfin, Ain-Temouchent. Trois hôpitaux de 120 lits, de rang des hôpitaux de daïra, sont prévus à Tlemcen, Sétif et Khenchella. Cinq autres hôpitaux d'une capacité relativement réduite sont en voie de réalisation dans la wilaya d'El-Oued (80 lits) et les quatre autres restant avec une capacité de 60 lits respectivement dans les wilaya ci après : Tiaret, Tizi-Ouzou, Constantine et Médéa. Enfin, deux hôpitaux dont le nombre de lits n'est pas précisés dans les deux métropoles algéroise et oranaise. L'effort que se donne l'Etat dans la réalisation d'hôpitaux traduit une volonté de prendre en mains l'aspect curatif des soins. Une polyclinique sans lits de maternité est prévue dans la wilaya de Chlef et six (06) centres de santé dont quatre vont voir le jour dans les deux

wilaya de Tlemcen et de Sétif, avec respectivement deux centres de santé pour chacune d'elles, enfin deux centres de santé feront l'objet de réalisation dans les wilayas de Jijel et de Sidi-Bel-Abbès. Ces réalisations vont permettre de prendre en charge les soins ambulatoires et les soins de premiers recours ou les soins de base. Par contre il a été prévu trois centres anti-cancéreux dans les wilayas d'Annaba, Ouargla et Oran pour la prise en charge des malades atteints de cancers dont le nombre augmente avec la transition épidémiologique que connaît l'Algérie. Les urgences médicochirurgicales sont par ailleurs prises en charge avec la construction d'un pavillon réservé à cette fin dans la wilaya de Mostaganem. Un service médical chirurgical sera édifié dans la wilaya de Boumerdes de même qu'il est prévu au sein de cette même wilaya un centre de transfusion sanguine. Les wilayas de Djelfa et d'Illizi vont bénéficier respectivement d'un et deux centres d'hémodialyse. Enfin, un centre de contrôle sanitaire est prévu dans la wilaya de Tamanrasset, wilaya frontalière par excellence, qui connaît la venue d'innombrables touristes, des clandestins et des gens de tout bord susceptibles de propager des maladies telles le sida. (Voir le tableau n°08)

**Tableau n°08 : les infrastructures en cours de réalisation**

Structures	Hôpitaux Généraux	Polycliniques		Centres de santé		Centre de contrôle sanitaire	Centre de transfusion sanguine	Centre d'hémodialyse	Pavillon des urgences médicochirurgicale	Services médicaux chirurgicaux	Centre anticancéreux
		Avec maternité	Sans maternité	Avec lits de maternité	Sans lits de maternité						
Nombre d'établissements	14	0	1	0	6	1	1	3	1	1	3
Nombre de lits	1.640	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, 2002.*

### 3- L'évaluation des technologies médicales

L'existence de structures sanitaires en nombre suffisant permet une large distribution des soins qui, permet à son tour un meilleur état de santé. Néanmoins l'amélioration de l'état de santé des populations est principalement due à l'amélioration des conditions de vie, d'hygiène, de travail et d'alimentation. Cette amélioration est par ailleurs le résultat de l'innovation technologique qui est le facteur essentiel du progrès médical. En effet, le développement des médicaments, des vaccinations, des technologies médicales<sup>57</sup> telles, l'imagerie médicale, qui permet de visualiser les différentes parties et organes du corps humain en est des exemples concrets de l'avancée de l'être humain dans la prise en charge et de l'amélioration de son état de santé.

<sup>57</sup> Une technologie médicale « est un matériel, un équipement, une procédure ou une stratégie utilisés par des professionnels de santé dans un but préventif, diagnostique ou thérapeutique » in Durieux.P, Pazart.L, Dosquet.P, Aho.S « l'évaluation des technologies médicales. L'exemple de l'ANDEM » Giraud.A op. cité.

Cela étant, ces technologies médicales restent coûteuses car elles sont à l'origine du gonflement des dépenses de santé, voire mêmes dangereuses en ce sens que les actions médicales présentent des risques à l'exemple de la pathologie iatrogène qui va en se développant. De même que l'enthousiasme pour certaines technologies ne va pas entraîner une utilisation non justifiée pour toutes les technologies médicales sans exception. La question qui reste posée pour les producteurs de ces technologies, c'est de savoir s'il y a lieu de continuer à développer ces dernières dans le temps, donc faut-il que ces technologies soient développées sur le court ou le long terme, en prenant en considération les coûts qu'elles peuvent générer pour la collectivité et leur bienfaits sur l'amélioration de l'état de santé de l'individu ? Telle est la question qui demeure posée pour les producteurs des technologies médicales, mais dont les réponses ne peuvent être apportées que par une évaluation rigoureuse de ces technologies.

La notion d'évaluation des technologies médicales apparaît aux Etats-Unis d'Amérique au début du siècle dernier. En effet, c'est en 1902 que le congrès américain requiert l'intervention du gouvernement fédéral pour garantir la sécurité de tous les produits biologiques vendus sur le marché américain à travers le « virus serum and toxins act » une procédure qui fut renforcée en 1938 puis en 1982 en ce qui concerne l'efficacité de tels produits. En 1976, une autorisation préalable de mise sur le marché des matériels médicaux fut instituée. Une année après le congrès américain a fondé l' « office of technology assessment » (OTA) qui est chargé de faire des recommandations, en d'autres termes de faire l'évaluation en ce qui concerne les nouvelles technologies médicales et autres domaines de l'activité de l'Homme.

L'OTA définit l'évaluation technologique comme étant « une démarche dont l'objet est d'examiner les conséquences, à court et à long termes de l'usage d'une technologie particulière sur les individus et sur la société dans son ensemble. Elle prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût/avantage : elle comporte également l'analyse de ses implications économiques, sociales et éthiques et met à jour les points à approfondir en termes de directions de recherche »<sup>58</sup>. Cette démarche comprend quatre étapes dont la première consiste d'abord à analyser la performance technique de la technologie médicale à savoir son degré de précision, sa fiabilité, sa sécurité, ses effets anatomiques, physiologiques, biochimiques... Dans la deuxième étape, il s'agit d'évaluer l'efficacité de cette technologie en d'autres termes de voir si cette dernière présente des risques pour la santé des individus lors de son utilisation et surtout d'établir ses bénéfices. La troisième étape sera l'occasion de faire une estimation de l'efficacité de cette technologie ou de considérer les effets de la technologie en terme de coût efficacité, coût bénéfice et coût utilité. Enfin, la dernière étape de cette démarche c'est d'évaluer l'acceptabilité de la technologie médicale par la société et les aspects juridiques liés à sa diffusion à grande échelle. A noter que ces différentes étapes de la démarche se suivent selon un ordre logique, mais des résultats de l'évaluation sont exigés dans chacune des étapes avant de

---

<sup>58</sup> Durieux.P & Pazart.L & Dosquet.P & Aho.S « L'évaluation des technologies médicales. L'exemple de l'ANDEM » Giraud.A op. Cité.

passer à une autre étape supérieure car il serait inopportun de continuer une évaluation alors que les résultats antérieurs sont peu reluisants.

Par ailleurs, l'évaluation des technologies médicales dépend en premier lieu de l'intérêt de procéder à une telle évaluation qui dépend à son tour de l'impact de la technologie sur la santé des individus et de la population, de l'importance du problème posé mais surtout de l'utilité qu'une telle évaluation peut procurer à un décideur que ce soit un médecin, un malade, un administrateur ou enfin un décideur de santé publique car l'ultime but de cette évaluation, c'est d'arriver à une synthèse de l'information scientifique sur une technologie médicale qui doit permettre une prise de décision et ceci en temps utile avant son développement par les organismes de financement à même de permettre sa large diffusion.

Ceci dit, la diffusion de ces nouvelles technologies dans les pays développés reste importante, mais il est certain que les problèmes soulevés par cette large diffusion de même que les conséquences induites par l'ensemble de ces technologies -ou lorsqu'on prend uniquement telle ou telle technologie en ligne de compte- il y a lieu de constater que l'évaluation de ces « nouveaux outils » de production de soins ne se pose pas dans les mêmes termes pour les pays producteurs de ces technologies et pour les pays récepteurs<sup>59</sup>. En effet, l'évaluation des technologies de soins pour les pays récepteurs, donc pays qui dépendent étroitement pour l'intégration et la diffusion de ces technologies des pays producteurs, l'appréciation de ce processus d'intégration- diffusion peut de ce fait être analysé sur plusieurs niveaux :

- ✓ **l'impact du développement de ces technologies sur l'état de santé des individus** : il y a lieu de faire une distinction entre les technologies qui préviennent ou qui guérissent<sup>60</sup> des maladies spécifiques tels la pénicilline, les différents vaccins<sup>61</sup> dont l'impact est positif, des technologies qui ne guérissent pas de maladies mais qui aident à une pose rapide du diagnostic et au traitement de maladies, telle l'imagerie médicale, dont l'impact est nuancé car ces technologies n'améliorent pas réellement les chances de pose rapide du diagnostic compte tenu des temps élevés d'immobilisation caractérisant les équipements médicaux ou par suite de manque de clichés indispensables pour leur fonctionnement.
- ✓ **la diffusion des technologies dépendra du nombre d'adopteurs, des retards dans l'adoption et de l'intensité de celle-ci**<sup>62</sup>. En effet, la diffusion des technologies majeures connaissent une large diffusion au point où l'utilisation de vaccins à été généralisée en Algérie atteignant ainsi un taux de couverture vaccinale de l'ordre de 98% alors que l'utilisation de l'imagerie médicale, étant qualifiée de technologie intermédiaire, est restée l'apanage des grands services hospitaliers ce qui revient à dire que ce sont les

---

<sup>59</sup> Oufriha.F.Z « la diffusion des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie » in cahiers du CREAD N°19 ,3eme trimestre 1989.

<sup>60</sup> Ces technologies sont qualifiées par le professeur Oufriha de technologies majeures.

<sup>61</sup> Oufriha.F.Z op.cité.

<sup>62</sup> LE BAS.C « Economie du changement technique », l'interdisciplinaire, Paris, 1991, page144.

maladies lourdes et les services appartenant aux grands hôpitaux qui utilisent ces types de technologies et tirent plus d'avantages que les structures de soins légères censées prendre en charge les maladies bénignes. Quant au retard dans l'adoption de ces technologies, celui-ci peut être imputable à leur coût et à leur maîtrise.

- ✓ **L'impact sur les coûts de santé :** ces technologies médicales génèrent des surcoûts pour la santé du fait qu'elles sont importées car les prix liés à leur acquisition sont en premier lieu établis par les producteurs, ajouté à cela ces technologies fonctionnent en faisant appel à divers produits intermédiaires à l'exemple de films et des produits de développement qui sont à leur tour importés. Par conséquent, les producteurs ont la possibilité de jouer sur les prix en faisant tantôt baisser le prix de l'équipement en se rattrapant sur les prix des produits intermédiaires ou vice versa.
- ✓ **problèmes liés à la maîtrise des technologies médicales :** l'utilisation de technologies médicales permet, sans nul doute, de prodiguer des soins de haute technicité, mais suscite des problèmes quant à leur fonctionnement, à leur entretien et enfin à leur maintenance. En effet, le bon fonctionnement de ces technologies nécessite un entretien, une maintenance préventive et curative faute de quoi ces équipements tomberont en panne. Les problèmes d'entretien et de maintenance de ces équipements se sont surtout posés à moyen terme, après une certaine durée d'utilisation suite à une sur-utilisation de ces équipements, au manque de pièces de rechange, au manque de techniciens ou carrément à l'absence d'une maintenance préventive et curative.
- ✓ **dépendance vis à vis de l'extérieur :** la dépendance vis à vis des producteurs est doublement ressentie aussi bien sur le plan de l'acquisition de ces technologies que sur le plan de leur fonctionnement. Ceci dit, cette dépendance engendre des fortes dépenses en devises que l'économie nationale ne peut supporter sans que les autres secteurs de la vie économique et sociale ne soient pénalisés.

#### **4- Les ressources humaines dans le secteur de la santé en Algérie**

L'activité sanitaire reste tributaire d'une utilisation massive de personnel. En effet plus de 177.000 personnes travaillent dans le secteur de la santé en Algérie. Ce secteur constitue le troisième pourvoyeur d'emplois, après le secteur de l'éducation nationale et celui de l'intérieur et des collectivités locales, il emploie de nombreux corps de personnel et certains d'entre eux disposent d'un statut particulier tel que les corps médical et paramédical.

Le corps médical est constitué de médecins spécialistes, de médecins généralistes, de chirurgiens, dentistes et de pharmaciens. Le corps paramédical est composé d'infirmiers diplômés d'Etat, d'infirmiers brevetés et d'aides soignants ou d'aides paramédicaux. Le corps administratif, technique et de service regroupe des agents administratifs, des agents techniques et de services. Enfin, le secteur de la

santé emploie d'autres personnels à l'instar d'éducateurs, d'optométristes qui sont des personnes capables de déterminer les limites de la vision à l'aide de l'optomètre, d'orthophonistes qui sont des personnes spécialisées dans l'élocution, de professeurs d'enseignement paramédical et enfin de psychologues. Sur un effectif total de 177.209 employés dans le secteur public de la santé en Algérie, tous corps confondus, le personnel médical compte un nombre de 28.111 personnels soit un pourcentage de 15,86%, le personnel paramédical représente 48,54% avec un total d'effectif égal à 86.021, les chirurgiens dentistes avec un nombre égal à 4.629 représentant ainsi un pourcentage de 2,6%, 0,09% soit le pourcentage des pharmaciens, 0,2% des professeurs exerçant dans les CHU et les EHS, 0,07% des docents soit le pourcentage le plus faible du personnel médical, 0,78% des maîtres-assistants et enfin 2,85% des résidents exerçant à l'instar des docents et des maîtres-assistants dans les seuls CHU et EHS. L'effectif du corps administratif, technique et de service représente 32,84% de l'ensemble du personnel employé dans le secteur public. Il existe d'autres personnels à l'exemple d'éducateurs, d'optométristes, d'orthophonistes, de professeurs d'enseignement paramédical et de psychologues exerçant dans les entités sanitaires du pays que ce soit les secteurs sanitaires, les CHU ou les EHS , qui, eux sont au nombre de 703, soit en pourcentage un taux de 0,39%. Ajouté à cela les effectifs du personnel dans les directions de la santé et de la population (DSP) avec un nombre de 2.085 tous corps confondus (médical, paramédical, administratif, technique et de service) soit un pourcentage de 1,17%.

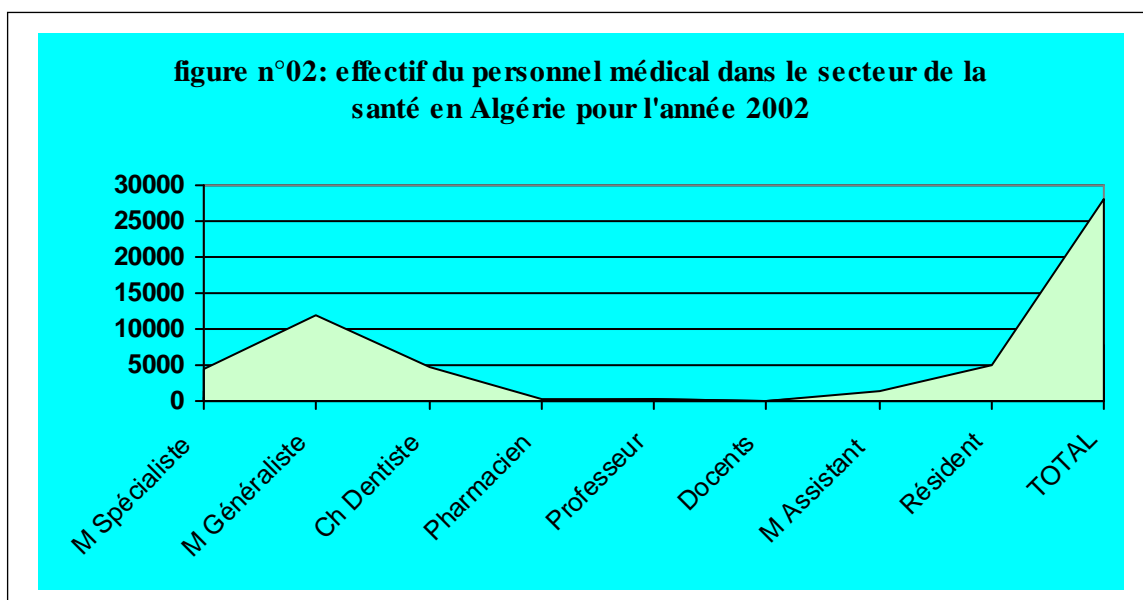
Quant au secteur privé, il totalise un effectif de 20.143 employés, soit en pourcentage un taux de 11,36%, dépassant pour certains corps de personnel le secteur public. En effet, les médecins spécialistes sont au nombre de 5.216 en dépassement du secteur public de 718 médecins alors que le nombre de pharmaciens dans le secteur privé est vingt huit fois plus important que celui du secteur public.

La densité médicale nationale peut être calculé en sommant l'effectif de professions médicales entre le secteur public et celui du privé dans toutes les entités sanitaires puis en rapportant ce nombre sur la population algérienne estimée à 32.030.008 en 2002 que l'on multiplie sur 1000 cela nous donne la densité suivante : 1 médecin pour 1000 habitants. De même, il est possible de calculer d'autres densités nationales à savoir : 1 pharmacien pour 6.250 habitants ; un chirurgien dentiste pour 3.700 habitants. Néanmoins, ces chiffres doivent être pris avec précaution car des disparités existent en matière de couverture médicale entre les différentes régions du pays. En effet, les ressources humaines sont inégalement réparties à travers le territoire national en raison des préférences affichées par le corps médical pour certaines régions qui présentent plus d'attrait que d'autres, surtout pour les médecins spécialistes qui préfèrent s'installer dans les grandes métropoles.(voir les tableaux de 09 à 14).

**Tableau n°09 : Effectif du personnel médical dans le secteur de la santé en Algérie pour l'année 2002**

Entité sanitaire	M.Spécialistes	M.Generalistes	Chir.Dentistes	Pharmaciens	Professeurs	Docents	M. Assistants	Résidents	Total / entité
Corps médical									
Secteurs sanitaires	2.662	10.977	4.521	104					18.264
C.H.U	1.298	684	83	41	285	114	1157	4.240	7.902
E.H.S	538	200	25	32	73	24	233	820	1.945
Total / spécialité	4.498	11.861	4.629	177	358	138	1390	5.060	Total général 28.111

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002*



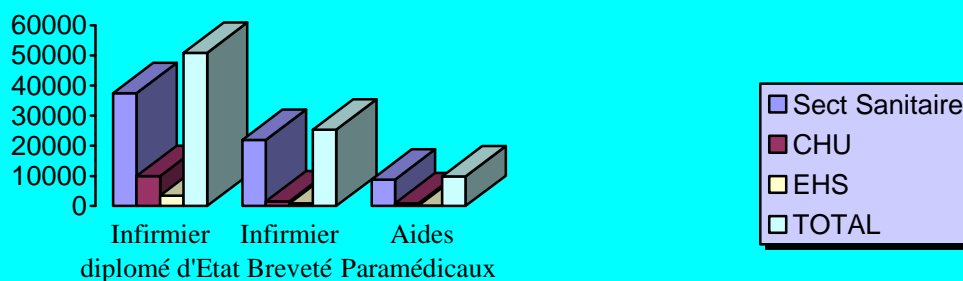
*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°09*

**Tableau n°10: effectif du personnel paramédical dans le secteur de la santé pour l'année 2002.**

Corps paramédical	Infirmiers diplômés d'Etat	Infirmiers brevetés	Aides paramédicaux	Total / entité
Entité sanitaire				
Secteurs sanitaires	37.424	21.995	8.770	68.189
CHU	9.919	2.537	896	13.352
EHS	3.457	837	186	4.480
Total/ spécialité	50.800	25.369	9.852	Total Général 86.021

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002.*

**figure n°03: effectif du personnel paramédical dans le secteur de la santé pour l'année 2002**



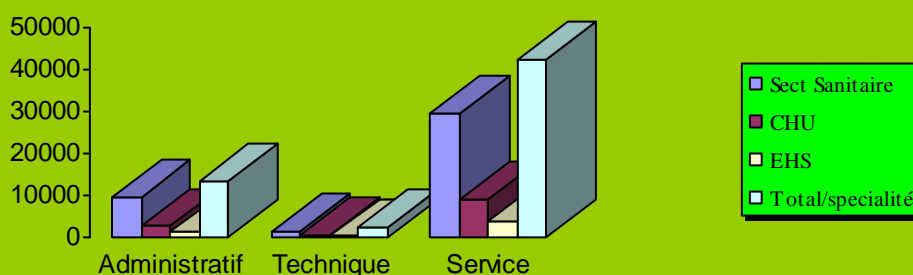
*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°10*

**Tableau n°11 : Effectif du corps administratif, technique et de service.**

Corps administratif, Technique et de Service	Administratifs	Techniques	Services	Total/ entité
Entité sanitaire				
Secteurs sanitaires	9.471	1.526	29.343	40.340
CHU	2.712	529	9.152	12.393
EHS	1.250	248	3.979	5.477
Total / spécialité	13.433	2.303	42.474	Total général 58.210

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002*

**figure n°04: Effectif du personnel administratif, technique et de service**

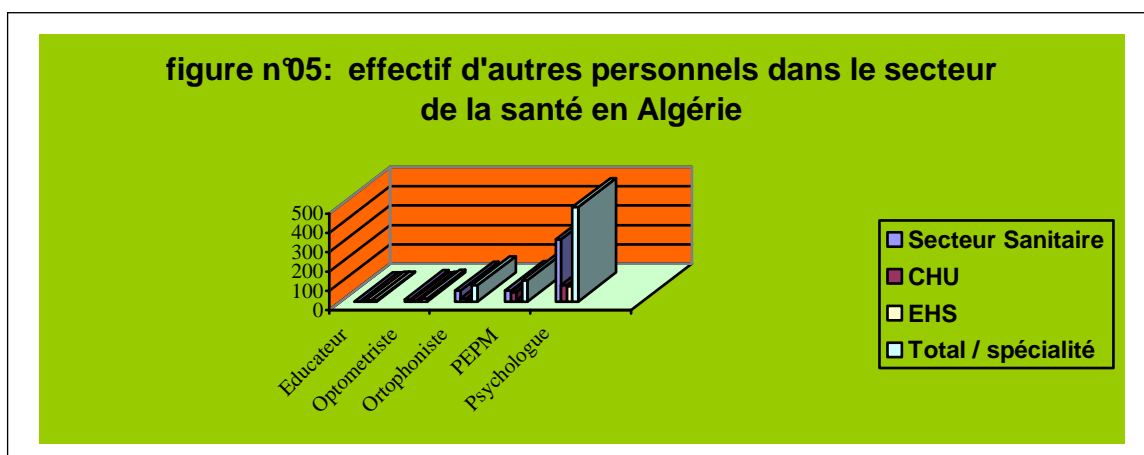


*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°11*

**Tableau n°12 : Effectif d'autres personnels dans le secteur de la santé en Algérie.**

Autre personnels Entité sanitaire	Educateurs	Optométristes	orthophonistes	PEPM	Psychologues	Total entité
Secteurs sanitaires	0	11	56	58	322	447
CHU	0	1	17	48	86	152
EHS	5	3	11	5	80	104
Total/spécialité	5	15	84	111	488	Total Général 703

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002.*



*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°12*

**Tableau n°13 : Effectifs du personnel dans les directions de la santé et de la population (DSP)**

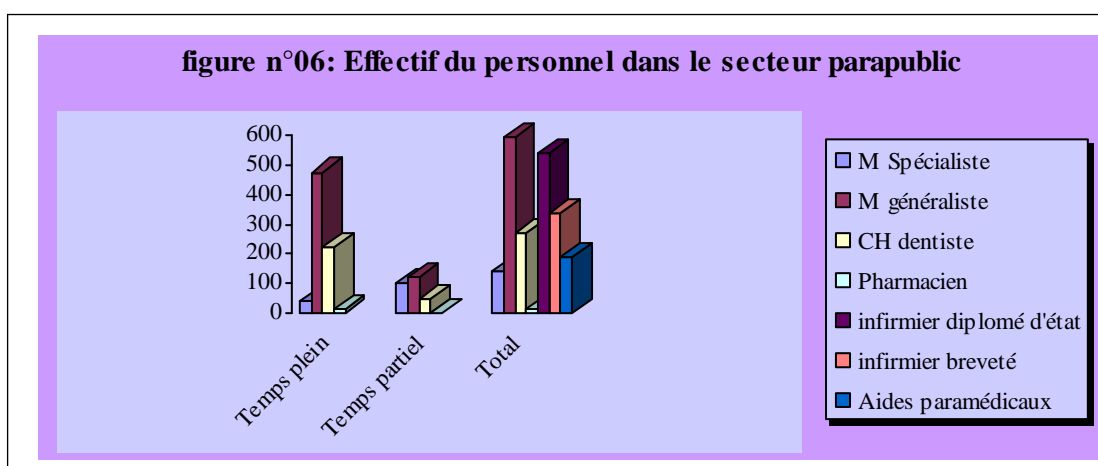
Corps de personnel	personnels	Effectif / personnel	Total / corps de personnel
Corps médical	M.Spécialiste	25	178
	M.Généraliste	18	
	Chir.Dentiste	123	
	Pharmaciens	12	
Corps paramédical	Diplômés d'Etat	427	487
	Brevetés	48	
	Aides	12	
Corps administratif, technique et de service	Administratifs	961	1.420
	Techniques	82	
	Services	377	
Total tous corps confondus			2.085

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002.*

**Tableau n°14: Effectifs du personnel dans le secteur parapublic**

Corps de personnel	personnels		Effectif / personnel	Total / corps de personnel
Corps médical	M.Spécialiste	T.plein	39	1.016
		T.partiel	101	
	M.Généraliste	T.plein	475	
		T.partiel	119	
	Chir.Dentiste	T.plein	224	
		T.partiel	44	
	Pharmaciens	T.plein	14	
		T.partiel	0	
Corps paramédical	Diplômés d'Etat		541	1.063
	Brevetés		335	
	Aides paramédicaux		187	
Total général				2.079

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002.*

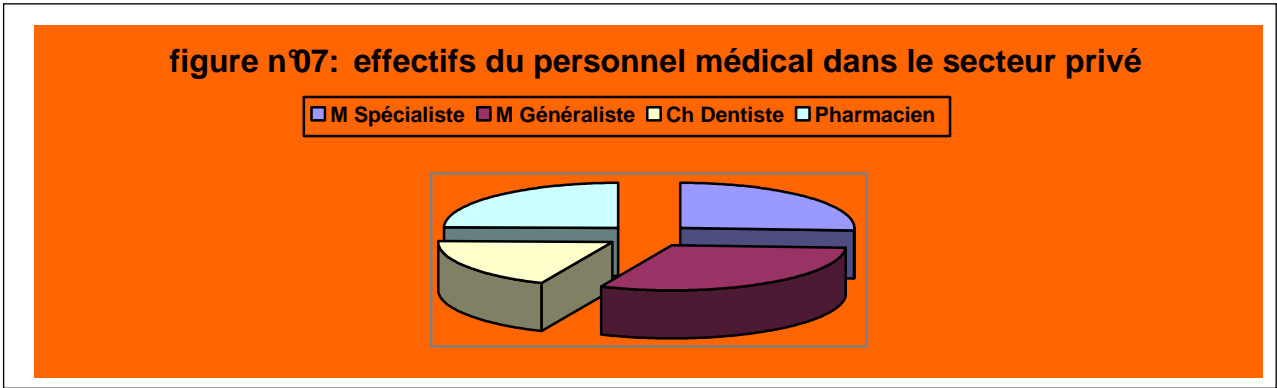


*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°14*

**Tableau n°15 : Effectifs du personnel médical dans le secteur privé**

Effectif médical	M.spécialiste	Généraliste	Chirurgien dentiste	Pharmacien	Total général
Secteur privé	5.216	6.185	3.747	4.995	20.143

*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002*



*Source : construit sur la base des données contenues dans le tableau n°15*

**5- Les équipements médicaux dans le secteur de la santé en Algérie**

La résolution sur la santé adoptée par le comité central du front de libération national (FLN) en 1980<sup>63</sup> a abouti à des recommandations allant dans le sens d'équiper chaque hôpital d'un plateau technique adéquat. En effet, un programme spécial d'équipement d'hôpitaux a été élaboré, aussi une enveloppe financière a été dégagée à cet effet pour la concrétisation de ce programme échelonné sur une période de trois ans de 1981 à 1983. Ainsi, un nombre important d'équipements en radiologie sont importés de même qu'il a été procédé à l'importation des moyens d'investigation de haute de gamme tels les scanners.

Les équipements médicaux regroupent ceux de l'imagerie médicale à l'exemple d'appareils radio mobiles ou fixes, des appareils radio dentaires, des appareils d'échographie, des appareils de scintigraphie, de scanographes pour le corps entier et des scanners crâniens. Les équipements d'anesthésie et des soins intensifs englobent des appareils servant à l'anesthésie et ceux d'évaporateur d'anesthésie, des respirateurs, des aspirateurs médicochirurgicaux, des défibrillateurs cardiaques qui sont des appareils employés pour arrêter la fibrillation cardiaque au moyen d'un choc électrique, des couveuses pour recevoir les prématurés et les réchauffer à une température ambiante de 32°, des tables de réanimation du nouveau né et enfin des moniteurs de surveillance. Il existe encore des équipements servant aux techniques opératoires ou aux opérations chirurgicales tels les scialytiques, les tables d'opération et les fauteuils dentaires. Les équipements servant à la stérilisation et à la désinfection à l'exemple de générateurs d'air stérile, des autoclaves usant d'une chaleur humide pour la stérilisation des gants, des compresses et des incinérateurs. Enfin, il existe des équipements servant à l'exploration fonctionnelle tels les électroencéphalogrammes E.E.G, des électrocardiogrammes E.C.G, des électromyogrammes E.M.G, des endoscopes fibroscopes, endoscopes rectoscopes et enfin des endoscopes cystoscopes.

Les équipements et matériels médicaux types dont doivent disposer les différents secteurs d'un hôpital ou d'une structure extrahospitalière sont arrêtés par

<sup>63</sup> Une réunion extraordinaire de l'ex parti unique du front de libération national FLN s'est tenue en 1980 pour étudier exclusivement le dossier de la santé. A l'issue de cette réunion une résolution en 159 points fut adoptée de même qu'a été adopté le système national de santé algérien.

la nomenclature établie au niveau de la direction des services de santé. Cette dernière regroupe les équipements et matériels médicaux hospitaliers et extrahospitaliers affectés selon une liste étalée sur vingt et une fonctions hospitalières comme suit : petit matériel de soins et d'examen, imagerie médicale, exploration fonctionnelle et surveillance, laboratoire, anesthésie réanimation, techniques opératoires, suppléance fonctionnelle, thérapie et rééducation fonctionnelle, désinfection -stérilisation -traitements des déchets, pharmacie - animalerie, mobilier d'hébergement et médicochirurgical, mobilier d'aménagement, matériel de bureau, audiovisuel et télécommunication, informatique, atelier -jardins -incendie -garages, chauffage - réfrigérateur -climatisation, cuisine -restauration - distribution alimentaire, blanchisserie - lingerie, nettoyage et entretien et enfin transport et signalisation.

Sur un nombre total d'équipements médicaux égal à 21.498 couvrant les besoins de toutes les entités sanitaires du pays, 3.577 sont en panne soit en pourcentage un taux d'immobilisation de 16,63%. Le taux le plus élevé d'immobilisation concerne les équipements servant à l'exploration fonctionnelle avec un taux de 29,65%, suivi des équipements servant à l'imagerie médicale avec un taux de 22,37%, 16,41% est le taux d'immobilisation des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection, 16,01% c'est le taux de panne concernant les équipements destinés à l'anesthésie et aux soins intensifs et enfin 8,88% est le taux de panne caractérisant les équipements relatifs aux techniques opératoires.

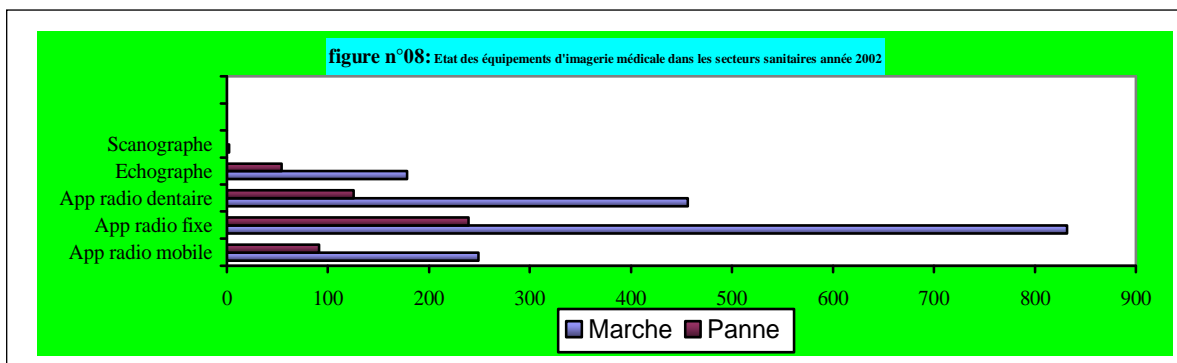
Les pannes caractérisant les équipements médicaux sont dues en grande partie à des carences au niveau de la maintenance, au manque de pièces de rechange, au mauvais achat, à la non fiabilité des appareils, à une sur-utilisation de certains équipements et enfin, au non renouvellement des équipements après avoir longtemps servi et à des cadences parfois effrénées en dépit du régime des appareils qui exige de la modération dans leur utilisation.

L'équipement médical a besoin d'une gestion technico-économique rigoureuse et d'une politique de maintenance appropriée. En effet, une maintenance préventive peut s'avérer moins coûteuse qu'une maintenance curative car notre dépendance en matière de pièces de rechanges est si forte que toute panne est conditionnée par un recours forcé aux fournisseurs étrangers pour leur livraison ou à défaut à une immobilisation de l'appareil. Les fournisseurs algériens en matières de pièces de rechange pour les équipements médicaux sont l'Enie (entreprise nationale des industries électroniques), l'Enapem et enfin l'Enemedi. Le recours aux fournisseurs locaux peut aider les entités sanitaires du pays à éviter des dépenses fortes en devises pour l'achat de pièces de rechanges, toutefois focaliser tous les problèmes de la maintenance des équipements médicaux sur la non disponibilité de pièces de rechange est erronée car pour assurer une longévité d'utilisation de l'équipement médical ou sa durabilité, celle-ci commence par la fiabilité de l'appareil à son acquisition, aux conditions de son utilisation et à une bonne gestion de sa maintenance.

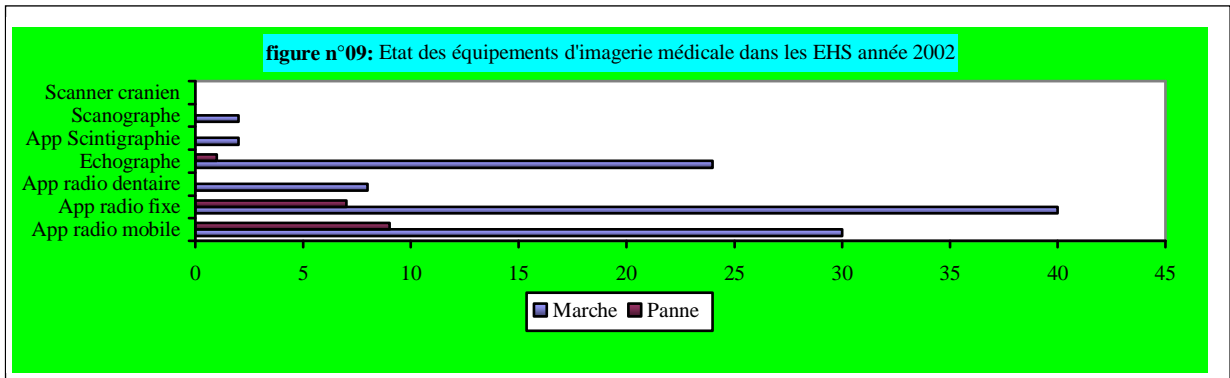
**Tableau n° 16 : état des équipements servant à l'imagerie médicale année 2002.**

Equipement	Appareil radio mobile		Appareil radio-fixes		Appareil radio dentaire		échographes		appareils de scintigraphie		scanographes (corps entier)		scanners crâniens	
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Secteurs sanitaires	249	91	832	239	456	125	178	54	0	0	2	0	0	0
CHU	141	37	129	33	54	21	95	31	5	1	11	2	0	0
EHS	30	9	40	7	8	0	24	1	2	0	2	0	0	0
Total général	420	137	1001	279	518	146	297	86	7	1	15	2	0	0

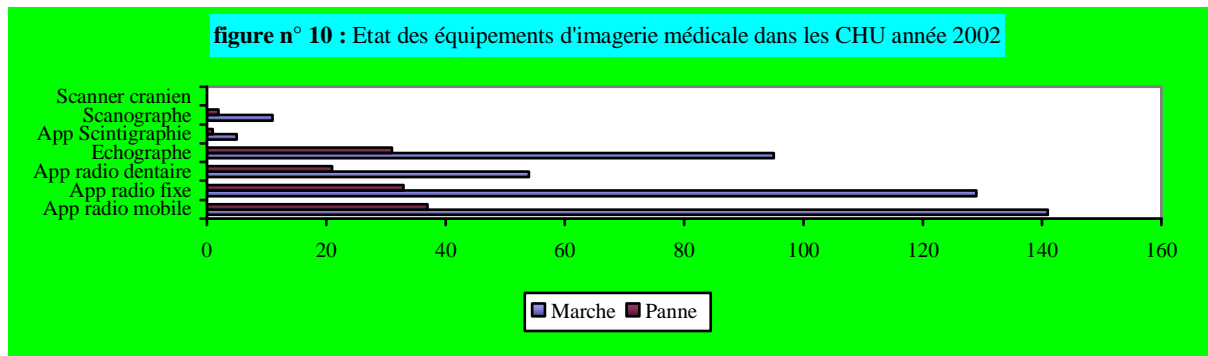
Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, 2002



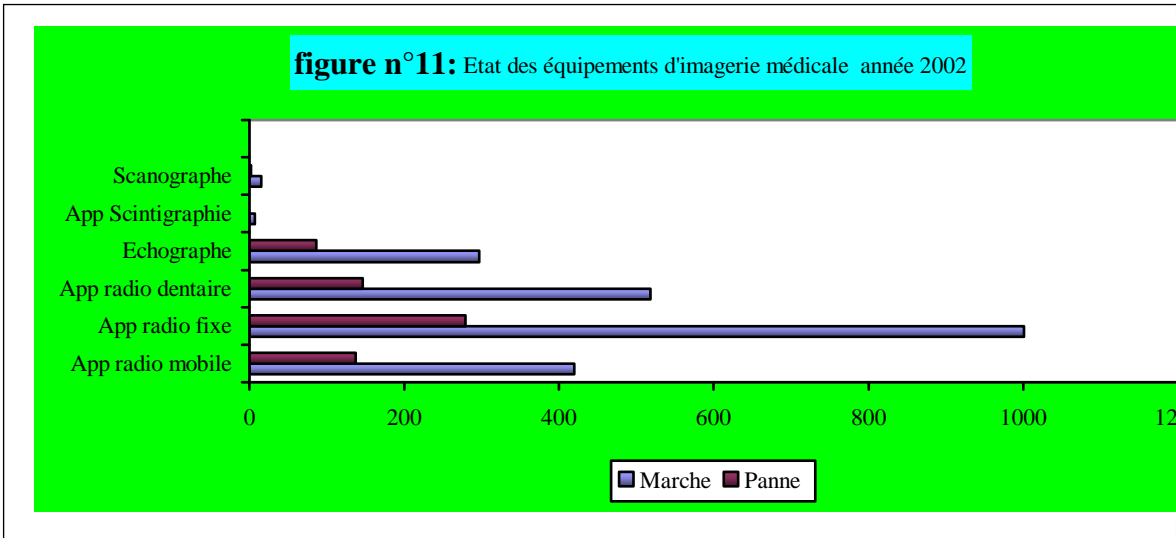
Source : construit sur la base des données du tableau n° 16 « état des équipements servant à l'imagerie médicale année 2002 ».



Source : construit sur la base des données du tableau n° 16 « état des équipements servant à l'imagerie médicale année 2002 ».



Source : construit sur la base des données du tableau n° 16 « état des équipements servant à l'imagerie médicale année 2002 ».

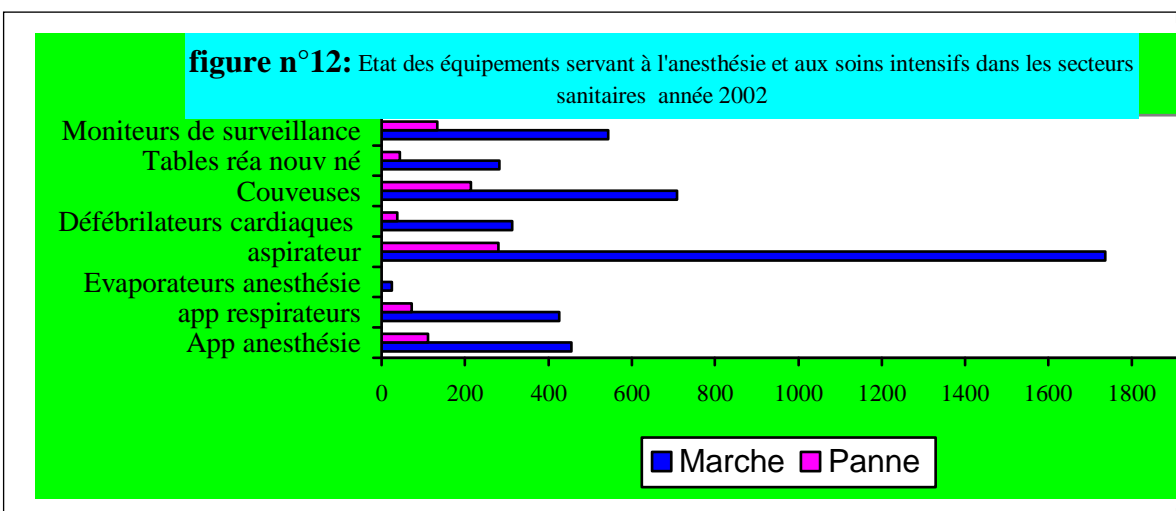


Source : construit sur la base des données du tableau n° 16 « état des équipements servant à l'imagerie médicale année 2002 ».

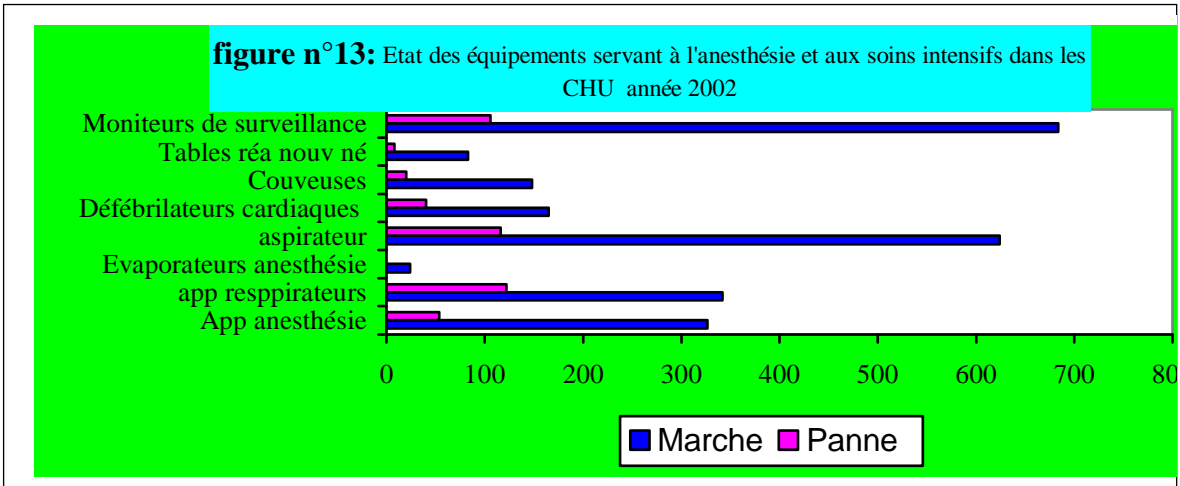
**Tableau n°17: état des équipements servant à l'anesthésie et aux soins intensifs année2002.**

équipement entité sanitaire	Appareil. anesthésie		Appareil. respirateurs		Evaporateur d'anesthésie		Aspirateur médico chirurgical		Défibrilat eur cardiaques		couveuses		Tables Réa- nouvé		Moniteurs de surveillance	
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Secteurs sanitaires	455	111	426	72	24	1	1737	280	314	37	709	214	283	43	544	133
CHU	327	54	342	122	24	0	624	116	165	40	148	20	83	8	684	106
EHS	85	14	99	11	0	0	165	14	52	5	13	4	9	1	189	24
Total général	867	179	867	205	48	1	2526	410	531	82	870	238	375	52	1417	263

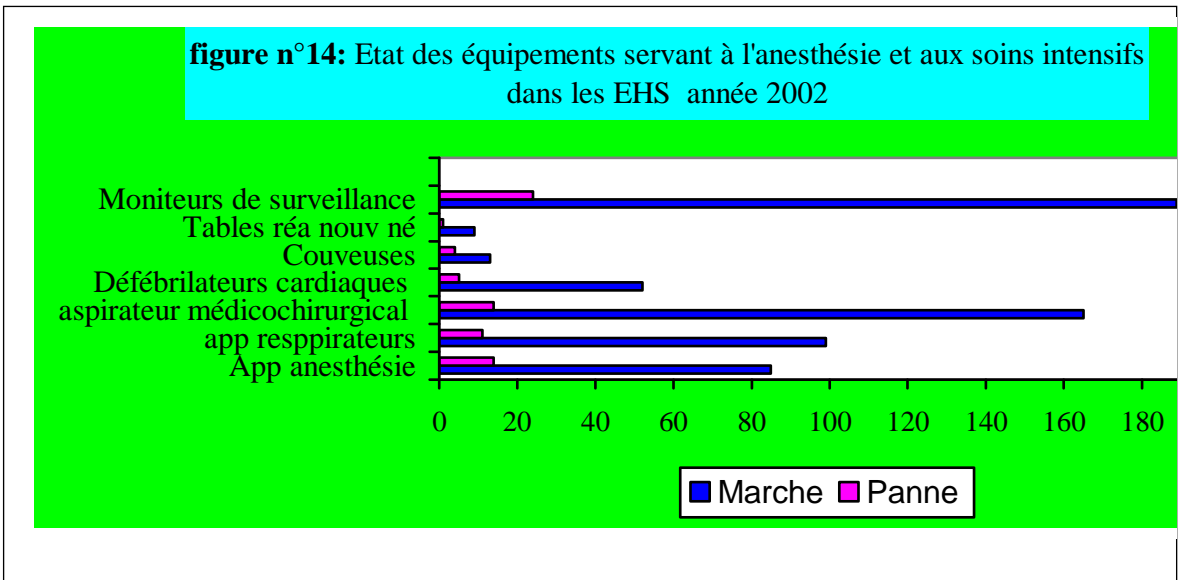
Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, 2002.



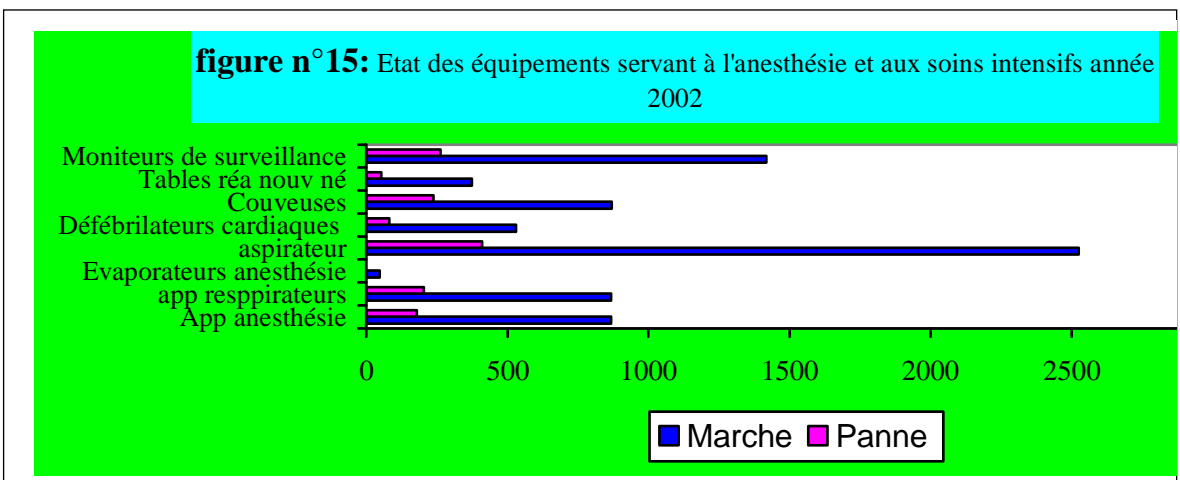
Source : construit sur la base des données du tableau n°17 « état des équipements servant à l'anesthésie et aux soins intensifs année2002 ».



*Source : construit sur la base des données du tableau n°17 « état des équipements servant à l'anesthésie et aux soins intensifs année2002 ».*



*Source : construit sur la base des données du tableau n°17 « état des équipements servant à l'anesthésie et aux soins intensifs année2002 ».*

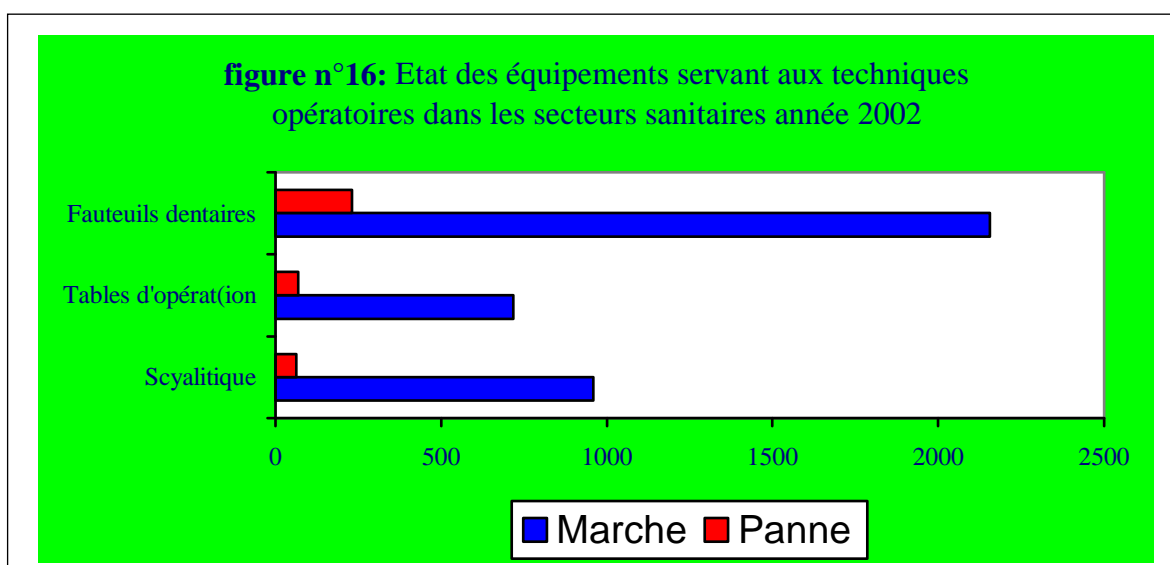


*Source : construit sur la base des données du tableau n°17 « état des équipements servant à l'anesthésie et aux soins intensifs année2002 ».*

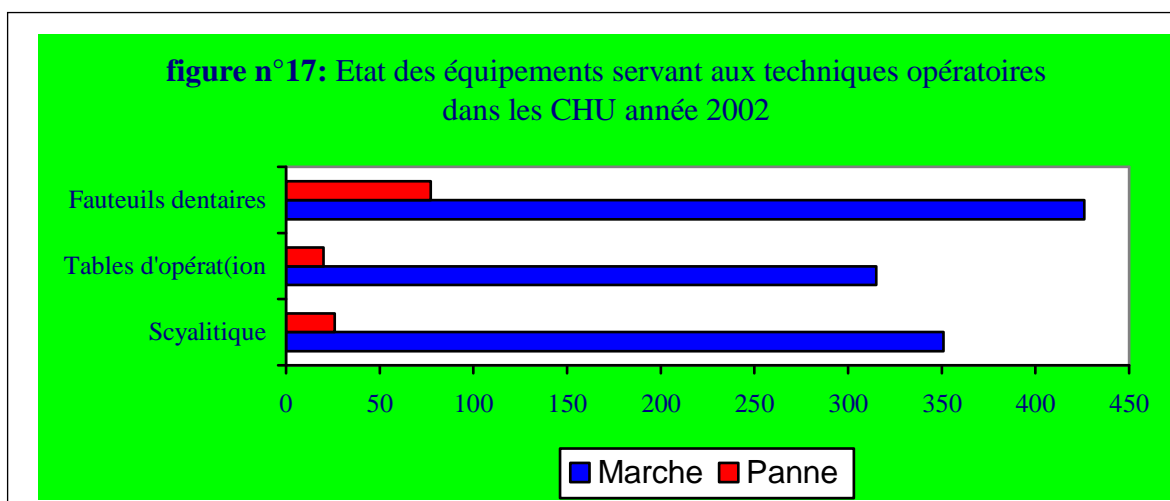
**Tableau n°18 : état des équipements servant aux techniques opératoires, 2002.**

Entité sanitaire	Scialytique		Tables d'opération		Fauteuils dentaires	
	M	P	M	P	M	P
Secteurs sanitaires	959	62	718	69	2156	232
CHU	351	26	315	20	426	77
EHS	73	7	74	3	16	0
Total général	1383	95	1107	92	2598	309

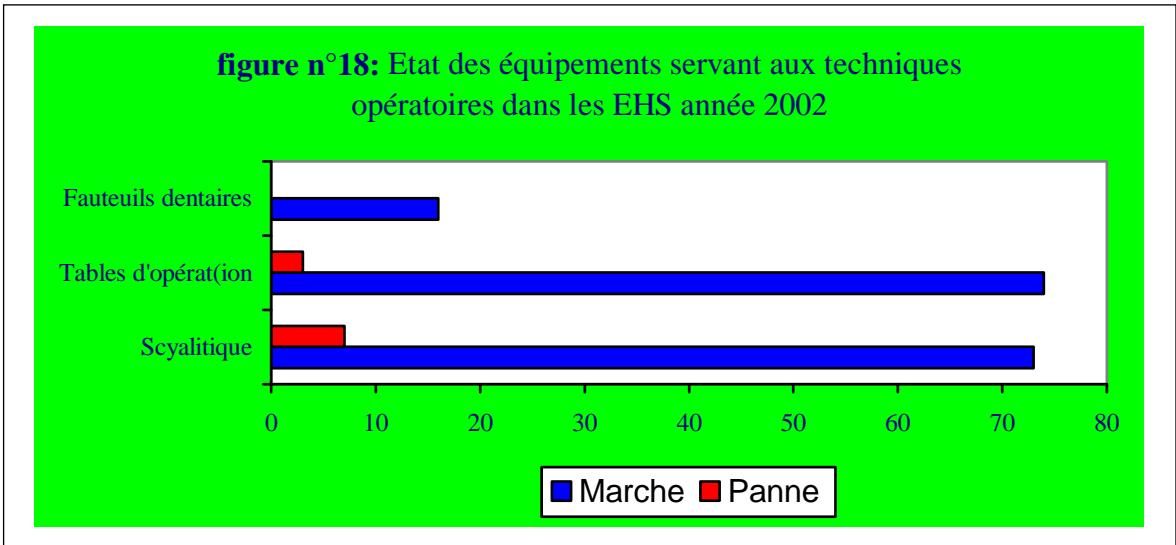
*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002*



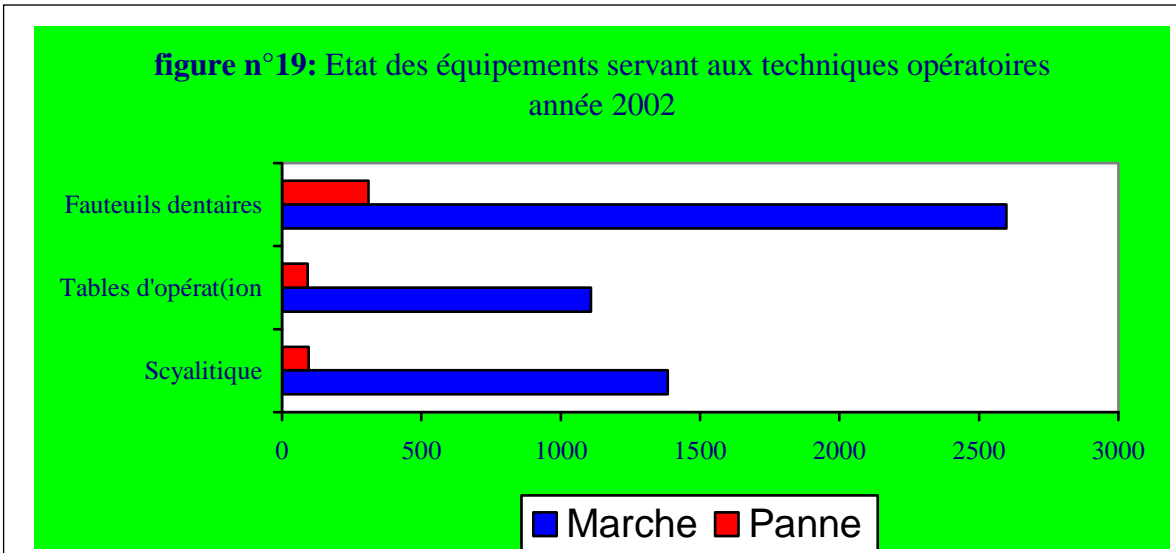
*Source : construit sur la base des données du tableau n°18 « état des équipements servant aux techniques opératoires, 2002 ».*



*Source : construit sur la base des données du tableau n°18 « état des équipements servant aux techniques opératoires, 2002 ».*



Source : construit sur la base des données du tableau n°18 « état des équipements servant aux techniques opératoires, 2002 ».

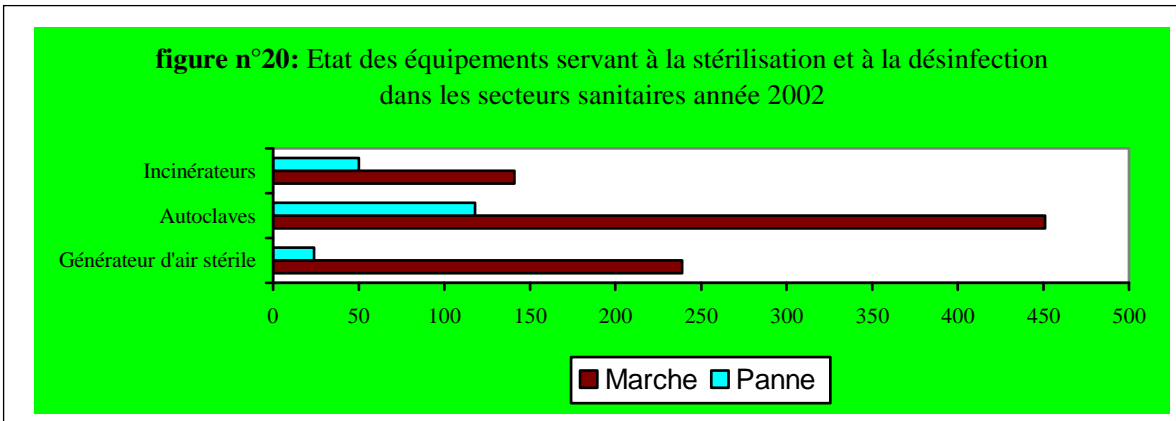


Source : construit sur la base des données du tableau n°18 « état des équipements servant aux techniques opératoires, 2002 ».

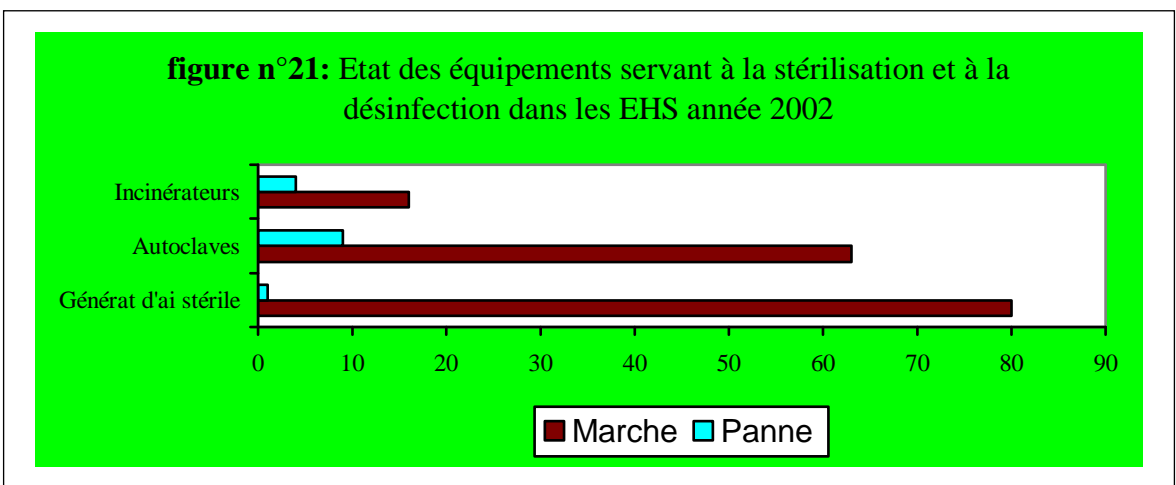
**Tableau n° 19 : état des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection année 2002.**

Entité sanitaire	Générateurs d'air stérile		Autoclaves		Incinérateurs	
	M	P	M	P	M	P
Secteurs sanitaires	239	24	451	118	141	50
CHU	141	11	163	37	20	4
EHS	80	1	63	9	16	4
Total général	460	36	677	164	177	58

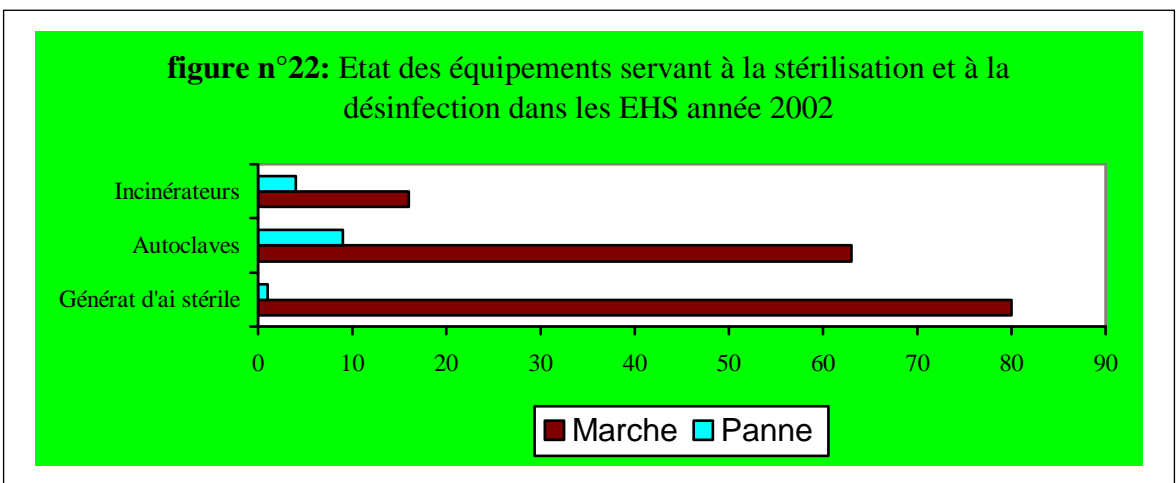
Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2002



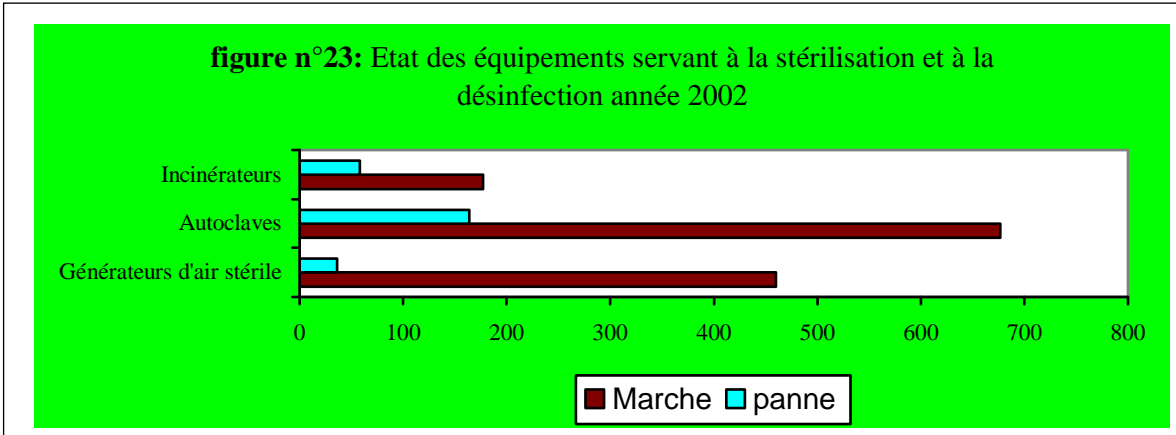
*Source : construit sur la base des données du tableau n°19 « état des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection année 2002 ».*



*Source : construit sur la base des données tableau n°19 « état des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection année 2002 ».*



*Source : construit sur la base des données du tableau n°19 « état des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection année 2002 ».*

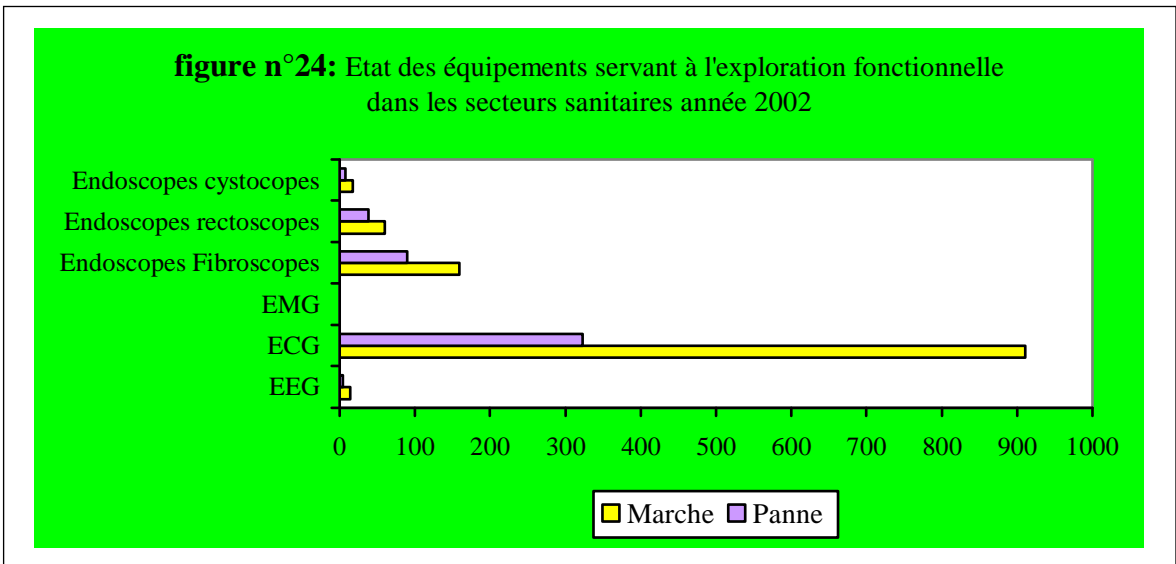


*Source : construit sur la base des données du tableau n°19 « état des équipements servant à la stérilisation et à la désinfection année 2002 ».*

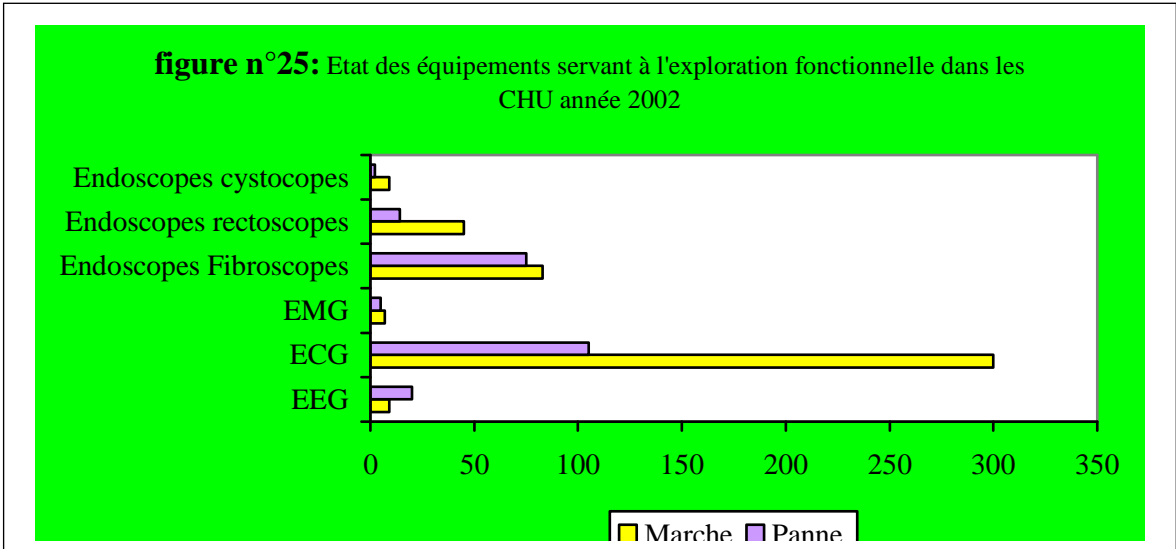
**Tableau n° 20 : état des équipements servant à l'exploration fonctionnelle année 2002.**

Équipement Entité sanitaire	E.E.G		E.C.G		E.M.G		Endoscopes fibroscopes		Endoscopes rectoscopes		Endoscopes cystoscopes	
	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P	M	P
Secteurs sanitaires	14	4	911	323	0	1	159	90	60	38	18	8
CHU	9	20	300	105	7	5	83	75	45	14	9	2
EHS	16	10	105	26	9	3	5	4	4	0	6	14
Total général	39	34	1316	454	16	9	247	169	109	52	33	24

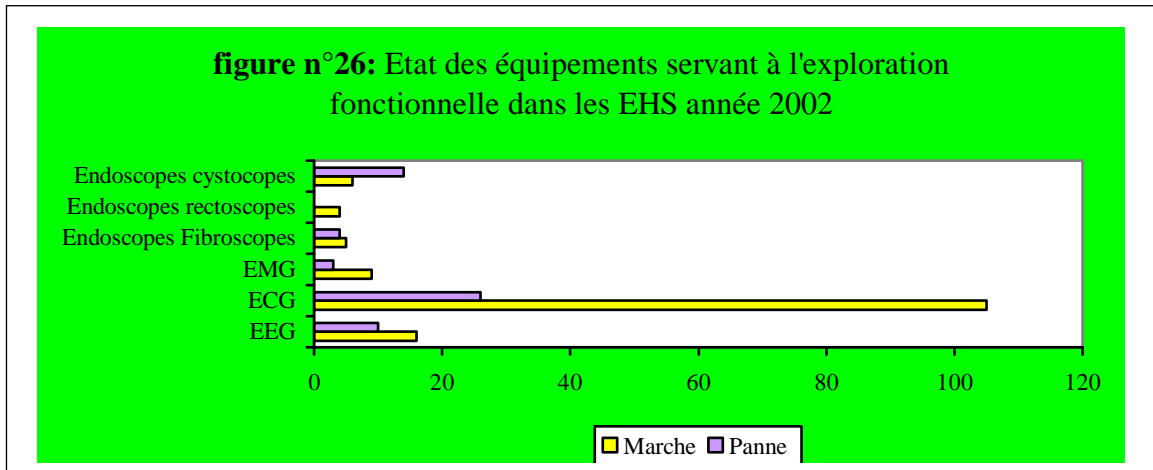
*Source : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, 2002.*



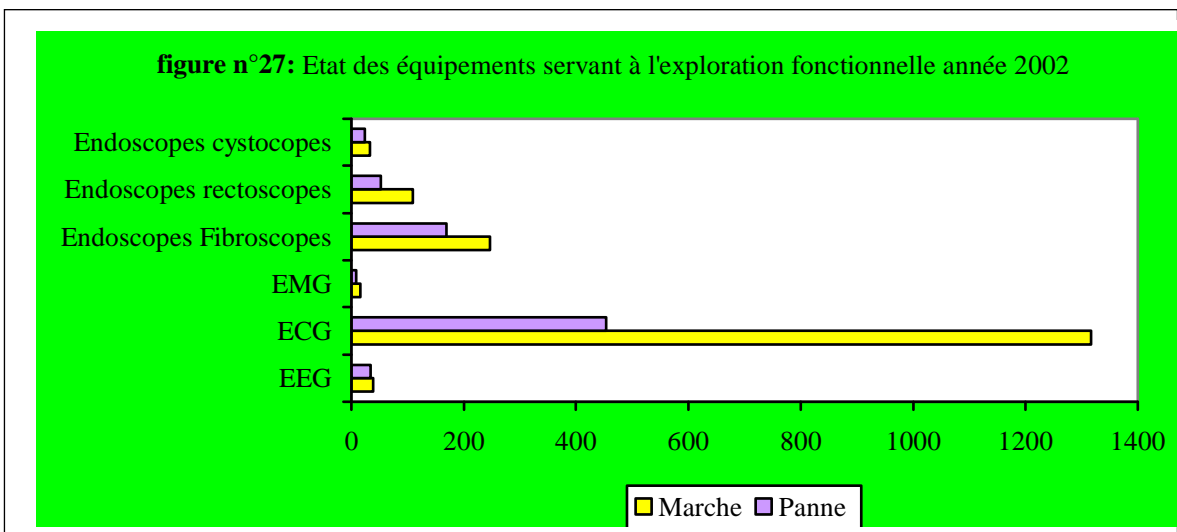
*Source : construit sur la base des données du tableau n°20 « état des équipements servant à l'exploration fonctionnelle année 2002 »*



*Source : construit sur la base du tableau n°20 « état des équipements servant à l'exploration fonctionnelle année 2002 »*



*Source : construit sur la base du tableau n°20 « état des équipements servant à l'exploration fonctionnelle année 2002 »*



*Source : construit sur la base des données du tableau n°20 « état des équipements servant à l'exploration fonctionnelle année 2002 »*

## **6- L'extension de l'offre de soins et la question de l'équité dans l'accès aux soins**

L'extension de l'offre de soins qui répond au principe de l'équité s'est traduite sur le terrain par une remarquable évolution des infrastructures sanitaires, par une évolution du nombre et de la densité médicale de même qu'une évolution explosive pour les autres catégories de personnels médicaux et les autres personnels de soutien et enfin, par une atténuation des déséquilibres régionaux en matière de couverture sanitaire<sup>64</sup>.

Les infrastructures sanitaires se subdivisent en deux catégories : structures assurant l'hospitalisation des malades et structures chargées d'effectuer des consultations. La construction d'hôpitaux a, dans un premier temps, pris le pas sur les structures plus légères avant que la tendance s'inverse<sup>65</sup>. En effet, la croissance de ces structures légères a pris un essor considérable au tournant des années 80.

Le nombre de lits d'hospitalisation, y compris pour le secteur privé, s'élève à la fin de l'année 2001 à 60000 lits, soit en moyenne 2 lits pour 1000 habitants<sup>66</sup> sachant que 96% de ces lits relèvent du secteur public. Le nombre de lits rapporté à la population donne des ratios pour 1000 habitants oscillant entre 3,4 à Alger et 1 à Chlef, soit une répartition spatiale des lits d'hospitalisation allant du simple au double voire même au triple en raison d'une localisation plus dense des structures d'hospitalisation dans la capitale à l'instar des deux wilayas du sud du pays à savoir : Tindouf et Illizi qui se trouvent nettement suréquipées en lits d'hospitalisation pour des raisons plus politiques que sanitaires.

La construction de structures de consultation à l'exemple de polycliniques, centres de santé et salles de soins a été négligée pendant les deux décennies qui ont suivi l'indépendance. En effet, les polycliniques étaient inexistantes jusqu'aux années 80 avant de connaître un essor considérable dépassant par la même les structures hospitalières. A la fin de 2002, le nombre de polycliniques est de l'ordre de 513 alors que le nombre de centres de santé et de salles de soins s'élève à 5 509 unités. L'Algérie dispose donc d'une infrastructure relativement dense soit un ratio de couverture sanitaire en unités de soins de base qui est de l'ordre d'une polyclinique pour 60 000 habitants, d'un centre de santé et d'une salle de soins pour 5000 habitants environ. La démographie médicale a connu, quant à elle, une explosion surtout à partir de la réforme ayant touché les études médicales en 1971 qui donnait une opportunité plus grande pour l'accès aux facultés de médecine pour un nombre plus élevé d'étudiants. En 1962, le nombre de médecins en exercice qui était de 1.279 médecins a augmenté pour atteindre un nombre de 1.760 médecins en 1970 sachant que les médecins étrangers prédominent avec 1.149 médecins contre 611 médecins algériens. La densité médicale est passée de 7.835 habitants par médecin en 1962 à 1.090 habitants en 2002. On observe la même évolution pour les autres catégories de personnels médicaux à savoir :

---

<sup>64</sup> Oufriha .F.Z « Système de santé et population en Algérie », page74 et 75.

<sup>65</sup> Oufriha .F.Z « Système de santé et population en Algérie », page74.

<sup>66</sup> Rapport annuel du MSPRH « la santé des algériennes et des algériens », Alger, décembre 2004.

- ✓ Le nombre de chirurgiens dentistes était en 1970 égal à 308 contre 8.662 en 2002 (soit un ratio de 1/3.620 habitants) ;
- ✓ Le nombre de pharmaciens ne dépassait guère 355 pharmaciens en 1970 contre 5.198 en 2002 (soit un ratio de 1/6.033 habitants) ;
- ✓ Le nombre de paramédicaux était de 14.373 en 1970 contre 86.021 en 2002 ;
- ✓ Le nombre de personnel administratif, technique et de service en 2002 est de l'ordre de 58.210.

L'atténuation des déséquilibres régionaux en matière de couverture sanitaire s'est faite en s'appuyant sur une carte sanitaire considérée comme l'instrument privilégiée pour multiplier, implanter et surtout doter toutes les régions du pays d'infrastructures sanitaires équitablement et judicieusement réparties sur toute l'étendue du territoire national conjugué à l'effort pour la formation de personnels de santé et des personnels administratif, technique et de service. La politique d'atténuation des déséquilibres régionaux visait donc, simultanément aussi bien, de meilleurs indices de couverture en termes d'infrastructures sanitaires que de meilleurs indices de couvertures en termes de personnels médicaux et autres<sup>67</sup>, en vue d'instaurer une équité en matière de soins.

En général, la question de l'équité est délicate à étudier ou à apprécier. L'appréciation de l'équité du système de santé est toute aussi difficile à mener en ce sens que l'équité résulte de transferts entre classes d'âge, entre catégories de revenu et entre malades et biens portants<sup>68</sup>. La notion la plus usitée par la plupart des chercheurs<sup>69</sup> ayant à apprécier l'équité est celle d'égalité de recours aux soins en ce sens que leurs travaux sont tournés vers les disparités de recours aux soins entre les différents milieux ou groupes sociaux afin de tirer les conclusions sur les motifs qui accentuent ces disparités ou les écarts de recours<sup>70</sup>. En Algérie, il n'existe pas d'études réalisées dans ce sens. Disons que les disparités de recours aux soins peuvent se résumer à ce qui suit :

- ✓ Les motifs financiers peuvent réduire, le cas échéant, l'égalité de recours aux soins entre les groupes sociaux à l'exemple du relèvement du ticket modérateur, c'est-à-dire, la part du prix laissée à la charge des patients appartenant à ces différents groupes ce qui est à même de remettre en cause le système d'assurance maladie ;
- ✓ Le faible taux de remboursement de certaines prestations de soins peut être à l'origine d'un écart de recours aux soins ;
- ✓ Les inégalités de recours aux soins s'accroissent lorsque les soins prodigués sont chers et moins bien couverts par l'assurance maladie ;
- ✓ L'accroissement des inégalités aux recours aux prestations des médecins généralistes ou spécialistes du secteur privé s'accroissent lorsque les

<sup>67</sup> Oufriha .F.Z« Système de santé et population en Algérie », pages 75 et76.

<sup>68</sup> Mougeot.M « La régulation du système de santé », rapport du conseil d'analyse économique, la documentation française, Paris, 1994, pages 26 et 27.

<sup>69</sup> Tels les travaux relatifs aux disparités de recours aux soins effectués par Mormiche en France entre 1993 et 1995 qui portent sur la période allant de 1980-1991.

<sup>70</sup> Mougeot.M « La régulation du système de santé », pages 26 et 27.

honoraires pratiqués par ces derniers dépassent de très loin les tarifs standards sur lesquels s'appuie la sécurité sociale pour le remboursement des frais médicaux engagés lors de ces consultations, telle est la situation qui prévaut dans notre pays ;

- ✓ Les disparités de recours aux soins s'accroissent, également, lorsque augmente la proportion d'individus ne bénéficiant ni d'une assurance maladie, ni d'une exonération du ticket modérateur ;
- ✓ Les disparités de recours aux soins peuvent s'accroître lorsque les soins sont tout simplement payants ou que les personnes démunies ne bénéficient d'aucune gratuité ;
- ✓ Les inégalités de recours aux soins s'accroissent lorsque les soins prodigués dans les deux secteurs publics et privés de soins ne sont pas identiques en terme de qualité de prestations fournies, en d'autres termes que le secteur privé de soins payant suit avec beaucoup d'attention ces malades solvables alors que le secteur public de soins qui prône la gratuité déroge à ce besoin, de surcroît, fortement ressenti par les malades s'adressant à ses services.

## **Conclusion du chapitre II**

Au terme de ce chapitre, portant sur l'évaluation des structures de soins (à l'échelle du pays), on constate que ces structures existent en nombre suffisant, bien que leur inscription et leur réalisation soient fortement centralisées. Néanmoins, il convient lorsqu'on évoque le secteur de la santé en Algérie de sortir du schéma classique qui veut réduire l'importance de ce secteur à la simple conjugaison d'efforts pour la construction de nouvelles structures, de leur équipement et enfin, de leur dotation en moyens humains. En effet, le prochain chapitre mettra en relief l'importance de certains éléments comme la collecte de l'information, son traitement et de surcroît avec l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication NTIC. On reviendra, également, sur l'importance du dossier médical, sur la nécessité de l'organisation territoriale des services d'urgences et sur l'intérêt que revêtent les mécanismes de l'évaluation de la qualité de soins au sein des différentes structures du pays.

Le secteur de la santé en Algérie est aujourd'hui plus que jamais interpellé à passer à une phase de consolidation des acquis que sont l'innombrable structures qui existent à l'échelle du pays, des équipements acquis aux prix forts puisqu'ils sont importés de l'étranger et enfin, du formidable potentiel humain formé depuis quelques décennies déjà. Une consolidation qui appelle à une évaluation accrue particulièrement sur la qualité des soins, sur la transcription des actes de soins qui est l'autre face de la même évaluation et enfin, sur les résultats de soins pour arriver à déceler les forces et les faiblesses de notre système de santé.

## Chapitre III

### L'évaluation micro structurelle de l'offre de soins

#### Introduction

L'établissement sanitaire se comporte de structures dotées de lits d'hospitalisation et de structures qui ne remplissent pas la fonction d'hébergement des malades. En Algérie, il existe des établissements sanitaires relevant des secteurs sanitaires<sup>71</sup>, de centres hospitalo-universitaires ou enfin, d'établissements hospitaliers spécialisés. Chacun de ces établissements est organisé autour d'une structure importante qu'est l'hôpital qui est divisé à son tour en plusieurs services dotés de lits d'hospitalisation. Les structures non dotées de lits d'hospitalisation sont rattachées soit aux secteurs sanitaires soit organisées autour d'une polyclinique ou à défaut autour d'un centre de santé. Juridiquement l'hôpital est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est créé par décret exécutif et placé sous la tutelle administrative du ministère de la santé<sup>72</sup> à l'exception du CHU créé par décret exécutif sur proposition conjointe du ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique. Le CHU est placé sous la tutelle administrative du ministère chargé de la santé et la tutelle pédagogique relève du ministère chargé de l'enseignement supérieur. L'hôpital appartenant à un CHU remplit à la fois plusieurs fonctions à savoir une fonction clinique, une fonction de soins, une fonction de recherche en matière médicale et s'occupe de la formation paramédicale. Chaque fonction remplie que ce soit par un hôpital appartenant à un CHU, à un EHS ou à un secteur sanitaire est centrée sur une ou plusieurs activités en vue de la réalisation des objectifs qu'il s'assigne.

L'hôpital était à son origine une institution philanthropique à l'usage exclusif des pauvres<sup>73</sup> et ce en Europe. Il est aujourd'hui le centre de valorisation des fonctions des systèmes de santé. L'activité d'un hôpital reste tributaire de l'importance du nombre de lits que ce dernier recèle, d'une utilisation massive de personnel médical y compris de médecins spécialistes, de paramédicaux, de personnel technique et de service. Elle exige, par ailleurs, l'existence d'un plateau technique, des soins intensifs, d'un service d'urgences et d'un système d'information. L'hôpital a pour vocation de recevoir des malades qui ont besoin d'être bien accueillis, d'être hébergés dans de meilleures conditions afin de leur assurer un confort minimum et doivent de surcroît bénéficier, de meilleures prestations de soins. Par conséquent l'évaluation des structures de soins à l'échelle d'un établissement hospitalier consiste en l'évaluation de son fonctionnement en

---

<sup>71</sup> Les secteurs sanitaires sont aujourd'hui scindés en deux catégories d'établissements :

- les établissements publics hospitaliers (EPH) ;
- les établissements publics de santé de proximité (EPSP).

<sup>72</sup> Les nouveaux établissements publics de santé ainsi créés sont mis sous la tutelle du wali.

<sup>73</sup> Kervasdoue.J & Kimberly.J & Rodwin.V "Santé rationnée", édition Economica, Paris, 1981

général (accueil, conditions d'hébergement ...) et de plusieurs éléments structurels de soins.

## **1- Le fonctionnement général de l'établissement de soins<sup>74</sup>**

Ce fonctionnement est perçu soit par un visiteur<sup>75</sup> qui s'intéresse à l'aspect extérieur de l'établissement, un médecin exerçant à temps plein<sup>76</sup> et surtout par un malade séjournant, dans le milieu hospitalier. Il comporte des points positifs qu'il faudrait renforcer ou des points négatifs qu'il faudrait de toute urgence régler. Un malade peut se souvenir pendant longtemps de l'accueil qu'il a reçu en pénétrant l'enceinte d'un service hospitalier. Il se souvient du délai d'attente aux consultations, du retard accusé aux heures de visites par le médecin soignant, de l'amabilité et de l'écoute du médecin ou de sa négligence. Il ne pardonnera pas une nourriture médiocre, une chambre dont le nettoyage est mal fait, des bruits assourdissants, un personnel peu disponible et moins attentif. Le malade hospitalisé est certes, inactif et généralement angoissé, mais il reste un sujet dont la demande est importante en matière d'attention. Le malade est appelé dans les structures publiques de soins à fournir une contribution financière, il se considère donc comme un usager du système de soins qui exprime clairement des exigences alors que du temps de la gratuité de soins ces exigences étaient plus enfouies et plus discrètes. L'évaluation du fonctionnement de l'établissement de soins concerne donc l'évaluation de la qualité de l'accueil des malades, les aspects hôteliers (les couloirs, les chambres et l'hygiène de l'hôtellerie), les services existants, les services généraux...

### **1-1- L'évaluation de la qualité de l'accueil**

L'accueil est d'une importance capitale pour le malade étant donné qu'il ne se résume pas au premier contact établi entre lui et l'institution à même de le prendre en charge. En effet, évaluer la qualité de l'accueil, c'est se pencher sur les aspects administratifs d'une hospitalisation, sur les formalités d'admission et de sortie. C'est également examiner sur un plan plus technique toutes les possibilités offertes en matière d'examens complémentaires effectués sur le malade et l'accueil qui lui est réservé au niveau du service des urgences. Il est relativement simple d'organiser des démarches allant dans le sens de limiter pour le malade le temps d'attente en offrant à ce dernier la possibilité de régler les modalités de son admission au préalable lors de sa consultation médicale, de charger des secrétaires ou des infirmiers (ères) pour prendre en main toutes les formalités administratives de son admission ou de sa sortie, les examens complémentaires peuvent être rendus dans leur globalité pour rendre un diagnostic plus exhaustif, de même qu'il est inadmissible pour un surveillant médical, chargé d'une unité de soins, de convoquer

---

<sup>74</sup> L'hôpital est un lieu de soins pour les malades, un lieu de travail pour le personnel, un lieu d'accueil pour les visiteurs.

<sup>75</sup> Un visiteur peut s'intéresser aux aspects extérieurs de l'établissement, à la tenue vestimentaire des personnels, à la signalisation qui peut être bonne ou pas du tout réussie provoquant par la même de longues errances qui finiront par déranger le personnel lorsque ces dernières favorisent les intrusions dans les zones interdites ou réservées...

<sup>76</sup> Satisfait ou non des conditions d'exercice dans l'établissement de soins dont il relève.

pour une consultation plusieurs patients, à la fois, à une date et à une heure fixe sachant que la plupart d'entre eux ne pourront tous être vus et examinés au même moment. Pris sous un autre angle, évaluer la qualité de l'accueil, c'est créer un service chargé de l'accueil et de l'orientation des malades, de leurs proches et parents, comme cela a été le cas pour le bureau des entrées, c'est se mettre à l'écoute du patient, c'est élaborer des accès et des circuits à l'intérieur de l'établissement hospitalier, c'est aménager des espaces d'attente, de détente, des aires de stationnement pour les véhicules des personnes accompagnant les malades évacués sur l'hôpital et des espaces verts à l'intérieur des établissements pour le confort des malades et de leurs proches ...

## **1-2- L'évaluation des aspects hôteliers**

Un hôpital moderne ressemble de plus en plus à un hôtel confortable dans ses aspects strictement hôteliers. Cela est d'autant plus vrai si l'on masque la réalité technique et de plus en plus complexe d'un hôpital. Evaluer la qualité des aspects hôteliers revient à s'intéresser au confort, à l'hygiène, à la restauration et enfin, à la sécurité des malades. Cette évaluation peut se faire grâce à l'observation détaillée des locaux d'hospitalisation de jour, du salon d'attente, des toilettes visiteurs, des couloirs, de la chambre et du service où le malade est admis, des services existants<sup>77</sup> au sein de ce même service, de l'hygiène de l'hôtellerie, des services généraux... Avec un peu d'expérience mais beaucoup de tact, on arrive à se faire une opinion sur ces aspects hôteliers et ce, en observant attentivement les locaux de l'établissement de soins et plus particulièrement, les toilettes visiteurs qui nous renseignent d'une manière semblable sur l'état de salubrité dont se trouve l'établissement en question.

Les couloirs peuvent être évalués par rapport à leur largeur et surtout à leur luminosité. L'alignement central des éclairages provoque l'éblouissement des malades allongés se trouvant sur des brancards, par contre un éclairage latéral serait plus agréable. Les barres d'appui sont nécessaires pour le déplacement des patients fatigués, de même que les plaques servant à la protection des murs pour éviter leur détérioration, lors du déplacement des malades que ce soit dans leur lits ou dans des brancards.

Dans la chambre d'un malade, l'observation peut être portée aussi bien sur la literie<sup>78</sup> que sur les sanitaires et les équipements. Chaque chambre doit être équipée d'un sanitaire et d'une salle de bain séparée. La douche doit se trouver intégrée au sol afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant et surtout d'éviter des

---

<sup>77</sup> Tels un téléviseur (à condition que le niveau du son soit préréglé ou donner à chaque malade un casque pour lui permettre d'écouter les programmes retransmis sans provoquer de gêne particulière pour le malade à coté), possibilité d'écouter un programme radiophonique, un point de vente de livres et journaux doit être aménagé à l'intérieur de l'établissement ou un service de prêt de livres et CD, possibilité de poursuivre une activité professionnelle tout en étant hospitalisé, etc.

<sup>78</sup> Pour certains établissements de soins, la totalité des lits est d'une vétusté avancée car ces lits sont acquis à l'ouverture de ces établissements. Les matelas ne résistent pas très longtemps du fait que les proches et/ou visiteurs des malades s'y assoient au lieu de prendre des chaises (dès fois ils s'assoient sur les matelas en raison de l'absence de chaises). Les draps et les couvertures, bien qu'elles soient renouvelées, subissent les aléas d'une buanderie dépassée.

malencontreuses chutes. La cuvette de WC doit être fixée au mur et non posée au sol pour en faciliter le nettoyage. Chaque patient doit pouvoir disposer de son lavabo personnel, d'une tablette pour déposer ses affaires de toilette et d'une armoire indépendante où seront rangés cuvettes et urinaux pour éviter le risque de confusion de matériel entre les patients. Le mobilier de la chambre doit être ergonomique<sup>79</sup>, c'est-à-dire qu'il doit être adapté aussi bien pour le personnel soignant que pour le malade. Une arrivée d'oxygène et d'aspiration par malade dans chacune des chambres est toute aussi nécessaire de même qu'il faudrait installer un nombre important de prises de courant pour permettre le branchement des appareils de surveillance et d'assistance. Une possibilité d'appel pour alerter le personnel infirmier doit être prévue pour chaque lit. Toutefois, il serait très difficile d'assurer un hébergement confortable d'un malade si la surface d'une chambre à deux lits est inférieure à vingt mètres carrés et en incluant les sanitaires cette surface doit faire au minimum vingt cinq mètres carrés.

En ce qui concerne l'hygiène de l'hôtellerie, celle-ci doit être rigoureusement analysée car la sécurité du patient en dépend. Une hygiène corporelle est recommandée à l'exemple du lavage régulier des mains pour éviter la transmission des bactéries et autres virus. Une tenue vestimentaire pour le personnel soignant est de ce fait exigée. Le nettoyage et la désinfection<sup>80</sup> des chambres doivent intervenir à chaque fois que cela est nécessaire. Des recommandations simples et réalistes peuvent être émises en vue d'assurer une irréprochable hygiène de l'hôtellerie, à l'exemple, du changement de tenues fortement contaminées du personnel chargé de l'hygiène après une journée passée à nettoyer les chambres, les sanitaires ou le matériel souillé. En cas d'infection, les attitudes des uns et des autres doivent être cohérentes en ce sens que des mesures de protection doivent sciemment être appliquées comme le port du masque, des gants, d'une blouse, d'une coiffe pour tout le personnel et surtout l'isolement des malades. Les pathologies infectieuses comporte des implications en matière hôtelière comme : le nettoyage quotidien des chambres, le nettoyage au départ du patient, des restrictions d'admission dans la chambre où ces pathologies existent, la désinfection des locaux ou des chambres<sup>81</sup>...Néanmoins une formation insuffisante du personnel et de l'encadrement peut s'avérer coûteuse pour l'établissement appelé à utiliser de grandes quantités de produits très chers et même toxiques pour enrayer les traces des maladies infectieuses alors que des méthodes économiques, simples et souvent efficaces existent. En effet, un nettoyage peut être réalisé efficacement avec des moyens très simples : utilisation de serpillières ou à défaut de chiffons jetables<sup>82</sup> que l'on plonge dans un sceau contenant une solution diluée de détergent désinfectant pour le nettoyage des surfaces du sol, utilisation de gants et de tabliers jetables en cas de situation particulière où le risque de souillure est important, ne pas réutiliser un matériel souillé, des précautions particulières doivent être prises dans le

---

<sup>79</sup> Il doit comporter une table de lit, un fauteuil, un repose pied et une chaise.

<sup>80</sup> Les techniques employées pour le nettoyage, la désinfection des chambres, l'hygiène corporelle et vestimentaire doivent faire l'objet d'une attention particulière.

<sup>81</sup> Cette désinfection a pour conséquences la pollution de l'atmosphère dans la chambre et les locaux de l'établissement. C'est avec une aération prolongée et naturelle que l'on arrive à rétablir la situation et même à accueillir de nouveaux malades dans la chambre en question.

<sup>82</sup> De la sorte la solution où ils sont émergés reste propre en permanence.

traitement du linge sale et des déchets en fonction de leur niveau de contamination etc.

Un hôpital est une organisation assez complexe qui recourt à l'utilisation et à la consommation de l'eau, de l'énergie, du linge, d'aliments, de médicaments, de solutés, de produits et matériels divers. Les différents secteurs dont il se compose sont tout aussi complexes avec des bâtiments comportant des réseaux électriques, des circuits de fluides médicaux, des installations et des équipements servant à différents usages. L'activité de soins qui lui incombe comporte des rejets ou des masses considérables de déchets dont une part importante est potentiellement dangereuse du fait d'être infectée par des bactéries et virus. Toute cette logistique a des conséquences sur le plan financier, mais également reflète le niveau de fonctionnement de l'établissement qui peut être bon ou mauvais. Ce sont les services généraux<sup>83</sup> et les services logistiques<sup>84</sup> qui s'occupent des activités déjà énumérées. Ces services sont tenus d'assurer un fonctionnement de la cuisine, de l'approvisionnement en linge, de la sécurité technique (réseau électrique, incendie...), de la gestion des déchets solides et liquides... Il importe donc d'évaluer toutes ces activités surtout en termes de sécurité de l'établissement, du personnel et des malades séjournant dans les différents services hospitaliers. Un linge mal traité peut être à l'origine des irritations épidermiques favorisant des plaies qui peuvent entraîner des complications lorsque ces plaies sont exposées à des sources de contamination. Un établissement de soins peut, dans certains cas, faire appel à l'intervention de prestataires extérieurs pour le traitement du linge.

Les feux peuvent se déclarer, à tout instant dans les réseaux électriques, dans des installations comportant des fuseaux électriques ou bien entendu dans les cuisines, ce qui démontre que la sécurité au sein des établissements contre les incendies se doit d'être une priorité. L'observation détaillée des pratiques quotidiennes permet de déceler certaines anomalies en matière de sécurité contre l'incendie qu'il faudrait corriger comme une sur utilisation de certains équipements. L'exigence de sécurité des établissements de soins doit inspirer le législateur pour adopter de textes réglementaires ou observer des règles de sécurité élaborées sous le contrôle d'organismes spécialisés.

La cuisine joue un rôle important dans l'alimentation du malade. Elle peut être une source de satisfaction pour les usagers ou la clientèle de l'établissement de soins mais elle comporte également des risques en termes de sécurité alimentaire à l'exemple des intoxications qui peuvent survenir de temps à autre dans une cuisine assurée pour toute une collectivité. Le volet séjour du patient a été toujours relégué au second plan, dans les établissements de santé en Algérie, arguant l'insuffisance de crédits pour améliorer la confection de plats souvent rejetés par les malades. Cet état de fait a été ensuite encouragé par la participation des malades et de leurs parents qui commençaient à se substituer peu à peu aux établissements de soins

---

<sup>83</sup> Les services généraux sont représentés par les services de la restauration, de la cuisine, de la cuisine diététique, de la biberonnerie, du restaurant du personnel...

<sup>84</sup> Les services logistiques sont représentés par les services d'approvisionnement (magasin hôtelier, magasin médical, lingerie), service central de nettoyage, service de transport hôtelier et médical, service d'écologie médical (traitement des déchets...)

pour tout ce qui est volet alimentation et lingerie aggravant ainsi le désengagement de l'administration qui transgresse le règlement intérieur et ce en exposant la structure de soins, le personnel et surtout le malade à des risques alimentaires très importants. En effet, les repas confectionnés en dehors de l'établissement échappent à deux types de contrôle indispensables en matière alimentaire. Le contrôle diététique effectué par des spécialistes pour équilibrer et varier les menus intervenant ainsi pour éviter les déséquilibres dans la constitution des repas confectionnés au gré des habitudes alimentaires locales. Ce contrôle peut également intervenir dans les cas les plus sévères de réalimentation des malades après une intervention chirurgicale lourde. Le contrôle bactériologique suppose que les services généraux soient organisés par secteurs d'activités, c'est-à-dire que les passages d'un secteur d'activité à l'autre se font selon le principe dit « de la marche en avant » qui signifie que les circuits propres et sales ne doivent jamais se croiser. Ainsi les légumes doivent être convenablement lavés et épluchés avant de passer au service chargé de les préparer.

La gestion des déchets est une activité importante pour l'établissement de soins car ces déchets comportent des risques non négligeables liés à leurs caractères infectieux<sup>85</sup> et toxiques. Son évaluation porte sur l'élimination de ces déchets qui représente l'ensemble des étapes portant sur le tri, les conditions de stockage, de compactage, de transport final et de destruction de ces derniers. Lorsque l'établissement est contraint de prendre en charge la destruction de ses déchets, il s'ensuit des charges financières très importantes. Le tri de ces déchets consiste à différencier à la source et le plus près possible de l'acte ou de l'activité de soins les différents types de déchets à savoir :-les déchets d'activités de soins assimilables aux ordures ménagères (DAOM) ;-les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)<sup>86</sup>. Ce tri doit s'effectuer par la mise en place de moyens de récupération à l'exemple de sacs en plastiques aux couleurs différenciées choisis en fonction de la nature des déchets : les sacs en plastique de couleur noir<sup>87</sup> peuvent être utilisés pour les DAOM et la couleur jaune peut être utilisée pour les DASRI. Les déchets piquants et tranchants à l'exemple de seringues et autres objets tranchants doivent obligatoirement être éliminés dans des boîtes spécifiques.

## **2-Les éléments structurels de soins**

Ces derniers peuvent se résumer à l'évaluation des points ci après entres autres : les locaux ou les bâtiments servant à l'hébergement des malades, le nombre de lits, le plateau technique, le personnel médical et paramédical, le taux d'encadrement médical et paramédical par lit, le nombre de médecins spécialistes, l'existence de soins intensifs, de consultations externes ainsi que d'un service d'urgence, de l'existence d'un système d'information, d'une organisation sanitaire

---

<sup>85</sup> Une infection est la conséquence de l'entrée dans le corps de micro-organismes (bactérie, virus, champignon, parasite) capables de s'y multiplier. L'infection peut s'accompagner de manifestations cliniques (infection patente) ou non (infection inapparente)

<sup>86</sup> Il existe en fait un troisième type de déchets à savoir : les déchets toxiques ou radio-actifs qui présentent des risques infectieux, chimiques, toxiques et radio-actifs.

<sup>87</sup> Ces sacs en plastiques noirs sont interdits en raison de la lenteur concernant leur biodégradabilité ce qui suppose l'utilisation d'une autre couleur et surtout des sacs biodégradables.

et administrative, de l'existence d'un mécanisme formel d'évaluation de la qualité des soins etc....

## **2-1- Les locaux (bâtiments)**

Il s'agit des bâtiments servant à abriter les malades ainsi que tout le personnel employé dans un hôpital et les moyens nécessaires pour la délivrance des soins. Ces locaux sont-ils suffisamment spacieux pour l'accueil ainsi que le déplacement des malades puisse s'opérer sans trop de difficulté ? Les bâtiments contenant les différents services sont ils éloignés les uns des autres ? Voilà autant de questions qui méritent réponses.

### **2-1-1- La conception et la réalisation de centres hospitaliers**

Il existe dans un hôpital cinq grands secteurs : les services d'hospitalisation, les services médico-techniques ou ce qu'on appelle communément le plateau technique, les services logistiques, les services administratifs et techniques. Cette subdivision de l'hôpital en plusieurs entités est intéressante à effectuer puisque ce sont des entités assumant différentes fonctions quoique complémentaires. De ce fait, il est intéressant de mettre en évidence comment sont aménagés ces bâtiments de telle sorte qu'ils répondent aux mieux à la fonction principale d'un hôpital qu'est la production des soins dans de meilleures conditions. C'est l'architecture qui traduit en définitive, dans l'espace, la réalité de l'aménagement de ces différents secteurs en question.

Les options architecturales retenues pour la conception et la réalisation d'hôpitaux sont nombreuses. En effet, nous retenons quatre options architecturales qui ont servi de modèles que ce soit en Algérie ou ailleurs à travers le monde qui sont : le modèle de superposition, le modèle de juxtaposition, le modèle d'intégration et enfin le modèle pavillonnaire<sup>88</sup>. On évoque la superposition lorsque le volume architectural abritant les services d'hospitalisation est déposé ou établi sur celui des services médico-techniques et autres que compte l'hôpital. La juxtaposition est obtenue lorsque le plateau des services techniques est hébergé dans un bâtiment annexé à celui de l'hospitalisation. Dans l'intégration, on tend à regrouper les différents services médico-techniques avec les unités d'hospitalisation qu'ils desservent enfin, dans le modèle pavillonnaire les services d'hospitalisation, les services médico-techniques et autres sont réalisés sous forme de pavillons.

- ✓ **La superposition** présente comme principaux avantages une réduction sensible des déplacements horizontaux considérés comme lents et coûteux et un encombrement au sol plus limité<sup>89</sup>. Le déplacement des malades se fait d'une manière verticale lorsqu'il s'agit d'accomplir sur eux des examens complémentaires. Le souci majeur qui se pose c'est lorsque les ascenseurs tombent en panne, il est alors très difficile de procéder aux déplacements des

---

<sup>88</sup> La conception et la réalisation de centres hospitaliers en Algérie ou ailleurs obéissent à ces différents modèles architecturaux soit de manière fidèle, soit par le mixage de deux d'entre eux.

<sup>89</sup> Hoet.T « l'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle », éditions Lamarre, Paris, 1993.

malades, surtout, pour ceux qui présentent une incapacité à se mouvoir et pour les visiteurs, le nombre d'étages à monter pour accéder aux services d'hospitalisation présentent des inconvénients pour des sujets âgés en plus du risque des encombrements susceptibles de se créer lors des déplacements aux différents étages qui surplombent l'édifice dont les contenants sont identiques ou s'amenuisent au fur à mesure que l'on grimpe les étages. Néanmoins, cette formule présente des inconvénients sur le plan architectural du fait qu'elle manque de flexibilité du fait des contraintes que fait peser la présence des services d'hospitalisation sur le socle sur lesquels ils reposent.

- ✓ **La juxtaposition** présente pratiquement les mêmes avantages que ceux retenus pour la superposition à fortiori que ces deux options architecturales sont presque semblables néanmoins, la seule différence se situe lors du déplacement des malades qui ne se fait pas désormais uniquement d'une façon verticale, mais de la verticale vers l'horizontale ce qui augmente les trajets que feront les malades et les visiteurs. Dans le cas où les services médico-techniques seraient annexés à ceux de l'hospitalisation, mais ne seraient pas raccordés par un seul passage les malades se verraient dans l'obligation de sortir complètement du « bloc » servant à l'hospitalisation pour accomplir les examens complémentaires, d'où des désagréments supplémentaires pour des malades déjà affligés. Sur le plan strictement architectural, cette option est la mieux adaptée à la flexibilité puisqu'elle permet les accommodements nécessaires aux exigences de l'évolution puisqu'il est possible de songer à l'extension d'un étage au-delà du gabarit de celui qui est sous-jacent. En revanche, la longueur des trajets horizontaux augmente, ainsi que l'emprise de la surface au sol<sup>90</sup>.
- ✓ **L'intégration** est une option architecturale qui a rencontrée quelques adeptes au départ mais dont l'évolution des techniques médicales a, toutefois, montrée les limites. En effet, certains services médico-techniques intéressent plusieurs sinon toutes les disciplines, tel est le cas de l'imagerie médicale ou de l'endoscopie, le choix de leur implantation devient difficile et ambigu. L'exercice de l'intégration a été, parfois poussé plus loin au point de rassembler les cabinets de consultation dans les mêmes entités de lits et de locaux techniques. Une telle situation est intenable puisqu'on crée des hôpitaux dans un seul hôpital et un chaos incontrôlable dans les circuits. Néanmoins, cette option architecturale n'existe pas dans sa forme systématique. **Quant à la forme pavillonnaire**, celle-ci n'est pas adaptée à l'économie des trafics qui est à l'origine des conceptions des différents modèles architecturaux puisque les déplacements des malades et des visiteurs sont plus pédestres que mécanisés et sont donc plus longs et pénibles.

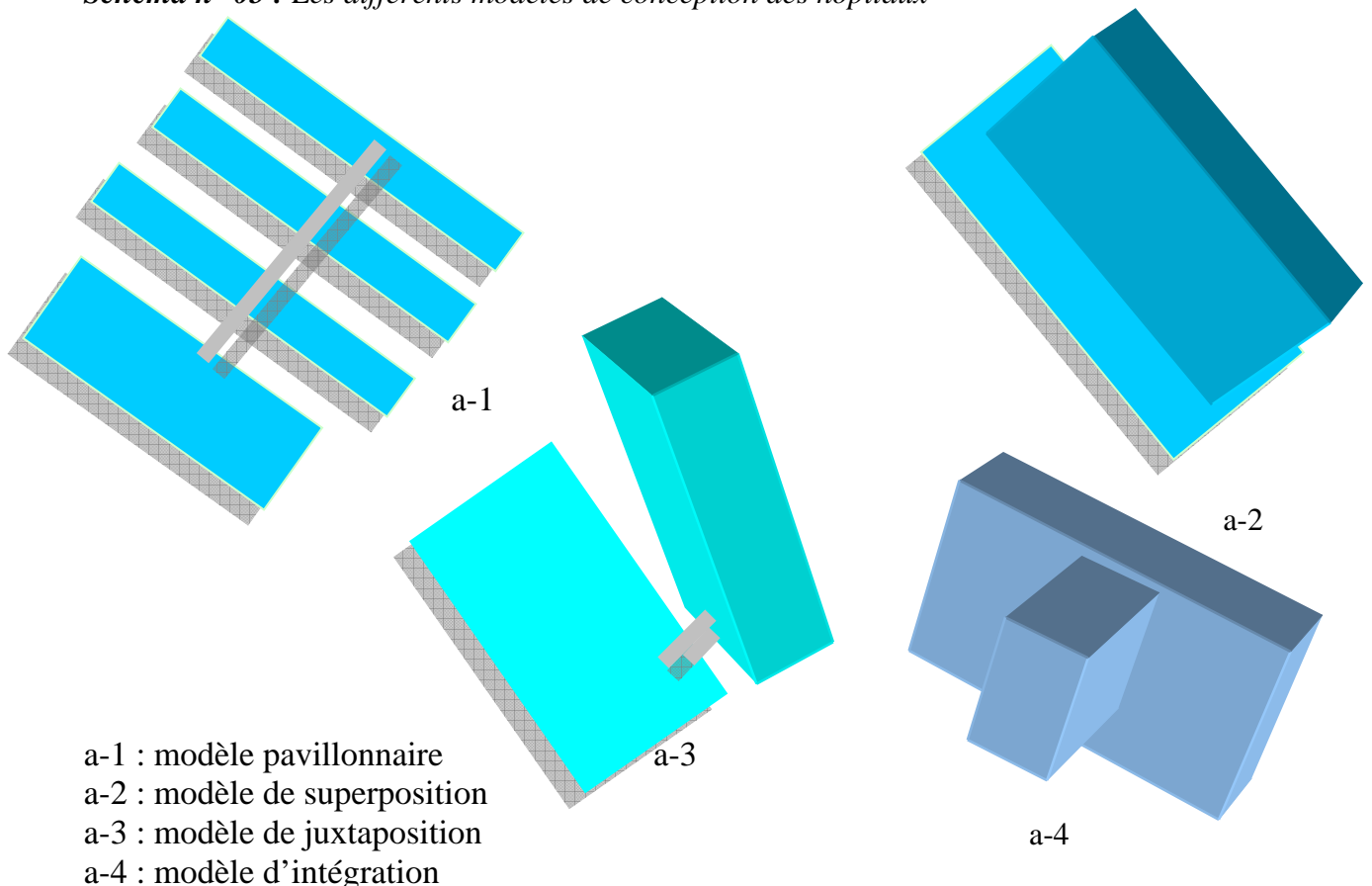
La conception et la réalisation de centres hospitaliers en Algérie ou ailleurs obéissent à ces différents modèles architecturaux soit de manière fidèle, soit par le

---

<sup>90</sup> Hoet.T « l'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXIeme siècle », éditions Lamarre, Paris, 1993.

mixage de deux d'entre eux. La superposition est le modèle qui représente le mieux la tradition contemporaine dans la réalisation des centres hospitaliers à travers le monde étant donné qu'il offre un avantage en matière d'économie des trafics, en d'autres termes on est parvenu à travers cette conception architecturale, à une substitution presque parfaite des mouvements verticaux mécanisés censés être les plus rapides et les moins pénibles aux difficiles transports pédestres horizontaux. Les inconvénients majeurs inhérents à cette substitution sont liés au trafic des malades hospitalisés qui ne cesse de croître avec le développement du recours aux technologies de soins ou aux moyens médicaux techniques indispensables à la pose du diagnostic, ce qui suppose des mouvements verticaux plus intenses. Par ailleurs, la gestion moderne des hôpitaux nécessite la réduction des stocks (de linge, de consommables, de pharmacie etc....) pour éviter les vols, l'éventualité de péremption et l'impossibilité d'inventaire. Avec le développement de l'informatique, il est plus facile d'ajuster les stocks aux besoins ressentis par l'institution sanitaire, cela réduit certes, le capital financier investi mais implique une distribution beaucoup plus fréquente ce qui suppose, à son tour, des mouvements verticaux plus nombreux. En définitive le remplacement, des mouvements horizontaux par des mouvements verticaux, présente à, bien des égards, des limites. Ajouté à cela, les problèmes que posent la concentration des services en matière de transmission des infections à savoir : les infections nosocomiales.

*Schéma n° 05 : Les différents modèles de conception des hôpitaux*



**Source :** Hoet.T « l'hôpital confronté à son avenir : actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle », éditions Lamarre, Paris, 1993.

## **2-1-2- La conception des unités de soins ou des unités d'hospitalisation**

Après avoir passé en revue la conception des hôpitaux, qu'en est-il de la conception des unités de soins ou des unités d'hospitalisation?

C'est dans les pays anglo-saxons et en particulier aux États-Unis d'Amérique qu'on a vu apparaître des groupes de recherche sur la planification et l'organisation des hôpitaux et des études ont été menées dans ce sens par des experts constitués principalement d'administrateurs, de médecins, d'infirmiers (ères) et d'architectes. Ces derniers ont mené des expériences en vue de déterminer les exigences fonctionnelles de l'unité de soins. Ils cherchaient, avant toute chose, à définir les principes fondamentaux à retenir pour la conception des unités courantes sachant que toute particularité due à une spécialisation pourrait être étudiée compte tenu de ces principes<sup>91</sup>.

Ce sont les exigences des trois principaux usagers que sont : le malade, le médecin et l'équipe soignante qui sont prises en considération pour définir les besoins fonctionnels qui permettent de réaliser une unité de soins efficace. En réalité, c'est à partir de l'analyse du travail de l'équipe soignante que ces besoins ont été établis. L'ambition de tous ces travaux de recherches n'est pas de trouver une forme définitive à l'unité de soins car toute nouvelle construction peut être repensée à la lumière des problèmes suscités par les constructions précédentes mais d'en définir les principales caractéristiques.

Aujourd'hui, la superficie couverte par l'unité d'hospitalisation est de plus en plus importante. En effet, il ne s'agit plus, comme par le passé, de donner à chaque malade un lit individuel, mais mieux encore une chambre avec des installations sanitaires particulières pour répondre aux impératifs de l'humanisation des hôpitaux : en d'autres termes la chambre du malade doit rester un lieu de repos où sont administrés les soins techniques. Néanmoins, nous nous situons dans le cas d'une hospitalisation courante car les unités de soins intensifs et de réanimation présentent, à bien des égards, des particularités étant donné qu'elles accueillent des malades chroniques.

La conception de l'unité de soins doit obéir à plusieurs paramètres. Le poste de soins doit comprendre plusieurs pièces : bureau, préparation propre, locaux de rangement... Le confort matériel et moral du malade rend indispensable la réalisation des salles de détente, des salles d'attente pour les familles des malades et les visiteurs. Le développement du secteur de l'hôtelier et des installations d'hygiène augmente les besoins en locaux techniques divers. Le plein temps médical instauré dans le secteur public de soins impose, à son tour, la réalisation de nombreuses pièces annexes telles les bureaux, les bibliothèques, les salles d'examen dans les unités de soins ou à défaut dans leur proximité immédiate. Tous ces paramètres font apparaître la complexité des problèmes posés à l'architecte ayant à charge la conception des unités de soins qui répondent au mieux à toutes ces nouvelles exigences. Enfin l'architecte doit prendre conscience que deux catégories

---

<sup>91</sup> Hacquart .G « aspects économiques de l'unité de soins hospitalière », éditions médicales et universitaires, Paris, 1976

de personnes passent tout leur temps dans l'unité de soins à savoir le malade et le personnel soignant. Pour le malade, l'architecte doit faire en sorte de rendre son séjour dans l'unité de soins aussi confortable que possible en essayant de lui créer un ensemble agréable, silencieux, calme et reposant. Quant au personnel soignant, l'architecte doit œuvrer à diminuer sa fatigue, à lui éviter des déplacements inutiles, à augmenter son rendement en faisant en sorte que le temps de présence de celui-ci au chevet du malade augmente d'une façon considérable.

La recherche d'un module architectural de l'unité de soins<sup>92</sup> doit répondre à trois objectifs principaux : l'efficacité, la flexibilité et la diminution des coûts de sa construction.

- ✓ **l'efficacité** : qui veut dire que l'espace doit être organisé en vue de l'obtention d'une conception générale simple dont l'exploitation est économique tout en garantissant un niveau de prestation élevé ;
- ✓ **la flexibilité** : qui signifie que ce module s'insère dans n'importe quel ensemble et l'aménagement intérieur doit répondre à tous les besoins des usagers de l'unité de soins quelque que soit l'évolution de ces derniers ;
- ✓ **la diminution des coûts** : offerte par la possibilité d'utiliser des éléments industrialisés qui permettent de diminuer les coûts de construction.

### **3- L'encadrement médical et paramédical par lit<sup>93</sup>**

L'activité de soins nécessite la collaboration de plusieurs professionnels de santé. L'évolution du nombre de médecins spécialistes se caractérise par une croissance rapide. Néanmoins, ces derniers exercent leur activité à titre privé dont le nombre dépasse désormais celui des spécialistes<sup>94</sup> de santé publique, qui exercent, pour la plupart, dans les CHU ou dans les établissements hospitaliers spécialisés et sont moins attirés par l'exercice dans les hôpitaux relevant des ex secteurs sanitaires. Ceci dit, ce déficit aggrave la couverture médicale spécialisée au niveau des services publics, notamment pour les spécialités de base. Les médecins généralistes exercent, quant à eux, en très forte majorité au sein du secteur public à fortiori dans les secteurs sanitaires. En effet, pour l'année 2001, on compte 61% de médecins généralistes dans les structures publiques de soins. Par conséquent, le fonctionnement des établissements hospitaliers est assuré par des praticiens généralistes et ce même pour certaines spécialités de base à l'exemple de la médecine interne, de la pédiatrie, de la chirurgie générale et de la gynécologie obstétrique. Le nombre total de paramédicaux a très peu augmenté en dix ans. En effet, le nombre d'infirmiers diplômés d'Etat, d'infirmiers brevetés et des aides paramédicaux a été de 82 362 en 1991, 84 065 en 1996, 85 843 en 2001 et 86 021

---

<sup>92</sup> L'unité de soins peut être à double ou à simple couloir.

<sup>93</sup> Nous ne possédons pas de données en ce qui concerne le taux d'encadrement médical et paramédical par lit. Néanmoins il est important de signaler quels sont les professionnels de santé qui exercent au sein des structures publiques en surnombre et ceux dont le nombre est insuffisant.

<sup>94</sup> Au niveau des structures publiques, les 13 CHU concentre plus de spécialistes que les 185 secteurs sanitaires.

en 2002. Bien qu'en 2001, les paramédicaux représentent près de la moitié des effectifs des établissements de soins et qu'on compte, en moyenne, 3,2 paramédicaux par praticien, il n'en demeure pas moins que leur nombre reste en deçà des besoins ressentis car les médecins, ne font que poser leur diagnostic en assurant le suivi et le contrôle thérapeutique des malades. Néanmoins, ce sont les paramédicaux qui restent au chevet de ces malades en leur prodiguant des soins, en assurant leur toilette quotidienne, en se chargeant d'alerter les médecins en cas de complications qui surviennent... Par conséquent, les médecins spécialistes encadrent les CHU et les EHS qui se trouvent implantés dans le nord du pays. Les médecins généralistes dépassent les médecins spécialistes dans les hôpitaux relevant des ex secteurs sanitaires. Quant aux paramédicaux en exercice dans les structures publiques de soins, leur nombre et leur dévouement demeurent les déterminants majeurs dans la prise en charge thérapeutique.

#### **4- Les médecins spécialistes**

Les facultés de médecine à travers le monde reconnaissent cinquante trois spécialités médicales différentes. Ainsi, la spécialisation de la médecine va en s'accroissant, toujours est-il celle-ci n'a pas encore révélée tous de ses secrets. Les médecins spécialistes sont subdivisés en deux catégories : les médecins spécialistes de santé publique et les médecins spécialistes hospitalo-universitaires<sup>95</sup>. Les premiers exercent dans les différentes structures publiques ou privées de santé et les seconds sont rattachés aux centres hospitalo-universitaires, néanmoins la formation universitaire initiale assurée au niveau des facultés de médecine est la même pour tous donnant lieu à la délivrance d'un diplôme d'études médicales spécialisé (DEMS). C'est la réussite au concours de maîtrise ouvert aux médecins spécialistes de santé publique qui donne lieu au grade de médecin hospitalo-universitaire.

A la différence des autres médecins spécialistes tenus de prodiguer des soins de spécialité, les hospitalo-universitaires sont chargés de l'encadrement de la formation de médecins généralistes en dispensant des cours universitaires en plus de la réception d'étudiants en médecine ou des résidents<sup>96</sup> pour des stages pratiques. Le terrain pour la formation de résidents est du ressort d'un comité pédagogique qui a à choisir entre Alger, Oran ou Annaba comme lieux de prédilection pour toutes les conférences qui leur seront données au cours de leur cursus d'études. Parallèlement à ces activités de formation, les hospitalo-universitaires exercent des activités de soins à l'instar de leurs confrères de santé publique. Ces activités consistent à prodiguer des soins pour les malades hospitalisés à travers les activités d'exploration et de traitement, en plus des activités de consultation des malades externes ou des malades ayant déjà séjourné au milieu hospitalier reçu, une fois par semaine, pour un suivi régulier surtout pour ceux présentant une maladie chronique. La réception de malades se fait aussi par suite d'une lettre d'orientation envoyée par des confrères, toutes spécialités confondues, soit pour avis, pour orientation ou carrément pour la prise en charge. Enfin, la garde et l'astreinte sont les deux autres activités assurées par les hospitalo-universitaires. La garde est une activité qui dure

---

<sup>95</sup> A leur début, ils sont maîtres-assistants puis ils accèdent au grade de docteur et enfin à celui de professeur en médecine.

<sup>96</sup> Etudiants ou médecins généralistes préparant la spécialité.

même la nuit tandis que l'astreinte consiste à donner un avis médical pour un malade hospitalisé séjournant dans un autre service mais ayant besoin de cet avis pour la suite de la prise en charge.

Les hôpitaux publics en Algérie souffrent énormément du manque de médecins spécialistes<sup>97</sup>. En effet, le secteur public de soins ne présente pas sur le plan de la rémunération et des conditions de travail<sup>98</sup> un quelconque attrait pour les sommités de l'exercice médical préférant s'installer à titre privé et de surcroît dans des grandes métropoles du pays ou dans des centres urbains. Par contre, sur le plan strictement médical, les médecins spécialistes exerçant dans le secteur public de soins y trouvent un terrain propice pour exceller dans leur profession étant donné qu'ils reçoivent des malades présentant des maladies diverses dont la prise en charge permet certainement un affinement de la connaissance de ces maladies, de leur symptômes, de leur évolution et enfin de la façon la mieux appropriée de les traiter puisqu'ils assurent eux-mêmes le suivi de leurs patients. Cependant l'exercice à plein temps pose énormément de difficultés pour les hospitalo-universitaires contraint à remplir des tâches ne relevant pas de leur ressort. L'absence de la simple secrétaire médicale est à même de constituer une sérieuse entrave au travail accompli par ces spécialistes de la médecine acculés à faire plusieurs choses n'entrant pas dans leur prérogative en laissant parfois de côté l'essentiel en se préoccupant du superflu<sup>99</sup>. En effet, rares sont ceux qui arrivent à transcrire les actes accomplis sur les malades faute de secrétaires médicales ou de temps nécessaire pour l'accomplir soi-même.

## **5- Le nombre de lits<sup>100</sup>**

Considéré pendant très longtemps comme l'outil d'appréciation quantitative de l'activité hospitalière, le critère « lit »<sup>101</sup> a cependant perdu toute signification économique. La diminution de la durée moyenne de séjour des patients constitue le critère ou l'élément permettant de servir de moyen de comparaison entre établissements et services de santé en ce qui concerne les activités réalisées. Par ailleurs, l'attractivité d'un service, mesurée en termes d'admissions ou de consultations de malades, peut servir comme l'élément prépondérant de l'appréciation de cette activité. Néanmoins, il existe d'autres critères davantage médicalisés permettant une analyse plus fine de l'activité des établissements et services hospitaliers. Il s'agit de procéder à l'analyse de cette activité par le recueil systématique et le traitement informatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée contenue dans les résumés standardisés de sortie (RSS).

---

<sup>97</sup> Quand ces derniers existent, ils coiffent les différents services hospitaliers. Le rétablissement du service civil est une aubaine pour le secteur public de soins qui se verrait ainsi doter de médecins spécialistes.

<sup>98</sup> Dans nos différentes rencontres avec les médecins spécialistes, ces derniers nous ont déclaré qu'ils bénéficient d'une seule blouse blanche pour deux à trois années de travail.

<sup>99</sup> Il arrive que le médecin spécialiste soulève lui-même le malade faute d'une meilleure répartition des tâches au sein d'un service hospitalier ou d'une équipe médicale.

<sup>100</sup> Le nombre de lits sera doublé et ce pour les quelques années à venir. L'effort consenti pendant ces années est similaire sinon plus important à celui de trois décennies et même plus depuis l'ascension à l'indépendance.

<sup>101</sup> Bonnici.B « L'hôpital : enjeux politiques et réalités économiques » édition les études de la documentation française, Paris, 1998.

Toutes les données collectées feront ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale, en d'autres termes bénéficiant d'un même traitement et dont le coût de prise en charge est voisin, à l'exemple des groupes homogènes de malades (GHM).

Le groupe homogène de malades « GHM » est une adaptation française des « diagnosis related groups (DRG) américains. Le GHM est une classification qui vise à regrouper les malades hospitalisés en des groupes homogènes dont les diagnostics principaux présentent une cohérence sur le plan médical de même que leur prise en charge a nécessité l'utilisation d'un niveau de ressources identique ou voisin. Les GHM constituent donc une classification médico-économique des patients hospitalisés qui s'inscrivent dans un objectif et une logique de gestion hospitalière. Ceci dit, à chaque GHM doit correspondre un même diagnostic principal et un même niveau d'utilisation de ressources d'où tout écart est synonyme soit d'une malencontreuse erreur médicale qu'il faudrait rectifier ou bien d'une utilisation excessive de ressources qu'il faut justifier. En France, les GHM sont au nombre de 471 qui constituent une classification exhaustive des séjours des malades à l'hôpital. En Algérie, une telle classification nécessite au préalable que soient transcrits sur la fiche navette les diagnostics principaux de même que la détermination du coût d'un séjour hospitalier d'un GHM.

## **6- Le plateau technique ou les services médico-techniques**

Le plateau technique ou les services médico-techniques sont représentées par le service de radiologie, le laboratoire d'analyses médicales, le service de rééducation, les explorations fonctionnelles et le service d'endoscopies. Ces services accueillent des malades hospitalisés et non hospitalisés puisqu'ils sont également au service des malades externes se rendant sur ordre des médecins exerçant à titre privé. La participation de ces services à l'activité hospitalière se concrétise lors de la fourniture de divers examens que demandent les services d'hospitalisation. En effet, les services médico-techniques constituent une réponse aux services d'hospitalisation en les aidant à travers les investigations à l'établissement des diagnostics et au contrôle des thérapeutiques mises en œuvre.

L'évaluation de l'activité de ces services ou de la qualité des réponses qu'ils apportent aux services d'hospitalisation peut être analysée en fonction de deux critères essentiels, à savoir la rapidité et la fiabilité des résultats des examens ou des analyses rendus. Le premier critère signifie que ces résultats doivent être fournis dans les délais requis. Un résultat fourni en retard perturbe le travail du médecin traitant qui se verrait ainsi contraint au report de la pose du diagnostic, ce qui se répercute forcément sur la durée de séjour éventuel du malade ou qu'il effectue sa visite médicale aux malades n'ayant pas reçus leurs résultats à temps en dehors du planning initial. La fiabilité peut se mesurer par l'absence d'anomalies quant aux résultats fournis mais ne peut s'y restreindre. Un regroupement des examens et, leur remise en cet état, peut aider les médecins par leur simple visualisation à déceler une amélioration ou une dégradation de l'état de santé de ses sujets alors que les résultats fournis séparément ne le permettent pas. Ce sont les pannes fréquentes des équipements médicaux ou l'absence de réactifs et de consommables qui sont pour la

plupart du temps à l'origine des retards quant à la fourniture de certains ou de la totalité des résultats de ces examens.

## 7- Le service des urgences

« Le service des urgences<sup>102</sup> est le lieu d'accueil de tous les patients se présentant à l'hôpital pour une consultation ou une hospitalisation dont la prise en charge n'a pas été programmée ». Par contre, la notion de l'urgence peut être définie comme « des demandes de soins nécessitant une recherche diagnostique et une décision thérapeutique dans un délai très bref. Ou encore, c'est un besoin exprimé d'une prise en charge diagnostique et/ou thérapeutique rapide non programmée entraînant la consultation dans un établissement de soins »<sup>103</sup>. L'urgence se distingue par son caractère aléatoire, ce qui signifie que le nombre de malades allant s'adresser au service des urgences ne pourrait être préalablement défini. En effet, ces précédentes définitions ne prennent pas en compte la difficulté dans laquelle s'inscrit la notion de l'urgence qui peut se retrouver dans la triade ci après<sup>104</sup> :

- ✓ l'urgence peut être ressentie par le malade lui-même qui s'adresse en fin de compte à un établissement de santé ou plus précisément au service des urgences ;
- ✓ l'urgence peut être perçue par l'entourage du malade qui l'évacue ensuite sur une structure de soins ;
- ✓ enfin, l'urgence peut être réelle lorsque celle ci émane du personnel de santé suite à des éléments d'investigation sur la personne du malade.

Les services d'urgences sont considérés comme le véritable point de force ou de faiblesse d'un système de soins. Généralement un dysfonctionnement des services d'urgences est source de véritables problèmes pour le système de soins pris dans toute sa globalité. Par contre, une meilleure organisation des services d'urgences entraînerait simultanément des retombées positives sur la qualité de l'accueil et des soins, et plus particulièrement une efficacité dans la prise en charge des malades. Les dysfonctionnements actuels qui caractérisent les services d'urgences dans les établissements publics de santé en Algérie sont essentiellement dus à de nombreux paramètres comme suit :

---

<sup>102</sup> Tenailon.A& Labayle.D « Le livre de l'interne. Les urgences », édition flammariion, médecine-sciences, Paris, 2001.

<sup>103</sup> Mansouri.M « Les urgences médicochirurgicales en Algérie : état des lieux et perspectives », communication présentée au colloque international d'économie de la santé portant sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.

<sup>104</sup> Mansouri.M « Les urgences médicochirurgicales en Algérie : état des lieux et perspectives » communication présentée au colloque international d'économie de la santé portant sur la gestion et réformes hospitalières dans les pays en développement ou à revenus intermédiaires tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.

- ✓ les ressources humaines affectées aux services d'urgences s'avèrent la plupart du temps insuffisantes et surtout en ce qui concerne le corps médical. En effet, ce sont les internes qui sont les seuls responsables de l'accueil des urgences alors qu'il faudrait exiger que cet accueil soit réalisé sous la responsabilité effective et permanente d'un médecin formé à l'urgence. La présence des internes est souhaitable car les services d'urgences sont des lieux privilégiés de formation, mais ils ne doivent pas exercer seuls leurs activités sans qu'ils ne soient encadrés par un médecin expérimenté ;
- ✓ le personnel paramédical affecté aux services d'urgences est partagé avec d'autres services hospitaliers ;
- ✓ les plateaux techniques sont insuffisants surtout pour les structures extrahospitalières qui n'ont d'autres alternatives que d'orienter les malades qui s'adressent à leurs niveaux aux structures hospitalières acculées à prendre seules les urgences ce qui a conduit à la surcharge du travail pour les personnels qui y exercent et à leur démotivation ;
- ✓ les équipements techniques faisaient défaut au sein même des structures hospitalières (quand ces derniers existent, ils sont généralement vétustes) ;
- ✓ le nombre de personnes accueillies dans les services d'urgences croît régulièrement avec la transition épidémiologique caractérisant le pays qui voit naître de nouvelles pathologies, la modification de la pyramide des âges liés à la transition démographique voit apparaître, à son tour, des pathologies cardio-vasculaires, ajouté à cela l'augmentation des accidents de la circulation et des accidents de travail ;
- ✓ cette augmentation du nombre de malades qui s'adressait aux services d'urgences s'est accompagnée d'une modification de la demande de soins alors que la confiance que témoignent les malades à ces services n'est pas de bonne augure tandis que le secteur de soins primaires se trouve dans l'incapacité d'apporter une quelconque réponse à cette demande croissante ;
- ✓ l'absence de spécialisation des services d'urgences constitue une faille importante, dans l'organisation actuelle de la distribution de soins, à l'origine du recours massif des malades aux urgences médicochirurgicales ;
- ✓ une répartition inadéquate des budgets entre les structures hospitalières et extrahospitalières d'où l'afflux de malades vers les hôpitaux qui transitent nécessairement par leurs services d'urgences ;
- ✓ absence d'autonomisation des structures chargées de l'urgence par rapport aux structures chargées des consultations et hospitalisations ;
- ✓ mauvaise reconnaissance de l'urgence hospitalière ;

- ✓ l'accès aux soins est presque gratuit, d'où la médicalisation grandissante des cas liés principalement au stress qu'à des maladies avérées et les services d'urgences restent les services d'accueil pour toutes les formes de dépendance et pour tous les fléaux sociaux.

### **7-1- La réhabilitation des services d'urgences à l'hôpital ou l'identification de la fonction d'urgence<sup>105</sup>**

Une meilleure définition des missions de l'urgence hospitalière et la reconnaissance de son individualité par rapport aux autres services hospitaliers constituent les seules réponses aptes à régler définitivement les dysfonctionnements actuels des services d'urgences dans les établissements publics de santé en Algérie. La fonction de l'urgence à l'hôpital doit, en effet, être reconnue comme une fonction à part entière avec un chef de service, possédant ses propres moyens d'action tels des équipes médicales et paramédicales ajouté à un service d'hospitalisation de très courte durée équipé d'un plateau technique adéquat. Les missions de l'urgence s'arrêtent à l'accueil de tous les patients se présentant pour une consultation ou une hospitalisation après examens d'investigation.

La logique économique qui implique la rationalisation de l'utilisation de moyens va dans le cas de l'urgence dans un sens diamétralement opposé c'est-à-dire que l'on ne peut demander à un service d'urgence de fonctionner en permanence, sans discontinuité aucune, de faire face à une demande croissante de soins sans le doter de suffisamment de moyens humains, matériels et de surcroît qui lui sont propres. Celui qui est communément appelé l'hôpital de jour en raison de l'impossibilité de garder ses malades au-delà de vingt quatre heures sans que leur ventilation ne s'en suive proposera une meilleure qualité de l'accueil en refusant de faire intervenir les internes seuls pour la prise en charge des urgences. L'exercice au sein de ces services exige énormément de patience, de la force physique pour surmonter une charge de travail dense et surtout de la compétence pour arriver à juguler l'urgence à temps et à une ventilation opportune des malades en cas de nécessité vers des services hospitaliers appropriés.

### **7-2- L'organisation territoriale et la formation à la médecine d'urgence**

Tous les établissements de santé ne disposent pas et ne peuvent pas disposer tous à la fois, au sein de leurs services d'urgences, de personnels médicaux nombreux aux compétences avérées, assistés par des personnels paramédicaux fournis, équipés de plateaux techniques complets et performants pour pouvoir accueillir et traiter comme il se doit tous les cas urgents qui se présentent à eux. C'est pourquoi il est nécessaire de regrouper l'ensemble de ces moyens pour certains établissements et chargés d'autres pour accueillir la majeure partie des urgences de médecine générale ou de petite chirurgie, en d'autres termes, créer différents niveaux d'accueil des urgences tout en prenant le soin de coordonner les

---

<sup>105</sup> Tenailon.A & Labayle.D « Le livre de l'interne. Les urgences », édition Flammarion, médecine sciences, Paris, 2001.

activités des uns et des autres en proposant, par exemple, un transport dans un service d'accueil des urgences le plus doté en moyens d'intervention ou le plus spécialisé pour traiter les cas les plus nécessaires, pour les autres cas, il s'agit de les traiter sur place dans un service d'urgences possédant un plateau technique de base. L'établissement de plusieurs niveaux d'accueil évite de concentrer dans les services spécialisés un flux important de malades et permet aux établissements les moins bien équipés d'assurer également les urgences.

Par organisation territoriale, on entend la définition des établissements aptes à recevoir les urgences de médecine générale ou de petite chirurgie, des établissements capables de prendre en charge les services de spécialité<sup>106</sup>. L'amélioration des transports sanitaires constitue l'autre face de cette planification car la création de ces niveaux d'accueil doit être suivie ou complétée par une orientation correcte des patients vers la structure appropriée. C'est au niveau d'une région sanitaire qu'il y a lieu d'établir ces niveaux d'accueil de l'urgence tout en respectant les niveaux d'hierarchisation des soins établis, en d'autres termes, il faudrait doter les établissements de soins de proximité de plateaux techniques de base et les services d'urgences de spécialité se retrouveront à un niveau intermédiaire des soins à l'échelle des CHU ou à la pointe de la hiérarchie des soins dans les établissements de région sanitaire.

Cette organisation doit conduire à terme à la formation de la médecine d'urgence qui doit être reconnue comme une compétence médicale spécifique d'où la nécessité d'une formation adéquate. La formation initiale assurée aux médecins doit comporter obligatoirement un stage dans un service d'urgence pour y permettre ensuite l'exercice à plein temps où il s'agit de créer un diplôme d'urgence dans les facultés de médecine permettant à ses détenteurs d'exercer au milieu hospitalier et d'accueillir les urgences hospitalières.

### **7-3- L'évaluation quantitative et qualitative en médecine d'urgence hospitalière**

L'évaluation des urgences hospitalières nécessite une description satisfaisante de l'activité et des malades, en d'autres termes cette évaluation a besoin de réunir des outils pour procéder à l'évaluation quantitative et qualitative permettant de décrire fidèlement le fonctionnement des services d'urgences. Le tableau de bord constitue l'outil de l'évaluation quantitative de ces services. En effet, la description de l'activité des services d'urgences repose sur un éventail d'informations recueillies habituellement pour chaque malade et stocké dans une base de données. Ces données peuvent s'exprimer et être réunies dans un tableau de bord, simple à utiliser avec la simple saisie informatique de données<sup>107</sup> et applicable à tous les services d'urgences. La généralisation de l'utilisation du tableau de bord permettrait à terme une description quantitative homogène de

---

<sup>106</sup> A terme, il faudrait développer des services d'urgences dits de « références » à l'exemple des unités de soins intensifs pour prendre en charge des malades dont les fonctions vitales sont en danger. Ces unités seront créées au niveau d'un bassin de population, qui, lui, reste à déterminer.

<sup>107</sup> Il existe des logiciels de gestion des services d'urgences qui permettent une simple saisie des données à condition que ces logiciels soient conformes aux outils d'évaluation mis en place.

l'activité et une comparaison entre les différents services d'urgences du pays pour enfin, déterminer ceux dont l'activité est dense de ceux où l'activité est de moindre importance. Néanmoins, la mise en place des tableaux de bord nécessite l'informatisation des services d'urgences.

**Tableau n°21** : tableau de bord, outil de l'évaluation quantitative de l'activité des services d'urgences

<p><b>Nombre de passages</b> Dont &lt; 15 ans Dont &gt;75 ans <b>Sexe</b> : homme/ femme <b>Passages après avis médical (total)</b> Dont médecin traitant Dont SAMU Dont urgence interne Dont transfert d'un autre établissement Dont autre médecin <b>Transport</b> Samu Pompiers Ambulance Police/gendarmerie Propres moyens <b>Origine des patients hors secteur sanitaire</b> <b>Malade ayant un dossier médical à l'hôpital</b> <b>Classification des malades</b> <b>Prise en charge</b> Médecin consultant extérieur Biologie Radiographie conventionnelle <b>Durée du passage</b> <b>Orientation</b> <b>Hospitalisation</b> Unité d'hospitalisation des urgences Court séjour -médecine -chirurgie viscérale -chirurgie osseuse/neurochirurgie -réanimation -pédiatrie -psychiatrie <b>Transfert (total)</b> Insuffisance du plateau technique Absence de lits disponibles Convenance personnelle Secteur psychiatrique <b>-motifs de recours aux soins</b> <b>-diagnostics principaux</b></p>
---

**Source** : Tenailon.A& Labayle.D « le livre de l'interne. Les urgences », éditions Flammarion, médecine sciences, Paris, 1983.

Les outils de l'évaluation de la qualité dans les services d'urgences sont nombreux. En effet, il existe des indicateurs de dysfonctionnement censés refléter la non qualité des soins dispensés au sein de ces services à l'exemple des plaintes des patients, des décès enregistrés lors de l'admission aux services d'urgences, des patients qui sortent contre avis médical ou ceux quittant ces services avant examen ou soin. Par ailleurs, l'étude ou l'évaluation du dossier médical peut nous renseigner sur l'exercice des pratiques médicales et leur contrôle, les examens complémentaires nous renseignent sur les procédures de soins, sur la qualité du diagnostic et des orientations et sur les admissions médicalement inappropriées.

## **8- Les consultations externes**

Il existe trois types de malades : -les malades sortant d'un service hospitalier après un séjour passé à l'hôpital qui reviennent consulter, par rendez-vous donné par le médecin traitant, pour un éventuel suivi et contrôle thérapeutique, -les malades qui s'adressent à des structures de consultations spécialisées orientés par des médecins généralistes ou enfin, -les malades qui s'adressent à des structures publiques ou privées, de leur propre initiative, pour d'éventuelles consultations que ce soit de médecine générale ou de médecine spécialisée.

La première catégorie de malades bénéficie d'un suivi thérapeutique régulier jusqu'à la stabilisation totale de leur état de santé, surtout pour ceux qui présentent des maladies lourdes ou chroniques dont la durée de traitement est à vie. La deuxième et la troisième catégorie sont celles dont les comportements ont tendance à susciter quelques appréhensions pour les structures chargées de les accueillir. En effet, il arrive que des médecins généralistes orientent des malades vers des structures spécialisées sans que leur état de santé ne nécessite, aucunement, des consultations de médecine spécialisée. Ces généralistes peuvent, dans certains cas, prendre des initiatives en décidant eux mêmes du traitement à prescrire pour des malades ne présentant aucune gravité sur le plan médical, au lieu de les envoyer pour des consultations spécialisées qui prendront des mois entiers avant que leurs programmations<sup>108</sup> n'interviennent. D'ailleurs leurs confrères du secteur public assurent, pour une large part, des fonctions spécialisées au sein des services hospitaliers. Par absence de fidélisation à un médecin traitant (généraliste) ou à un médecin de famille, les malades externes faisant partie de la troisième catégorie, finissent par s'adresser directement, sans avis préalable, d'un médecin généraliste pour consulter chez un médecin spécialiste<sup>109</sup>.

## **9- La création des unités de soins intensifs (USI)**

La création de ces unités correspond à des regroupements<sup>110</sup> de patients, de matériel et de personnel soignant. Les patients censés être accueillis correspondent

---

<sup>108</sup> Une consultation spécialisée, dans des structures publiques de soins, prend parfois 6 mois pour être programmée.

<sup>109</sup> En France, un malade doit d'abord consulter son médecin traitant (généraliste) avant que ce dernier l'oriente en cas de besoin chez un spécialiste.

<sup>110</sup> Vincent.J.L « le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence », édition springer verlag France, Paris, 2005.

habituellement à ceux dont les fonctions vitales sont en danger. Néanmoins, des malades peuvent y recourir et être admis pour surveillance et traitement lorsque ceux-ci ne courent aucun danger. L'admission à l'USI se fait de manière urgente et non programmée, toutefois, certaines admissions peuvent être soigneusement programmées lorsqu'il s'agit de malades venant tout juste de subir de lourdes opérations de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie. Les affections traitées dans les USI sont généralement sévères, d'apparition brutale telles que les polytraumatismes et les hémorragies cérébrales ou de dégradation plus progressive de l'état de santé des malades suite à une insuffisance cardiaque ou respiratoire. Le matériel<sup>111</sup> dont ont besoin ces unités est sophistiqué. Ce dernier peut être un matériel de traitement (ventilateurs, ballon de contrepulsion...), de surveillance (monitorage cardiovasculaire, respiratoire,...) ou enfin, de diagnostic (appareil transportable de radiographie, d'échocardiographie,...). Le personnel soignant doit être, également, un personnel spécialisé constitué de médecins spécialistes ayant suivi une formation en soins intensifs après une spécialité primaire et d'infirmiers spécialisés qui doivent jouir d'un brevet de compétence dans ces mêmes types de soins.

## **10- L'organisation sanitaire et administrative**

L'organisation sanitaire est élaborée en trois niveaux à savoir : le niveau national, le niveau régional et enfin le niveau de la wilaya.

### **• Au niveau national :**

On retrouve le ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière dont les attributions sont fixées par le décret 96-66 du 27 janvier 1996. Ces attributions s'arrêtent à la proposition d'éléments de la politique nationale en matière de santé et de population et en assure la mise en œuvre. C'est également à ce ministère que revient la charge de déterminer la stratégie et les objectifs de développement des activités du secteur de la santé, notamment en ce qui concerne : la prévention, la protection sanitaire, la définition des priorités et des stratégies en matière de santé, l'organisation sanitaire, l'organisation de la distribution des soins, la formation, l'exercice des professions médicales et paramédicales, la fabrication, l'approvisionnement, et la distribution des médicaments, des équipements et matériels médicaux. Quand à l'organisation administrative ou la structure<sup>112</sup> de l'administration centrale, celle-ci comprend : un secrétariat général assisté de deux directeurs d'études, un chef de cabinet assisté de huit chargés d'études et de synthèses (CES), une inspection générale et dix (10) directions dont chacune est composée de deux (02) à quatre (04) sous directions.

Il existe plusieurs structures de soutien au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière à l'échelle nationale. Ces structures agissent dans plusieurs domaines et à chacune sont consignées des missions bien particulières à remplir :

---

<sup>111</sup> Ces unités ont certes besoin de ce matériel sophistiqué mais elles ont besoin également de techniciens chargés de sa maintenance.

<sup>112</sup> L'organigramme du ministère est fixé par le décret 150-2000 du 28 juin 2000.

- ✓ **le conseil national de la santé<sup>113</sup>** : ce dernier est chargé d'étudier, d'élaborer et de proposer au ministre chargé de la santé les éléments d'une politique nationale de santé. Il propose la liste des priorités sanitaires devant bénéficier d'un programme de santé<sup>114</sup> publique et prépare un rapport périodique sur l'état de santé de la population ;
- ✓ **l'institut national de santé publique (INSP)** : a pour mission de réaliser des travaux d'études et de recherches en santé publique qui permettent de fournir les instruments scientifiques et techniques nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et de promotion de la santé publique en matière d'information sanitaire, de communication sociale, de lutte contre la maladie, de protection de la santé, de formation et de recherche ;
- ✓ **l'institut Pasteur d'Algérie** : a pour mission de contribuer à la surveillance épidémiologique des pathologies dont il assure le diagnostic, à la promotion de l'hygiène en général et à la qualité de l'environnement ainsi qu'à la formation, au perfectionnement et au recyclage des personnels de laboratoires, d'importer et distribuer les sérums et vaccins dont il assure le contrôle ;
- ✓ **la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH)** : a pour mission d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques. Elle est chargée des fonctions de régulation et de gestion des produits stratégiques ;
- ✓ **l'agence nationale du sang** : a pour mission l'élaboration de la politique du sang, l'organisation de la transfusion sanguine et l'élaboration de règles de bonnes pratiques de l'exercice de l'activité transfusionnelle ;
- ✓ **l'école nationale de santé publique (ENSP)** : a pour mission de dispenser des programmes de formation et de perfectionnement au personnel gestionnaire des établissements et structures de santé, du recyclage des praticiens de santé publique chargés des missions d'inspection, de participer à la vulgarisation des démarches, méthodes et techniques modernes de gestion ;
- ✓ **le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques** : a pour mission d'assurer le contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques. Il est chargé de l'étude scientifique et technique des produits pharmaceutiques soumis à l'enregistrement, de la mise à jour des banques de données techniques aux normes et aux méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques

---

<sup>113</sup> MSPRH « avant projet de loi sanitaire, version provisoire soumise à concertation », février 2003

<sup>114</sup> Un programme de santé se définit comme l'ensemble des moyens susceptibles d'être mobilisés dans le temps et l'espace pour fournir à une population déterminée ou à toute la population des prestations préventives et curatives. Les programmes de santé sont nationaux, régionaux et locaux. Ils doivent bénéficier des moyens financiers nécessaires à leur réalisation.

et de la surveillance de l'innocuité, de l'efficacité des produits pharmaceutiques commercialisés ;

- ✓ **l'agence nationale de documentation en santé (ANDS) :** a pour mission de mettre à la disposition des personnels et des structures de santé, tout document, ouvrages, publications et moyens didactiques ;
- ✓ **l'institut national pédagogique de la formation paramédicale :** a pour mission l'évaluation des enseignements, la production de documentation et le développement de la recherche appliquée à la formation paramédicale ;
- ✓ **le centre national de toxicologie :** a pour mission l'analyse et l'expertise de tout produit ou substance potentiellement toxique et l'information toxicologique en vue de protéger la santé de la population ;
- ✓ **le centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance :** a pour mission la surveillance des réactions secondaires indésirables dues à l'usage de médicaments mis sur le marché et la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux.

#### • Au niveau régional

Il existe cinq régions sanitaires qui couvrent un nombre plus ou moins important de wilayas :

- ✓ la région sanitaire du centre couvrant 11 wilayas ;
- ✓ la région sanitaire de l'est couvrant 14 wilayas ;
- ✓ la région sanitaire de l'ouest couvrant 11 wilayas ;
- ✓ la région sanitaire du sud est couvrant 07 wilayas ;
- ✓ la région sanitaire du sud ouest couvrant 05 wilayas ;

La région sanitaire est constituée de l'ensemble des établissements publics de santé, des structures et établissements privés de santé situés dans une aire géographique pouvant regrouper plusieurs wilayas. Au niveau de chacune de ces régions, un conseil régional de la santé a été mis en place qui est une structure de coordination et de concertation dans le domaine de la protection de la santé, au côté d'un observatoire régional de la santé qui est une annexe de l'institut national de santé publique. Par ailleurs, une agence régionale sanitaire est créée récemment dont les missions s'arrêtent à : évaluer les besoins en santé de la population de la région sanitaire, élaborer les programmes régionaux de santé, assurer la coordination et la supervision des activités sanitaires, définir les modes de coopération entre les établissements de santé publics et privés assurant un service public, contrôler et évaluer les activités des structures situées dans son aire géographique enfin, s'assurer de la couverture médicale en soins spécialisés au niveau de la région en veillant à l'organisation et à la régulation des affectations des praticiens spécialistes.

## • Au niveau de la wilaya

On trouve :

- ✓ **une direction de la santé et de la population (DSP)** qui a pour prérogatives la collecte et l'analyse de l'information sanitaire, la mise en œuvre des programmes sectoriels d'action sanitaire et leur évaluation. Elle est, par ailleurs, chargée de coordonner les activités des établissements et structures de santé et de veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans les domaines liés aux activités de santé et de population ;
- ✓ **une unité de dépistage scolaire (UDS) ;**
- ✓ **un laboratoire d'hygiène ;**
- ✓ **une école de formation paramédicale** avec 12 annexes réparties sur 34 wilayas ;
- ✓ **des établissements publics de santé** autour desquels est organisée la distribution des soins<sup>115</sup>.

L'organisation de la distribution des soins en Algérie repose sur une hiérarchisation des niveaux de soins c'est-à-dire qu'un malade doit suivre, pour se soigner, tout un cheminement qui peut le mener de la salle de soins se trouvant dans un quartier urbain ou une localité rurale à la polyclinique la plus proche, jusqu'à atteindre l'hôpital du secteur sanitaire localisé au niveau d'une daïra ou l'hôpital d'un centre hospitalo-universitaire se trouvant au chef lieu de la wilaya, si son état de santé nécessite une prise en charge dans une structure sanitaire lourde ou enfin dans un hôpital de région sanitaire se trouvant au sommet de la pyramide des soins. Pour accéder à chacun de ces niveaux de soins, il est prévu des structures sanitaires appropriées. Néanmoins, toute cette organisation de la distribution de soins n'a pas fonctionnée puisque la salle de soins est désertée par un personnel médical qualifié et certaines de ces unités se voient carrément fermées pour le public. La polyclinique est marginalisée puisque l'hôpital de daïra ou de wilaya s'accapare le plus de moyens humains et matériels. Ceci dit, pour que le malade se soigne pour une maladie bénigne il doit s'adresser à une structure sanitaire lourde tandis que son état de santé nécessite une prise en charge dans des structures légères de soins.

Pour toutes ces incohérences une nouvelle organisation pour les établissements publics de santé a commencé à être mise en place en application du décret<sup>116</sup> exécutif n°07-140 du 19 mai 2007. Ce nouveau dispositif introduit des changements dans l'organisation du secteur de la santé en Algérie. En effet, une nouvelle configuration est mise en place avec l'apparition de deux types d'établissements :

- ✓ les établissements publics hospitaliers (EPH) ;
- ✓ les établissements publics de santé de proximité (EPSP).

---

<sup>115</sup> Le secteur privé intervient de plus en plus fort dans cette distribution de soins au côté du secteur public.

<sup>116</sup> Décret exécutif n°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

Toutefois, les centres hospitalo-universitaires<sup>117</sup> et les établissements hospitaliers spécialisés<sup>118</sup> sont maintenus. Ce sont donc les secteurs sanitaires qui ont connu une nouvelle organisation puisqu'ils sont scindés en deux établissements autonomes alors qu'ils formaient auparavant une seule entité.

L'établissement public hospitalier est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la tutelle du wali. Cet établissement est constitué d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou d'un ensemble de communes. La consistance physique de cet établissement (ou le nombre de lits) est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. L'EPH a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée, les besoins sanitaires de la population. Ces tâches se résument à ce qui suit :

- ✓ assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation ;
- ✓ appliquer les programmes nationaux de santé ;
- ✓ assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux ;
- ✓ assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé. En plus de servir de terrain de formation médicale et paramédicale et en gestion hospitalière sur la base de conventions signées avec les établissements de formation.

L'établissement public de santé de proximité est, quant à lui, érigé au même statut que l'EPH et placé sous la tutelle du wali. Cet établissement est constitué d'un ensemble de polycliniques et de salles de soins couvrant un bassin de population. La consistance physique de l'EPSP et l'espace géo-sanitaire ou la couverture de soins de sa population sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Ses missions consistent à prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée ce qui suit :

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

---

<sup>117</sup>Le décret exécutif n°97-467 du 02 décembre 1997 fixe les règles de création, d'organisation et de fonctionnement. En plus des missions en matière de santé, ces entités sanitaires ont pour tâches la formation et la recherche en sciences médicales en liaison avec les établissements d'enseignement supérieur.

<sup>118</sup>Le décret exécutif n°97-465 du 02 décembre 1997 fixe les règles de création, d'organisation et de fonctionnement. Ces établissements ont pour vocation la prise en charge d'une maladie déterminée, de l'affectation d'un appareil ou d'un système organique donné ou d'un groupe d'âge donné.

- ✓ la contribution au perfectionnement et au recyclage des personnels de santé ;
- ✓ L'EPSP peut, en outre, servir de terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière sur la base des conventions signées à cet effet avec les établissements de formation.

Les établissements publics hospitaliers et les établissements publics de santé de proximité sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur. Ils sont dotés d'un organe consultatif dénommé « conseil médical ». Le conseil d'administration, présidé par le représentant du wali, comprend 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 wilaya (APW), un représentant de l'assemblée populaire de la commune (APC) siège de l'établissement, un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs, un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs, un représentant des associations des usagers de la santé, un représentant des travailleurs élu en assemblée générale et du président du conseil médical. Tous ces membres sont nommés pour un mandat de trois ans, renouvelable par arrêté du wali sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

Le conseil d'administration a pour mission de délibérer sur le projet de budget de l'établissement, les comptes prévisionnels, le compte administratif, les projets d'investissements, les projets d'organisation interne de l'établissement, les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments, des équipements médicaux et des équipements connexes, les conventions prévues avec les établissements de formation, les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires de l'établissement notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales, le projet de tableau des effectifs, le règlement intérieur de l'établissement, les acquisitions et aliénations de biens meubles et immeubles et les baux de location, l'acceptation ou le refus des dons et legs, les marchés, contrats, conventions et accords conformément à la réglementation en vigueur. Les décisions du conseil sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante. Les délibérations sont soumises pour approbation au wali dans les huit jours qui suivent la réunion.

Quant au conseil médical, il comprend les responsables des services médicaux, un pharmacien responsable de la pharmacie, un chirurgien dentiste, un paramédical élu par ses pairs dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux, un représentant des personnels hospitalo-universitaires le cas échéant. Le mandat du conseil consultatif est de trois ans également renouvelable. Ce dernier est chargé d'étudier et d'émettre son avis médical et technique sur toute question relative à l'organisation et aux relations fonctionnelles entre les services médicaux, les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagement 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. Ce conseil propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention. Il peut être saisi par le directeur de l'établissement public hospitalier et le directeur

de l'établissement public de santé de proximité sur toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

La direction de ces deux établissements est assurée par des directeurs nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Le premier responsable de l'établissement doit veiller à son bon fonctionnement. Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile, prépare les projets de budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement. Aussi, il établit le projet de l'organisation interne et de règlement intérieur de l'établissement, établit le rapport annuel d'activités qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration et nomme l'ensemble des personnels de l'établissement, à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu. Le directeur est assisté de quatre sous-directeurs chargés des finances et des moyens, des ressources humaines, des services de santé, de la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes.

### **11- Mécanisme formel<sup>119</sup> de l'évaluation de la qualité des soins**

La qualité des soins au niveau d'un établissement de santé ne peut se réaliser sans la mise en place de mécanismes formels<sup>120</sup> à même d'évaluer cette qualité afin de répondre aux besoins fondamentaux d'un patient. L'accréditation<sup>121</sup> des établissements de santé effectuée par des organismes indépendants peut être l'un des mécanismes de cette évaluation car il est difficile pour un établissement d'être juge et partie prenante dans une entreprise où l'on passe en revue tous les aspects liés à son fonctionnement. Néanmoins, la réglementation concernant le fonctionnement quotidien de ces établissements doit évoluer dans le sens où tout indicateur permettant d'évaluer la qualité des soins dispensés soit intégré dans leur processus de décisions. La réglementation pourrait émaner de la puissance publique, désireuse de rompre avec les procédés archaïques qui régissent le fonctionnement des établissements de santé en Algérie, des établissements de santé eux-mêmes désireux d'améliorer la qualité des soins dispensés à leurs usagers ou enfin des organismes de financement, qui, sous l'impulsion de la contractualisation qui les lie avec les établissements de santé voudraient en finir avec des habitudes ancrées refusant tout effort de transcription des actes dans des documents standardisés liés aux patients en vue de leur établir des factures dont ils seront destinataires.

Les informations concernant les actes accomplis dans les structures de santé publiques ou privées, sont difficiles à regrouper sans la disponibilité de documents

---

<sup>119</sup> L'avant projet de loi sanitaire de février 2003 projette la création dans chaque établissement de santé une commission de conciliation et de médiation chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et leurs proches et de leur prise en charge. Elle est consultée sur la politique menée dans les établissements en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge. Elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des recours formulés par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données.

<sup>120</sup> A l'heure actuelle, il existe une évaluation des activités qui consiste pour les établissements de santé à remplir certains canevas de renseignements pour les transmettre pour des organismes habilités pour leur traitement (ministère de la santé, DSP). Ces canevas concernent le personnel avec ses différents corps, l'équipement et les activités réalisées.

<sup>121</sup> L'accréditation des établissements de santé sera abordée dans la deuxième partie de notre travail de recherche.

liés aux patients. Ces documents sont des supports d'information normalisés donc des indicateurs indispensables pour l'évaluation de la qualité des soins:

- ✓ la fiche navette reflète l'activité d'un service au sein d'un établissement de santé. Elle permet, en outre, à l'établissement de facturer sa prestation aux organismes chargés du financement. Sa tenue doit être de ce fait exigée ;
- ✓ le dossier administratif est destiné à s'assurer que la totalité des éléments nécessaires à la connaissance ou à l'identification du patient<sup>122</sup> et à la liaison avec sa famille<sup>123</sup> soient rigoureusement mentionnés ;
- ✓ le dossier infirmier est destiné à s'assurer que les éléments contenus dans ce dossier concordent avec la démarche qu'il faudrait suivre par le corps infirmier dans de situations similaires ;
- ✓ le dossier médical retrace les différents éléments à savoir, l'admission, l'hospitalisation, la sortie et les soins prodigués au malade qui, sont définis de manière précise par des textes réglementaires. On déplore trop souvent que le corps médical se désintéresse plus ou moins de la bonne tenue de ce dossier alors qu'il est indispensable dès lors que des erreurs médicales existent et peuvent conduire leur auteur à des procès. Une attention particulière doit, de ce fait, être apportée à la rédaction des prescriptions des médecins qui doivent être nominatives, datées et signées. Les médecins ont du mal à transcrire leurs actes. Cette transcription des actes médicaux est de nature à rassembler sur le malade ainsi que sur sa maladie des informations utiles censées être exploitées par l'établissement de soins et même par le décideur politique. En effet, ces informations sont très importantes pour l'établissement de soins censé recueillir des données sur la gestion et la traçabilité ou le cheminement que suit le médicament, sur le consommable, sur l'utilisation des lits et des équipements d'une part. D'autre part, les renseignements recueillis sur les maladies peuvent servir, au plan national, des décideurs politiques pour élaborer leur politique de santé et mettre sur pied des programmes de santé adéquats pour éradiquer définitivement ces maladies ou du moins les prévenir.

La qualité des soins ne peut se restreindre à la bonne tenue de ces documents puisque les besoins fondamentaux des patients sont nombreux et peuvent se résumer à ce qui suit :

- ✓ à la qualité de l'accueil qui ne peut se limiter aux simples formules de respect et de courtoisie ;
- ✓ aux moyens mis à la disposition du patient pour faciliter la respiration spontanée à l'exemple de l'aération de la chambre ou même des oreillers ;
- ✓ au contrôle de l'alimentation servie au patient qui nécessite de manger et de boire tel que requis dans le cas d'un régime hyper ou hypocalorique ;
- ✓ à la prise en charge de la mobilisation du patient, de son confort et de sa sécurité ;

---

<sup>122</sup> En vue de le classer parmi les catégories de personnes solvables aptes à s'acquitter de ses frais de séjour hospitalier ou faisant partie des catégories des démunis exempté des paiements exigibles à sa sortie d'hôpital...

<sup>123</sup> En vue de l'informer de sa guérison ou de sa mort.

- ✓ à la prévention des risques de chute dans les services hospitaliers ;
- ✓ à la prise en charge de la fonction urinaire ;
- ✓ à la prise en compte des aspects liés à la sécurité des soins prodigués (sécurité anesthésique, sécurité en stérilisation) ;
- ✓ au respect de la confidentialité des informations que les médecins détiennent sur les malades qu'ils accueillent dans leur service ;
- ✓ à la disponibilité de moyens suffisants pour équiper le bloc opératoire ;
- ✓ au contrôle de la température du patient ;
- ✓ au contrôle et à la surveillance de la survenance des infections nosocomiales ;
- ✓ au contrôle, à la prise en compte des attitudes du personnel vis-à-vis du repos du malade et à l'insonorisation des chambres ;
- ✓ à la prise en compte des besoins d'expression et de communication du patient ;
- ✓ à la prise en compte des spécificités culturelles de chacun des patients ;
- ✓ à la prise en charge de la douleur tant physique que morale ;
- ✓ à l'hygiène corporelle ;
- ✓ à la salubrité environnementale ;
- ✓ aux dispositifs mis en place pour le tri des déchets qu'ils soient des déchets d'activités de soins assimilables aux ordures ménagères (DAOM) ou des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI).

## **12- Le système d'information sanitaire**

La maîtrise de l'information est l'enjeu déterminant de toute organisation y compris dans une organisation à caractère sanitaire. Collecter l'information puis la traiter et en faire ressortir le résultat pour enfin le diffuser en vue de permettre la prise de décision, dans les situations normales ou de crises, exige des compétences spécifiques et des outils plus adaptés comme les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). L'usage des NTIC a, aujourd'hui, gagné tous les secteurs d'activité de l'homme. Ceci dit, le secteur de la santé ne peut être à la traîne de cette évolution marquant le passage de l'ère du traitement manuel de l'information à une ère nouvelle où l'information est de plus en plus automatisée. Sachant que les NTIC regroupent les processus de collecte, de stockage, de traitement et de diffusion de données (textes, images, son...), les éléments composant les NTIC sont de deux ordres :-matériels (unités de travail : ordinateurs, périphériques...) -immatériels (logiciels, bases de données, réseaux de communications). Nous analyserons donc le processus de mise en place du système d'information sanitaire (SIS) reposant sur les NTIC et les changements qu'un tel processus peut éventuellement induire tant sur les pratiques sanitaires que sur les structures en contribuant fortement à leurs décloisonnements par le partage de l'information.

## 12-1- Définition de l'information sanitaire

Par information sanitaire<sup>124</sup>, on entend la description du réseau de soins existant en termes de structures, de personnels et les données relatives aux activités développées. Cette information sert de matière première à la prise de décision des usagers du système d'information qui sont entre autres les acteurs du système de santé qui sont : la population, le système de soins, les organismes de sécurité sociale (Branche assurance-maladie) et enfin les pouvoirs publics.

## 12-2- Définition et objectifs du système d'information sanitaire

Par système d'information sanitaire, on entend le recueil de l'information (au niveau du système de soins), son traitement, sa mémorisation et enfin sa transmission vers des organismes habilités à la prise de décision à savoir : les gestionnaires des structures de santé ; la direction de la santé et de la population (DSP) et le ministère de la santé. Le recueil de l'information au niveau du système de soins concerne plusieurs aspects entres autres :

- ✓ **la gestion du personnel** : recrutement, formation, promotion, départ à la retraite (du personnel médical, paramédical, administratif et autre) ;
- ✓ la gestion des malades : gestion administrative des patients (admissions pour consultation et/ou hospitalisation, gestion des lits et des mouvements des malades), gestion du dossier des malades (saisie des actes accomplis sur les malades, résultats d'examens, dossier minimum commun)... ;
- ✓ **la gestion du médicament et du consommable**: besoins en médicaments et en consommables tenant compte des nomenclatures nationales respectives et des fournisseurs locaux et étrangers... ;
- ✓ **la gestion des structures et des équipements** : activités des différents services, taux d'activité, taux d'immobilisation des équipements... ;
- ✓ **la gestion financière et budgétaire** : budgets, nomenclature budgétaire des établissements sanitaires, règles et procédures de répartition des crédits alloués...

En définitive, la raison d'être de tout système d'information<sup>125</sup> consiste en la transformation de l'information brute ou élaborée en information de décision, en d'autres termes en information utile.

## 12-3- Le système d'information sanitaire (SIS) actuel

Ce dernier repose sur un mode traditionnel voire manuelle de collecte et de gestion de l'information. En effet, ce système recourt à des outils de collecte de l'information tels la fiche navette, billet d'admission, divers registres d'enregistrement (du mouvement des malades ; de médicaments etc....) et des

---

<sup>124</sup> Ministère de la santé ; de la population et de la réforme hospitalière « Comptes nationaux de la santé de l'Algérie : années 2000 ; 2001 » mai 2003.

<sup>125</sup> Leitzeman.M « Mise en place d'un système d'information stratégique multicritères facilitant l'intégration des ressources régionales et la prise de décision dans le domaine de l'environnement .Application à la ville de Marseille »Thèse de doctorat Université de droit, d'économie et des Sciences d'Aix Marseille, octobre 1998.

méthodes telles que la transcription et la saisie manuelle de l'information. Toutefois, étant donné l'importance de la quantité d'informations à collecter et à saisir, ces outils conjugués à ces méthodes présentent des limites quant à la réalisation des objectifs du système d'information sanitaire.

#### **12-4 Limites et dysfonctionnements du SIS actuel**

Le SIS actuel trouve aujourd'hui ses limites car il ne nous renseigne que partiellement sur l'étendue de la demande et de la qualité des soins prodigués aux malades. Aussi ses dysfonctionnements sont multiples :

- **Le bureau des entrées, initialement connu sous l'appellation de bureau des admissions, clef de voûte du système d'information sanitaire, n'est pas encore totalement opérationnel**

Ce bureau représente un trait d'union entre d'une part, les services hospitaliers et les services économiques des établissements de santé et d'autre part, entre le secteur de la santé en général et son environnement extérieur entre autres : le ministère de la santé, les collectivités territoriales, la population, les malades, leur proches et parents, le parquet ou l'ensemble des magistrats exerçant les fonctions du ministère public etc. Ce bureau est chargé de plusieurs missions à savoir :

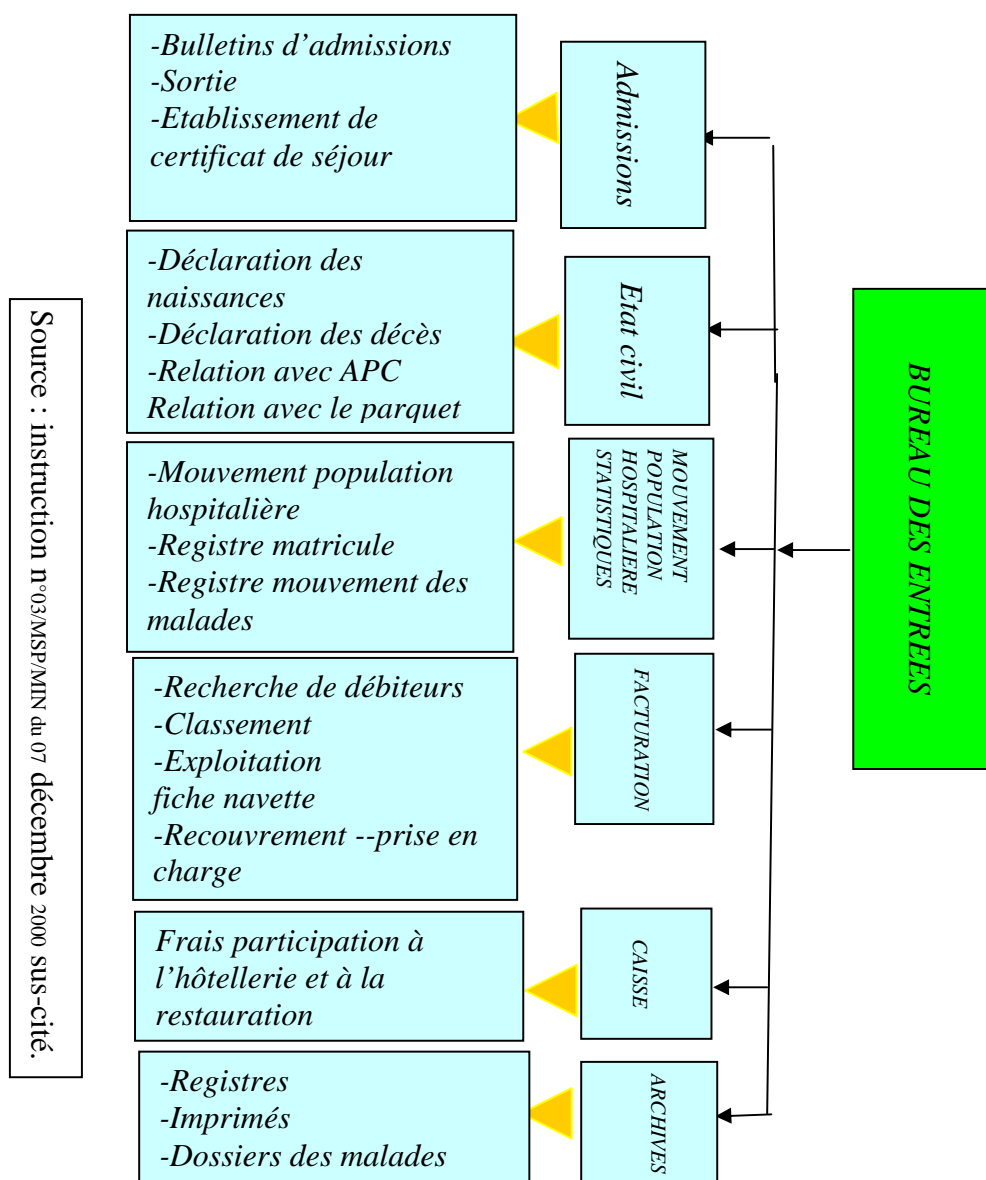
- ✓ accueil, renseignements et orientation des proches des malades, des malades eux mêmes et des visiteurs néanmoins ce rôle est assigné au bureau d'accueil et de l'orientation rattaché au bureau des admissions. Le renseignement des visiteurs se fait par le biais d'un registre répertoire dans lequel sont portés les malades selon un ordre alphabétique et certains bureaux d'accueil sont dotés de « logiciels patients » ;
- ✓ admissions des malades dans les services hospitaliers en leur délivrant des bulletins d'admission ;
- ✓ tenue d'un registre matricule où l'on donne un numéro de matricule pour tous malades admis dans les services hospitaliers ;
- ✓ sortie des malades des services hospitaliers en leur établissant des certificats de séjours ;
- ✓ déclaration des naissances en tenant un registre des naissances ;
- ✓ déclaration des décès en tenant un registre des décès ;
- ✓ relation avec les collectivités locales (APC) et le parquet ;
- ✓ enregistrement du mouvement des malades à l'intérieur de l'établissement hospitalier à savoir l'entrée des malades et leur sortie en tenant un registre du mouvement de malades ainsi que leur transfert dans d'autres structures hospitalières ;
- ✓ joue un rôle d'intermédiaire entre les services hospitaliers et le service de l'économat en leur communiquant régulièrement le nombre exact de malades séjournant dans les services hospitaliers pour lequel il faut confectionner des repas ;
- ✓ facturation des frais de participation à l'hôtellerie et à la restauration des malades ayant séjourné dans les structures hospitalières ;

- ✓ recouvrement de frais hospitaliers auprès des débiteurs ;
- ✓ prise en charge de contentieux ;
- ✓ tenue des dossiers de malades ;
- ✓ tenue d'archives ;
- ✓ exploitation de la fiche navette ;
- ✓ collecte de données sanitaires et leur envoi à des organismes habilités à leur traitement, à savoir la direction de la santé et de la population (DSP) et le ministère de la santé.

Toutes ces missions mentionnées ci-dessus doivent être pleinement remplies, néanmoins le bureau des entrées ne s'acquitte que partiellement des nombreuses tâches qui lui sont dévolues en raison d'une absence de coordination entre les services hospitaliers, les services administratifs et ce bureau considéré comme étant le point nodal. Ce bureau doit, en effet, retrouver une place prépondérante dans le fonctionnement de la majorité des établissements de santé car son rôle est consacré désormais comme stratégique en matière de gestion des structures sanitaires y afférentes. Cette structure de gestion est appelée à entretenir tout un réseau de relations internes et externes en se plaçant comme source principale du système d'information et d'évaluation périodiques des activités de soins en assurant convenablement le traitement et le suivi des données<sup>126</sup>. Par ailleurs et en perspective des rapports contractuels qui sont appelés à se développer à l'avenir en matière de financement des activités des établissements de santé avec les bailleurs de fonds du système de santé en Algérie, le bureau des entrées se doit de s'acquitter des nombreuses tâches qui lui reviennent de droit et ce par : le recueil et l'analyse des informations liées aux activités développées par les établissements sanitaires ; l'élaboration des indicateurs d'activités (consultations externes, soins ambulatoires, actes médico-techniques, journées d'hospitalisation, taux d'occupation des lits, durée moyenne de séjour, taux de rotation des lits etc....) ; l'exploitation de la fiche navette ; la tenue et le suivi des dossiers administratifs et des dossiers médicaux des malades ; la participation à l'analyse des coûts et à la normalisation des activités de soins ; l'émission de décomptes en vue de la facturation (des frais de soins, d'hébergement et de la restauration des malades ) ; le suivi du recouvrement ; la gestion de la régie des recettes ; la gestion du contentieux...

---

<sup>126</sup> Instruction N°03/MSP/MIN du 07 décembre relative à l'organisation et au fonctionnement du bureau des entrées relevant des CHU, EHS et secteurs sanitaires.



- **Absence de transcription<sup>127</sup>, sur la fiche navette, des actes médicaux, de radiologie et de laboratoires accomplis sur les malades**

La fiche navette accompagne le malade durant tout son séjour hospitalier. C'est un support d'information à même de rendre compte des activités hospitalières et de leur coût. Avec l'avènement de la gratuité des soins en Algérie en 1974, la fiche navette a été simplement et carrément supprimée puis rétablie par la suite. Elle comporte huit pages dont chacune est destinée à la collecte d'un certain nombre d'informations qui seront exploitées par le bureau des entrées. Cette fiche fait partie de la liste des supports d'information et de gestion normalisés<sup>128</sup>. La tenue et

<sup>127</sup> Au jour d'aujourd'hui la fiche navette est remplie à l'exception de certains actes qui ne sont pas transcrits et de certaines rubriques qui restent vierges.

<sup>128</sup> Cette liste comprend des imprimés et des registres.

l'exploitation de la fiche navette vont permettre de recueillir une panoplie d'informations sur le malade admis dans les services hospitaliers d'un hôpital, sur sa maladie, sur les actes médicaux, chirurgicaux, examens pratiqués sur lui à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement hospitalier, les soins infirmiers correspondant aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation, les médicaments qui lui ont été prescrits et administrés et enfin la fiche navette comporte des indications sur la sortie du malade de l'établissement où il a reçu des soins. Dans sa première page, la fiche navette regroupe les informations relatives à l'identification du patient à savoir son nom, son prénom, son âge, son groupe sanguin, son numéro d'admission, de même que les informations concernant le service allant accueillir le malade : nom de salle, le numéro de lit ainsi que la date et l'heure d'entrée dans le service. Des informations sont en outre collectées sur la personne du chef de service et sur celle du médecin traitant. Le mode d'entrée du patient est signalé sur la fiche navette qui, signifie que le malade a été orienté vers le service par les urgences du même établissement ou évacué d'un établissement extérieur. Un code d'entrée est attribué par le bureau des entrées pour chaque malade admis dans un service de l'établissement pour des contrôles éventuels des malades séjournant ayant été effectivement transités et recensés par ce bureau. D'autres informations sont susceptibles par ailleurs d'être recueillies à l'occasion du transfert du malade dans un autre service au sein du même établissement ou en dehors de celui ci (voir page 1)

**Schéma n°07 : Fiche navette**  
**Identification du malade**

**Page 01**

1 n° d'admission	2 groupe sanguin	3 âge		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
4. Nom :..... 5. Nom de jeune fille :..... 6.Prénom :.....				
7. Service..... 8.Nom et qualité du chef de service : .....				
9. Date d'entrée ..... /..... /..... 10. Heure d'entrée...../...../				
11.Nom de salle :..... 12. N° de lit :.....				
13.Nom. prénom et qualité du médecin traitant :.....				
14.Mode d'entrée : ..... 15. Code Entrée. / /				
Hospitalisation dans un autre service (Mouvement du malade)				
16. service	17. Date d'entrée	18.Heure d'entrée	19. Nom de salle / N° lit	20.Médecin traitant
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....
.....	.....	.....	...../.....	.....

**Source** : document normalisé établi par le MSRH

La deuxième et la troisième page de la fiche navette sont destinées à la transcription des actes médicaux, chirurgicaux et les divers examens pratiqués sur le malade dans l'établissement d'hospitalisation. Les actes que les professionnels de soins peuvent avoir à effectuer sont établis par une nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et autres auxiliaires

médicaux<sup>129</sup>. Cette nomenclature impose aux praticiens et auxiliaires médicaux de communiquer à l'administration de l'établissement sanitaire le type et la valeur des actes techniques qu'ils effectuent. Cette dernière est censée mesurer les activités des différents services et à calculer les coûts de santé, en d'autres termes les coûts de prise en charge des malades. Ces coûts seront communiqués aux organismes de sécurité sociale en vue d'effectuer le calcul de leur participation au financement de structures de soins et du secteur de la santé en général. Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. La lettre-clé est un signe pour désigner soit un acte accompli par un médecin généraliste dont la lettre-clé est la lettre C, l'acte accompli par un spécialiste est désigné par la lettre CS, celui effectué par un psychiatre prend la lettre C PSY, l'acte du chirurgien dentiste prend la lettre CD, l'acte de sage femme prend la lettre C.SF. Par ailleurs il existe d'autres actes désignés par d'autres lettres-clés :

- ✓ PC qui désigne des actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
- ✓ K désigne des actes de chirurgie et de spécialité.
- ✓ D désigne des actes pratiqués par le chirurgien dentiste.
- ✓ DS désigne des actes accomplis par le chirurgien dentiste spécialiste.
- ✓ SF désigne des actes de soins effectués par une sage femme.
- ✓ AMI désigne des actes de soins pratiqués par l'infirmier.
- ✓ R et B désignent respectivement les actes de radiologie et les actes d'analyse médicale.
- ✓ Enfin, la lettre KB désigne des actes de prélèvement pour analyse médicale effectués par un praticien non médecin<sup>130</sup> ou par un biologiste non médecin.

Chaque lettre-clé possède une valeur monétaire établie par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs des soins médicaux et autres. Le coefficient qui suit chaque acte est un nombre indiquant la valeur relative de celui-ci. Aussi, pour la cotation d'un acte ou sa notation il suffit pour cela pour le praticien médical ou autres d'inscrire la lettre-clé prévue à cet effet qui correspond à une valeur monétaire et d'inscrire immédiatement après le coefficient fixé par la nomenclature pour désigner la valeur relative de cet acte par rapport aux autres actes pratiqués. Ainsi l'acte de radiologie est désigné par la lettre-clé R, ayant pour valeur monétaire 2,50 DA, sa cotation se fera tout juste en multipliant cette valeur monétaire par le coefficient fixé pour cet acte pour trouver sa valeur relative. Tous les actes effectués sur les malades doivent être en principe transcrits sur la fiche navette. Ces actes doivent être en outre datés par chacun des services intervenant lors de la prise en charge de ses patients. La nature de chaque acte ou examen correspond à sa désignation par le médecin intervenant directement sur le malade qui déclare son identité à savoir son nom, son prénom et sa qualité de praticien : médecin généraliste ou spécialiste (voir la page 2 et 3 de la fiche navette).

---

<sup>129</sup> Le décret N° 85 283 du 12 novembre 1985 établit la liste des actes professionnels des médecins et autres auxiliaires médicaux avec leur cotation.

<sup>130</sup> Ministère de la santé publique « Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux », Alger, 1987

**Schéma n° 08 (suite de la fiche navette) dans sa page n°02**

1. Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiqués dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service

1.1 date	1.2 service	Actes et examens			1.6 Nom, prénom et qualité du praticien
		1.3 code	1.4 Nature	1.5Cotation	

Se conformer au manuel des actes professionnels

**Source :** document normalisé établi par le MSRH

**Schéma n° 09 (suite de la fiche navette) dans sa page n°03**

1. Actes médicaux, chirurgicaux et examens pratiqués dans l'établissement d'hospitalisation y compris les consultations effectuées par les praticiens externes au service (suite).

1.1 date	1.2 service	Actes et examens			1.6 Nom prénom et qualité du praticien
		1.3 code	1.4 Nature	1.5Cotation	

Se conformer au manuel des actes professionnels

**Source :** document normalisé établi par le MSRH

La page quatre de la fiche navette correspond aux soins infirmiers ou aux actes paramédicaux effectués dans l'établissement d'hospitalisation. Chaque soin infirmier doit être transcrit, daté, par ce service qui l'effectue suivant un code ayant pour lettre-clé : AMI. Lorsqu'un acte est effectué par une sage-femme la lettre-clé utilisée dans ce cas est la lettre SF. Les actes infirmiers doivent être désignés par leur nature. Le nom ainsi que le prénom et la qualité du paramédical doivent être dûment mentionnés (voir la page 4 de la fiche navette).

**Schéma n°10 (suite de la fiche navette) dans sa page n° 04**

2. Soins infirmiers (actes paramédicaux) effectués dans l'établissement d'hospitalisation

2.1 date	2.2 service	Actes et examens			2.6 Nom prénom et qualité du praticien
		2.3 code	2.4 Nature	2.5Cotation	

Continuer sur feuille intercalaire

**Source :** document normalisé établi par le MSRH

La page cinq de la fiche navette correspond aux actes médicaux, chirurgicaux et examens effectués dans une structure externe publique soit elle ou privée. En effet, le malade peut être transféré lors de son traitement dans d'autres structures pour bénéficier de soins ou de traitements complémentaires en raison de l'indisponibilité de moyens humains, matériels ou thérapeutiques dans la structure

l'ayant accueilli préalablement. Ce transfert s'opère en attribuant au malade un numéro de prise en charge (santé). (Voir la page 5 de la fiche navette).

**Schéma n°11 (suite de la fiche navette) dans sa page n°05**

Actes médicaux, chirurgicaux et examens et examens effectués dans une structure externe  
(Publique ou privée)

3.1 date	3.2 service	Actes et examens			3.6 Nom prénom et qualité du praticien	3.7 N°prise en Charge (Santé)
		3.3 code	3.4 Nature	3.5Cotation		

Continuer sur feuille intercalaire

Source : document normalisé établi par le MSRHH

La page six de la fiche navette correspond aux médicaments prescrits au malade lors de son traitement. Cette page comprend plusieurs rubriques notamment le libellé du médicament prescrit en fonction de la dénomination commune internationale D.C.I laquelle sert à indiquer la composition chimique d'un quelconque médicament pour le distinguer du nom commerciale qui lui est attribué. Cette D.C.I permet de sélectionner les médicaments en fonction des besoins exprimés par les différents services de soins qui ne seront pas tentés d'acquérir un produit pharmaceutique tout en sachant qu'il est destiné à un usage particulier n'étant requis par aucun service opérant dans l'établissement<sup>131</sup>. Les autres rubriques composant cette page font référence à la date de prescription du médicament, son code D.C.I, la quantité prescrite, la quantité fournie, le nom et le prénom ainsi que la qualité du prescripteur. La page sept faisant toujours référence au médicament avec les mêmes rubriques (voir page 6 et 7 de la fiche navette).

**Schéma n°12 (suite de la fiche navette) dans sa page n° 06**

4. Médicaments (\*)

4.1 Date de prescription	4.2 code D.C.I	4.3 Libellé D.CI Forme et dosage	4.4 Quantité prescrite	4.5 Quantité fournie	4.6nom prénom et qualité du prescripteur)

Tracer un trait après chaque prescription (ordonnance)

Source : document normalisé établi par le MSRHH

<sup>131</sup> SALMI.M « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas du secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Irathen », mémoire de magister, Tizi-Ouzou, 1999, P 84.

### Schéma n°13 (suite de la fiche navette) dans sa page n°07

#### 4. Médicaments (\*)

4.1 Date de prescription	4.2 code D.C.I	4.3 Libellé D.CI Forme et dosage	4.4 Quantité prescrite	4.5 Quantité fournie	4.6 nom prénom et qualité du prescripteur)

Tracer un trait après chaque prescription (ordonnance)

*Source : document normalisé établi par le MSRH*

La dernière page de la fiche navette est la page « sortie » qui comporte un cadre réservé au praticien ainsi qu'un cadre réservé à l'administration de l'établissement.

**Le cadre du praticien** comporte plusieurs indications entre autres :

- ✓ la date et l'heure de sortie du malade du service ou de l'établissement l'ayant accueilli ;
- ✓ le mode de sortie signifie que le malade est complètement guéri de sa maladie ce qui suppose qu'il est orienté vers son domicile avec autorisation du praticien ou bien qu'il nécessite encore un suivi en consultation mais peut éventuellement quitter l'établissement de soins contre avis médical ou enfin que le malade est décédé ;
- ✓ le code de sortie est une rubrique qui reste à l'heure actuelle tout a fait vierge ;
- ✓ le diagnostic ou le motif d'entrée correspond à la maladie ayant motivé l'hospitalisation du malade ;
- ✓ le diagnostic de sortie correspond à l'état de santé du malade juste avant que celui ci ne quitte l'établissement de santé car des affections déjà traitées ou de nouvelles affections peuvent éventuellement survenir durant la période de soins ;
- ✓ le code CIM<sup>132</sup> ou la codification internationale des affections mortelles et non mortelles servant à la classification internationale des maladies est une rubrique qui reste à l'heure actuelle vierge ;
- ✓ le code GHM « groupe homogène de malades » est un système de classification des patients hospitalisés qui n'est pas d'usage dans nos établissements de soins ;

<sup>132</sup> La classification internationale des maladies CIM est une idée soulevée, pour la première fois, au premier congrès international de statistiques à Bruxelles en 1853 par Quételet. Cette idée est par la suite reprise par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948 pour aboutir à l'élaboration de la classification internationale des maladies. Au départ la CIM est conçue pour identifier les causes de mortalité puis pour introduire les causes de morbidité et enfin, pour prendre en compte l'évolution des connaissances. L'objectif de la CIM c'est de produire une information sanitaire puis la traiter. La CIM sert donc à établir des statistiques sur la morbidité et la mortalité afin d'établir leurs causes qui aideront les systèmes de santé à travers le monde d'établir des politiques de santé sur la base de ces informations ou statistiques qui permettront d'effectuer des comparaisons qu'elles soient temporelles, géographiques ou régionales.

- ✓ le nom ainsi que le prénom et le grade du praticien et enfin le visa du chef de service.

**Le cadre réservé à l'administration** de l'établissement comporte plusieurs rubriques entre autres :

- ✓ le numéro de facture est une rubrique qui reste vierge ;
- ✓ la date de sortie ;
- ✓ le montant total de la prestation qui correspond à l'heure actuelle aux frais d'hébergement des malades dans les services hospitaliers calculés forfaitairement sur la base de 100 DA la nuit ;
- ✓ le numéro de quittance ;
- ✓ la part de la sécurité sociale qui représente la contribution de la sécurité sociale aux frais de soins de son personnel et de ses affiliés. Cette rubrique n'est pas, à l'heure actuelle, remplie car la sécurité sociale ne prend pas en charge directement les frais hospitaliers du malade sur le plan individuel mais indirectement, sur le plan collectif, en participant à travers une contribution forfaitaire aux dépenses de santé à l'échelle du pays tout entier par le biais d'un forfait hôpitaux ;
- ✓ la part du patient est celle revenant directement à l'usager du système de soins qui supporte au jour d'aujourd'hui le montant total de la prestation de soins qui lui est offerte;
- ✓ la nature de document de sortie est une rubrique destinée soit aux malades chroniques qui sont exonérés du paiement de la contribution forfaitaire d'accès aux soins dans les structures publiques de santé, soit aux indigents n'ayant pas les moyens pour payer les frais de leur prise en charge ou enfin aux personnes n'exerçant aucune activité ;
- ✓ le numéro de document qu'il soit un certificat d'indigence, une attestation de non activité ou enfin une attestation de non perception d'un revenu sont tous des documents délivrés au niveau de la mairie ;
- ✓ l'établissement d'accueil correspond à celui où l'on a transféré le malade avec un numéro de prise en charge ;
- ✓ le nom de la personne qui accompagne le malade mineur à sa sortie de l'hôpital ;
- ✓ Enfin, le nom, le prénom et la fonction du signataire ou l'employé du bureau des entrées.

## Schéma n°14 (suite de la fiche navette) dans sa page n° 08

### Sortie

#### Cadre réservé au praticien

1. Date de sortie ...../...../...../	2.Heure de sortie :...../.....
3. Mode de sortie :.....	4. : Code de sortie :...../.....
5. Diagnostic ou motif d'entrée :.....	
6.Diagnostic de sortie :.....	
7. Code C.I.M. .... /...../..... /	8.Code G.H.M. .... /...../...../

Nom prénom et grade du praticien

visa du chef de service

.....

Date et cachet

.....

Signature

#### Cadre réservé à l'administration de l'établissement.

9. N°de facture.....	10.date .....	11. Montant total de la prestation.....
12.N0 de quittance.....	13.part S.S.....	14. part patient .....
15. Nature de document de sortie :.....	16.N0 de document : .....	
17.Etablissement d'accueil : .....	18. N°prise en charge (santé) : .....	
19.Mineur accompagné à sa sortie par :.....		

Nom, prénom et fonction du signataire

Date et cachet

.....

Signature

Source : document normalisé établi par le MSRH

- **Mauvaise tenue du dossier médical<sup>133</sup>**

Ce dossier<sup>134</sup> (dossier patient ou dossier de santé) peut être considéré comme le document ou le support où sont consignés les données médicales relatives au patient. Historiquement, c'est dans les hôpitaux de Bagdad au IXe siècle après J.C où l'on trouve trace des premiers documents, il s'agit en fait de registres, contenant des informations sur des personnes auxquelles étaient dispensées des soins. Avicenne a utilisé le dossier médical dès le dixième siècle et ce pour suivre l'évolution de l'état de santé de ses malades, toutefois il s'agissait de pratiques isolées donc qui n'étaient pas généralisées. Au début du vingtième siècle, la situation allait changer lorsque la prise en charge des malades commençait à connaître une évolution remarquable avec l'apparition des premiers examens biologiques et radiographiques<sup>135</sup>. C'est alors que s'est posée la question du

<sup>133</sup> Mémoire des principales informations concernant un patient. Il fait habituellement l'objet d'une mise à jour à chaque nouvelle prise en charge. Il peut être utilisé à des fins médicales individuelles (suivi du patient) ou à des fins médicales collectives (recherche épidémiologique).

<sup>134</sup> Dupuy.O « le dossier médical », édition les études hospitalières, Bordeaux centre, 2002.

<sup>135</sup> En décembre 1896 que fut réalisée la première radiographie par Roentgen (Dupuy.O : le dossier médical)

stockage de ces examens et des données relatives au patient ainsi que l'accessibilité à toutes ces données.

Le dossier médical peut être identifié comme l'ensemble des pièces et des données relatives au patient récoltées lors de sa prise en charge, qui se compose de la totalité des documents administratifs et médicaux relatifs à celui-ci. Il est considéré comme le support indispensable à toute pratique médicale de qualité sinon le reflet même de cette pratique professionnelle. C'est également un indicateur pour l'évaluation de la qualité des soins. Ce dossier peut être établi à chaque hospitalisation d'un patient dans un établissement hospitalier ou être classé dans un dossier médical unique après avoir rassemblé toutes les informations en provenance de tous les services formant un établissement hospitalier ayant intervenu lors de la prise en charge du malade. Néanmoins, la constitution ainsi que la conservation d'un dossier unique doit faire l'objet d'un consensus minimum pour homogénéiser son contenu. En effet, si l'effort pour homogénéiser le dossier médical n'est pas consenti, il y a risque de ne pas faire regrouper des pièces de manière homogène et un même document peut éventuellement figurer en plusieurs exemplaires.

**Le contenu du dossier médical doit être réglementé** en d'autres termes que son contenu doit être décrit explicitement par un règlement modèle qui sera au même titre le règlement régissant le fonctionnement des établissements hospitaliers. En effet, il est inconcevable de dissocier le règlement servant au fonctionnement des établissements ou services hospitaliers sans que ce dernier ne fasse référence au dossier médical car le fait même de ne pas le tenir pour ses malades cela relève d'une insuffisance en matière de suivi et de surveillance technique de ses patients. La tenue d'un dossier médical pour tout patient est donc une exigence de même qu'il soit soumis aux mêmes exigences son contenu et ce, pour tout établissement quel que soit son statut juridique qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé néanmoins c'est de l'exigence d'un contenu minimum dont il sera question. Ce contenu minimum doit servir à l'uniformisation des dossiers pour une même pathologie. Les éléments d'information susceptibles d'être recueillis pour constituer le contenu du dossier médical s'articulent autour de deux situations à savoir : **à l'entrée du patient** dans le système de soins et **à sa sortie**. L'entrée dans le système de soins fait suite à une consultation externe lors d'un déplacement du malade lui-même vers la structure pour des soins médicaux ou autres, lors de l'accueil du malade dans le service des urgences, à son admission dans les structures hospitalières et durant tout son séjour à l'hôpital. La sortie du malade correspond à la fin de son séjour dans le système de soins.

- **Les informations censées être recueillies lors de l'entrée du patient dans le système de soins** qui seront formalisées dans le dossier médical en d'autres termes constituer son contenu réglementaire peuvent se résumer à ce qui suit :
  - ✓ la lettre à la source de la consultation ou de l'admission dans les structures hospitalières ;

- ✓ les motifs ou les raisons objectives d'hospitalisation ;
- ✓ recherche chez le patient d'antécédents et de facteurs de risques ;
- ✓ évaluation clinique initiale suivie de conclusions ;
- ✓ type de prise en charge prévue à cet effet et prescriptions effectuées à l'entrée du malade dans le système de soins ;
- ✓ soins dispensés et prescriptions établies lors d'une consultation externe ou lors du passage au service des urgences ;
- ✓ état clinique, soins reçus, examens biologiques ou radiologiques effectués sur le malade lors de son hospitalisation ;
- ✓ informations concernant la démarche médicale adoptée relative à la prise en charge du malade ;
- ✓ dossier d'anesthésie ;
- ✓ compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- ✓ consentement écrit du malade pour les situations où ce consentement est requis ;
- ✓ mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et copie de la fiche d'incident transfusionnel ;
- ✓ éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- ✓ dossier de soins infirmiers ;
- ✓ autres soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- ✓ correspondances échangées entre professionnels de santé. Sachant que chaque pièce du dossier doit être datée tout en relevant l'identité du patient ainsi que celle du professionnel de santé ayant produit ou recueilli l'information.

➤ **Les informations formalisées établies à la sortie du malade** peuvent se résumer à ce qui suit :

- ✓ résumé standard de sortie ;
- ✓ compte rendu d'hospitalisation ;
- ✓ la prescription de sortie ;
- ✓ le double d'ordonnance de sortie ;
- ✓ Modalités de sortie c'est à dire que le malade à la fin de son séjour hospitalier est orienté vers son domicile ou dans d'autres structures plus à même de mieux le prendre en charge ;
- ✓ fiche de liaison infirmière.

**L'informatisation du dossier médical.** Un dossier médical informatisé est une alternative susceptible de remplacer le dossier médical sur support papier car l'informatique tend aujourd'hui à résoudre toutes les difficultés et les inconvénients liés à la collecte, au stockage, au traitement et enfin à la diffusion de l'information. En effet, les données traitées et stockées dans le dossier médical sur support papier sont très importantes et croissent de plus en plus d'année en année. Ainsi la substitution du dossier informatisé est à même de résoudre une panoplie de

difficultés qui sont à même de compromettre les soins prodigués aux malades ainsi que leur qualité suite à la lourdeur dans la communication des informations contenues dans le dossier médical en papier conduisant ainsi aux retards quant à la pose du diagnostic et à une prise en charge défaillante du malade. Cette difficulté de transmission des informations sur les malades entre professionnels de la santé est accentuée par certains facteurs tels l'augmentation de la mobilité géographique des individus qui fait accroître les difficultés de la disponibilité de l'information. Le stockage de dossiers médicaux sur support papier revient de plus en plus coûteux sur un double plan : celui du personnel et des locaux. L'informatisation du dossier médical permet enfin, un accès immédiat à l'information sans aucune perte de temps lié au déchiffrement d'écritures illisibles ou à la perte de documents. Néanmoins il existe deux types de difficultés pour la mise en place du dossier médical informatisé. La première difficulté émane de la profession médicale qui voit dans l'introduction de l'informatique un bouleversement de leur profession d'où une réticence quant à l'adoption de cet outil. Quant à la deuxième difficulté, celle-ci est d'ordre budgétaire car l'introduction de l'informatique est une source de surcoûts à court terme.

- **Les différents centres de décision du système de soins se caractérisent par de forts cloisonnements**

Ces derniers subsistent entre les services administratifs et les services médicaux et à l'intérieur de chacun d'entre eux. Cet état de faits s'explique par une différence d'appréciation des problèmes de santé posés à ce système de soins ou plus précisément aux différents agents qui le composent. En effet, les médecins qui prescrivent les médicaments et autres traitements thérapeutiques et cliniques génèrent des dépenses de santé, mais considèrent celles-ci comme des dépenses justifiées car la vie des malades en dépend. Par contre, pour les gestionnaires du système de soins, ce sont les considérations économiques ou budgétaires qui comptent dans leur processus de gestion ou de prise de décisions étant donné que leurs ressources sont déterminées et affectées par des administrations centrales.

Les cloisonnements caractérisant les services médicaux sont dus, d'une part, au bureau des entrées qui ne remplit pas convenablement ses différentes missions ainsi qu'au mode manuel de collecte et de traitement de l'information, et d'autre part, à la non transcription des actes (médicaux, chirurgicaux, radiologiques) suite à la mauvaise tenue de la fiche navette, à l'absence de la tenue d'un dossier médical, de surcroît, informatisé et à la non disponibilité de comptes rendus de séjours hospitaliers des malades dans les structures publiques de soins en Algérie.

Par conséquent, le SIS actuel est incapable de remplir pleinement les missions qui lui sont dévolues. Aussi, il est nécessaire de concevoir et de mettre en place un système d'information sanitaire intégrant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

### 13- L'intégration des NTIC au SIS

Pour parer aux dysfonctionnements du système d'information actuel, l'intégration des NTIC présente des avantages susceptibles d'améliorer la fiabilité de ce système et son intégration.

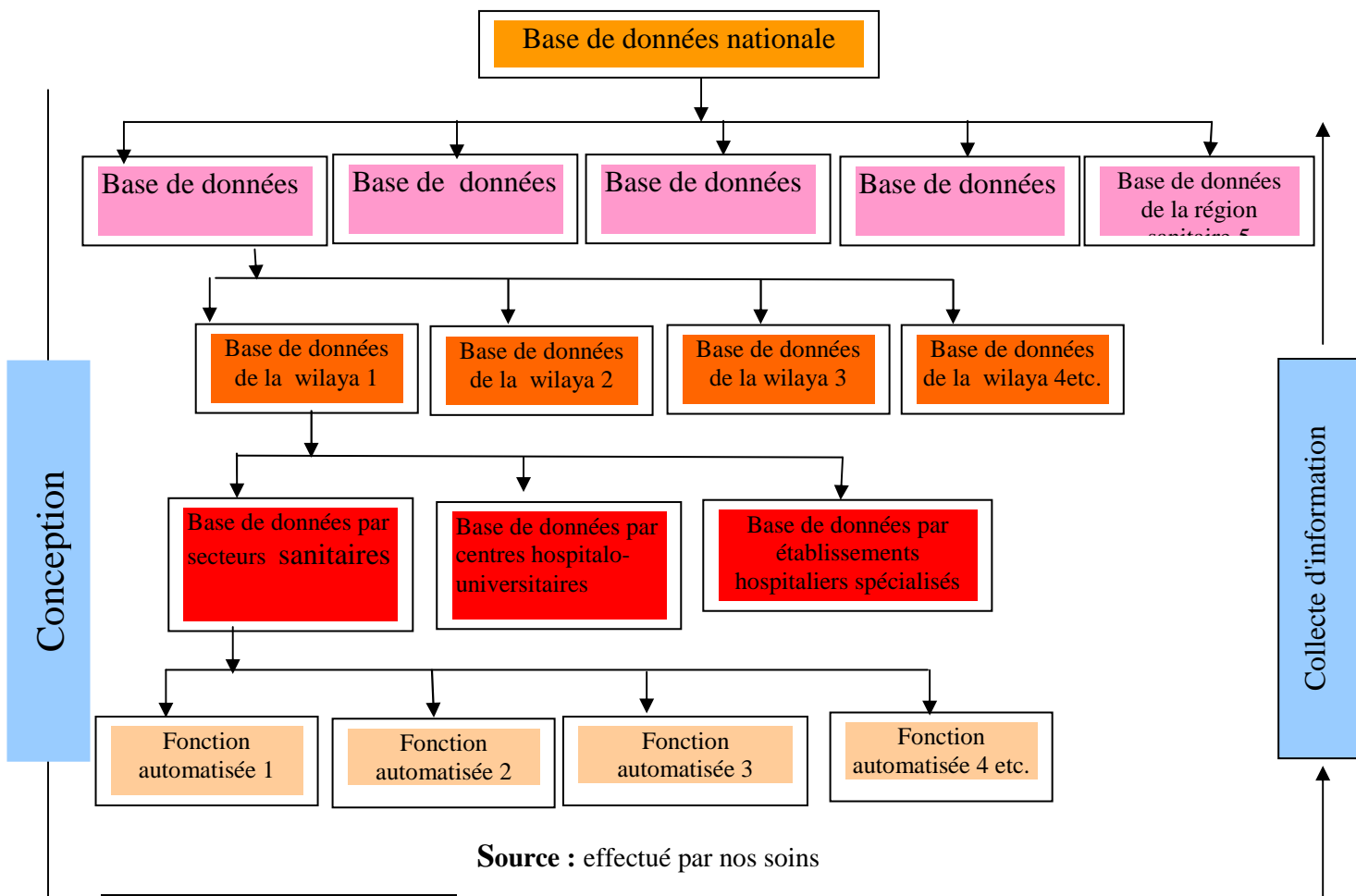
#### 13-1- Processus de mise en place du SIS fondé sur les NTIC :

La mise en place du SIS fondé sur les NTIC est un processus de longue haleine dont les étapes sont : sa conception, sa mise en œuvre, son fonctionnement et les implications liées à l'intégration des NTIC dans le système d'information sanitaire en Algérie.

##### 13-1-1- La conception du SIS fondé sur les NTIC

La conception du SIS fondé sur les NTIC consiste à définir une base de données sanitaire permettant une collecte structurée et non redondante d'informations relatives au réseau de soins existant à l'échelle nationale en termes de structures, de personnels et d'activités. Une fois définies les rubriques de la base de données sanitaire à l'échelle nationale, celle-ci sera déclinée en plusieurs niveaux suivant la hiérarchisation des soins par régions sanitaires, par wilayas et enfin par établissements sanitaires. (Voir le schéma)

Schéma n°15 : Représentation du SIS<sup>136</sup>



Source : effectué par nos soins

<sup>136</sup> Le SIS a une structure arborescente dont le processus de conception est inverse au processus de collecte de l'information.

### **13-1-2- La mise en œuvre du nouveau système d'information sanitaire**

La mise en œuvre du nouveau système d'information sanitaire requiert la mise en place de structures innovantes au sein des établissements sanitaires chargées de gérer l'intégration et la diffusion des NTIC par le développement et l'informatisation du système d'information existant, d'animer et de coordonner les actions relatives à la mise en place du nouveau système d'information sanitaire et enfin, d'accompagner le personnel employé dans les structures sanitaires dans son élan d'adaptation et de maîtrise du nouvel outil informatique (ordinateurs + logiciels) etc....

Toutes ces missions sont assignées à ces structures (les services informatiques) dont l'objectif principal consiste en la création, l'actualisation et la mise à jour de la base de données des établissements sanitaires. Toutefois, la concrétisation de tels objectifs passe par tout un travail de réorganisation des différents domaines de gestion de ces établissements car « organisation informatisation » est un couple qui va de pair. Par ailleurs, la mise en œuvre du nouveau système d'information a fort besoin de moyens humains représentés par les compétences nécessaires au fonctionnement de l'ensemble du processus (au niveau de la structure innovante, de la direction de la santé et de la population (DSP) et du ministère de la santé) et des moyens matériels et immatériels à l'exemple d'ordinateurs, de logiciels et de réseaux de télécommunication pour la transmission de l'information.

### **13-1-3- Fonctionnement du nouveau système d'information sanitaire**

Le fonctionnement du nouveau système d'information sanitaire a pour base l'établissement sanitaire où est collectée l'information, traitée grâce à des logiciels spécialisés pour être enfin stockée dans la base de données de l'établissement. L'ensemble des informations contenues dans les bases de données des établissements de chaque Wilaya sera transmis, via le réseau intranet, à la direction de la santé (DSP) et reversé dans la base de données de wilaya grâce à des logiciels spécialisés (extraction, exploitation et consolidation de données). Enfin, la base de données nationale va puiser ses données dans les bases de données des wilayas, via intranet, grâce aux mêmes types de logiciels que l'étape précédente. A noter, que ces bases de données à tous les niveaux seront sujettes à un processus de mise à jour actualisation continue.

## **13-2- Les Implications de l'intégration des NTIC dans le SIS**

Ces dernières sont différentes si l'on considère les horizons temporels à savoir le court, le moyen et enfin le long terme.

### **13-2-1- Les implications à court terme**

- ✓ l'intégration des NTIC dans le SIS constitue un coût supplémentaire pour tout établissement sanitaire. Ces coûts supplémentaires sont essentiellement liés à l'acquisition de la

technologie et à la formation du personnel voire même au recrutement de nouvelles compétences ;

- ✓ résistances aux changements d'ordre psychosociologiques, se traduisant par une attitude de rejet à l'intégration des NTIC due à l'effort de formation et au refus d'un surcroît de travail de la part du personnel ainsi qu'aux éventuels blocages de la part de l'administration des établissements sanitaires qui appréhendent une perte du pouvoir ou sa diminution au profit des informaticiens porteurs de nouvelles méthodes en matière de gestion.

### **13-2-2- les implications à moyen terme**

- ✓ saisie unique des données, c'est à dire que les données sont saisies une seule fois et ce lors de la création des bases de données devenant ainsi disponibles pour tout usage ;
- ✓ élimination du papier en recourant à d'autres moyens en ce qui concerne les supports de transcription car les échanges d'information se feront par voie de disquettes ou via le réseau intranet, voire même extra net ;
- ✓ réduction des frais généraux de voyages et de missions car les NTIC réduisent le temps et les distances ;
- ✓ autoformation du personnel grâce au rôle d'outils de diffusion des connaissances que joue les NTIC (cd-rom, Internet...).

### **13-2-3- les implications à long terme**

- ✓ décroissements des structures et des activités par le partage de l'information ;
- ✓ accroissement de la capacité de communication et de décision due aux NTIC ;
- ✓ extension de l'étendue du contrôle ;
- ✓ diminution du nombre de niveaux hiérarchiques par l'aplatissement de la structure ;
- ✓ l'accès à l'information en temps réel ;
- ✓ meilleure évaluation des pratiques sanitaires et des coûts ;
- ✓ meilleure prise en charge et satisfaction des malades ;
- ✓ possibilité de mise en place du dossier médical ;
- ✓ établissement de statistiques sanitaires ;
- ✓ évolution des métiers liés à la médecine car les métiers se voient transformer en particulier à cause des changements technologiques, de l'informatisation et des modifications structurelles au sein des établissements ;
- ✓ meilleure connaissance des pathologies existantes à l'échelle régionale et nationale ;
- ✓ constitution de différents réseaux liés à la santé ;

- ✓ changements de mentalités des praticiens, des malades et des administrateurs ;
- ✓ élaboration de politiques de santé sur la base de données fiables ;
- ✓ meilleure allocation de ressources pour les structures de santé en luttant contre toutes formes de gaspillages ;
- ✓ capitalisation et partage d'expérience ;
- ✓ le passage de la gestion administrative des structures au management hospitalier ;
- ✓ etc.

La réussite de ce processus dépendra, en définitive, de l'étroite collaboration entre les informaticiens, chargés de l'intégration des NTIC dans le SIS, les responsables de la santé à tous les niveaux et les gestionnaires des structures sanitaires du pays et de leur maîtrise des NTIC. Cette réussite dépendra également de la volonté des pouvoirs publics à passer à la société de l'information.

### **Conclusion du chapitre III**

L'évaluation micro structurelle de l'offre de soins donc l'évaluation à l'échelle de l'établissement de soins a montré qu'il ne s'agit pas de doter le pays de structures sanitaires, encore faudrait-il que l'on prenne en considération les éléments structurels de soins qui déterminent, en définitive, l'importance de l'offre et la qualité des soins prodigués pour la population. En effet, la disponibilité de suffisamment de structures de soins ne valorise pas ces dernières en l'absence de ces éléments.

## **Chapitre IV**

### **Evaluation des procédures de soins**

#### **Introduction**

L'évaluation des procédures de soins repose sur l'appréciation des activités qui concourent à la pose du diagnostic et au traitement des malades. Bien évidemment cette appréciation ne peut être qu'une appréciation professionnelle faite par des médecins eux mêmes sur leurs propres activités car, en réalité, seuls les médecins sont à même de comprendre et d'apprécier les activités développées par eux mêmes et par leurs pairs. Néanmoins, cette évaluation doit reposer sur une appréciation professionnelle de la qualité de ces procédures fondée sur les acquis scientifiques et les valeurs sociales et éthiques<sup>137</sup> de la médecine, en d'autres termes, que ces activités médicales soient exercées en conformité aux normes dérivées de ces valeurs sociales et éthiques tout en prenant en considération les acquis scientifiques de la médecine.

Pour Donabedian<sup>138</sup>, les procédures sont dites aussi les processus qui ne sont autres que les soins à proprement parler et la gestion de leur délivrance ce qui sous entend l'organisation du travail, la coordination et la continuité des soins, la collecte et la transmission des informations et le management de l'établissement. Ainsi, on peut distinguer trois types d'activités délivrées lors de la production des soins :

- ✓ les activités cliniques directes qui s'adressent sans intermédiaire à l'utilisateur à l'exemple de l'intervention chirurgicale ;
- ✓ les activités cliniques indirectes qui sont effectuées pour l'utilisateur en son absence à l'exemple des examens biologiques ;
- ✓ les activités non cliniques, qui ne relèvent pas des soins mais qui concernent l'organisation et permettent la réalisation des soins dans de bonnes conditions à l'exemple de la maintenance des équipements.

Pour évaluer les processus de soins, trois niveaux d'analyse sont distingués à savoir :

- ✓ L'existence de procédures écrites ;
- ✓ Le caractère approprié des procédures ;
- ✓ Le degré d'application des procédures existantes.

Les procédures de soins regroupent donc toutes les activités des médecins et des professionnels de soins directement ou indirectement consacrées au diagnostic et au traitement des malades. La pose du diagnostic et le traitement des malades font suite à une série de pratiques, de gestes, de procédures ainsi qu'à leur appréciation sur un double plan: sur le plan de leur qualité technique et sur le plan de la qualité des contacts humains établis pour la circonstance.

---

<sup>137</sup> Par éthique médicale ou la bioéthique on entend l'ensemble des problèmes posés par la responsabilité morale des médecins et des biologistes dans leurs recherches et dans les applications de celles-ci.

<sup>138</sup> Vilcot.C et Leclat.H « les indicateurs qualité en santé » édition Afnor, Saint Denis ,2002

Ces activités recouvrent plusieurs aspects de la prise en charge du malade à commencer par l'examen clinique effectué sur ce dernier, au choix des examens diagnostics et à la qualité de leur programmation, au nombre de médecins y compris de spécialistes consultés, des traitements prescrits, du suivi du malade, à son information, à la qualité de l'information portée à son attention et à celle de sa famille, aux contacts et relations établies entre le patient et l'équipe soignante, à la qualité de ces contacts qui est à même de mettre en confiance le malade et de lui faire accepter des soins difficiles tout en portant attention à certains éléments qui peuvent constituer une source de confort pour ce dernier. Ceci dit, dans cette section, consacrée aux procédures de soins et de leur évaluation, il sera question de traiter de l'activité médicale et de l'activité paramédicale pour ensuite se pencher sur leur évaluation.

### **I- L'activité médicale : définition et contenu<sup>139</sup>**

L'activité médicale ou la pratique de la médecine est une activité toute tournée vers autrui en diminuant de ses souffrances, en luttant contre les handicaps, en soignant et en guérissant des maladies ou en luttant contre leur apparition et leur propagation par le biais de la prévention...Le métier de médecin est alors indispensable du fait des actions menées sur l'être humain lors de sa naissance, durant toute sa vie, pendant son vieillissement et à l'approche de sa mort.

Les progrès enregistrés dans les sciences médicales ont connu des accélérations considérables avec l'apparition des vaccins et le développement des thérapeutiques antibiotiques qui, associés à l'amélioration des conditions d'hygiène et de vie, ont permis d'éradiquer définitivement certaines maladies et d'en traiter efficacement d'autres. De même que des progrès considérables ont été enregistrés dans tous les domaines liés à la médecine que ce soit la chirurgie, la réanimation, les techniques d'investigation telles la radiologie ou l'endoscopie, la pharmacologie ayant pour champ d'étude les médicaments et leur emploi, a connu, elle aussi, un essor considérable et ce dans les pays développés à partir de 1945.

Tous ces progrès sont intervenus avec l'apparition du concept de la protection sociale et de l'assurance maladie qui transfère les risques de financement des soins et de la prise en charge de la maladie des individus à la collectivité dans son ensemble. Ceci dit, la maladie n'est plus considérée comme une fatalité et l'accès aux soins est devenu plus facile pour tout un chacun. De nos jours, les individus sont protégés par un système d'assurance qui leur permet de se soigner. C'est à l'échelle nationale que l'argent est un facteur limitant important. De la simple relation avec le malade, le métier de médecin a finalement évolué pour s'imbriquer avec toute la société<sup>140</sup>.

---

<sup>139</sup> Tchobroutsky.G & Wong.O « Le métier de médecin », édition Presses universitaires de France, Paris, 1996.

<sup>140</sup> Tchobroutsky.G & Wong.O « Le métier de médecin », édition Presses universitaires de France, Paris, 1996.

Les décisions des médecins sont sources de dépenses publiques puisque les malades qui s'adressent à eux, surtout dans le secteur public de soins, ne sont pas des payeurs directs des prestations qui leurs sont offertes. En effet, rien de ce qui est dépensé pour la santé des personnes et qui est payé par toute la société, à travers le système de l'assurance maladie, ne peut l'être sans qu'un médecin ne l'ait prescrit et ordonné. Le médecin est, en outre, amené à prendre des décisions devant un malade qui se présente à lui, sachant que chaque prise de décision comporte des conséquences pour le patient ainsi que son entourage familial ou pour l'entourage professionnel du médecin lui-même, et de plus en plus ce dernier est amené à s'interroger sur les conséquences économiques de ces décisions.

Le médecin est un ordonnateur de dépenses de santé car c'est lui qui prescrit les traitements et les médicaments. C'est également, lui qui utilise divers appareillages et équipements médicaux pour la pose du diagnostic. Toutes ces activités sont génératrices de dépenses alors que c'est toujours le médecin qui ordonne toutes ces activités et par ricochet toutes ces dépenses qui sont supportées, en dernier ressort, par l'assurance maladie et par l'Etat.

Le médecin décide pratiquement seul de ces dépenses, mais il ne fixe aucun prix à toutes les activités qu'il développe. Le malade, quant à lui, ne se voit pas payer ce qu'il consomme comme services de soins, soit effectivement, il ne paye rien dans le cas d'une maladie chronique ou qu'il paye juste une contribution forfaitaire d'accès aux soins qui n'est pas calquée sur les coûts réels de sa prise en charge. Aussi, c'est l'assurance maladie et le budget de l'Etat qui sont appelés à supporter toutes ces dépenses occasionnées par le médecin alors que tous les malades ne se voient pas, dans leur grande majorité, astreint au versement des cotisations sociales étant donné que seule une proportion de la population en supporte le paiement.

Enrayer la progression des dépenses de santé interpelle les politiques et les gestionnaires. Le médecin, compétent et humain, estime qu'il ne peut réduire les dépenses qu'il occasionne dans son service car il considère user, avec le plus de rigueur et de bon sens, des moyens dont il dispose pour traiter ses patients. C'est donc le traitement de certaines maladies qui revient cher. Aussi, c'est à la collectivité, seule, de décider quels types de maladies seront soignés et à quel degré. Si, cette dernière estime que certaines maladies sont coûteuses, la solution consiste alors à limiter le nombre de lits consacrés à cette pathologie et non à reprocher aux médecins qui y exercent leur métier de dépenser trop. Une telle situation, si elle est envisagée peut aboutir à la fermeture de services hospitaliers et même à la fermeture d'hôpitaux.

Tout médecin doit prendre une série de décisions quand il doit examiner et soigner un malade. Il doit tout d'abord recueillir par l'interrogatoire un certain nombre de données sur le malade ainsi que sur ce dont il souffre puis il passe à l'examen clinique. Il apprécie la valeur des données qui sont ainsi recueillies par l'interrogatoire que par l'examen clinique en choisissant celles qui peuvent orienter la recherche du diagnostic. Il prescrit éventuellement des examens

complémentaires<sup>141</sup> en espérant qu'ils apporteront plus d'informations en vue de choisir un traitement dans l'espoir qu'il apportera plus d'avantages que d'inconvénients. Enfin, il doit surveiller le traitement prescrit et les résultats qui vont suivre.

Toutes les décisions prises par le médecin, préalablement passées en revue, sont incertaines du fait de l'imprécision qui peut caractériser les données d'un examen incomplet et parfois trompeur, de l'incertitude quand à l'interprétation des examens complémentaires et de l'utilisation qui doit en être faite, de l'incertitude du pronostic, des risques évolutifs qui vont justifier les contraintes du traitement, de la surveillance de ce traitement et enfin, de l'incertitude des résultats du traitement à savoir les avantages escomptés et les risques encourus de par ce traitement.

Aussi, tout acte médical est le résultat d'une cascade de décisions probabilistes prises en situation d'incertitude. C'est pourquoi les médecins doivent pour soigner acquérir l'expérience et les connaissances qui garantiront à peu près un emploi judicieux des moyens disponibles. L'utilisation incontrôlée des moyens d'analyse, d'imagerie et de traitements inappropriés conduit forcément à des gaspillages de ressources et à leur gâchis. Par conséquent, les économistes et les gestionnaires souhaitent que s'évaluent les procédés utilisés par les médecins et que leurs prises de décisions soient les plus rationnelles (ou scientifiques) que possible.

### **1- Les différentes étapes de l'examen médical**

La première étape de l'examen médical consiste en un interrogatoire du malade. Pendant cet interrogatoire, le clinicien interroge le malade sur les éventuels motifs de consultation, c'est-à-dire les signes qui ont motivé le malade à consulter. Ces éléments orientent déjà le clinicien vers un ou plusieurs appareils atteints ce qui, en définitive, oriente son examen clinique et les examens complémentaires.

Les malades en Algérie ont tendance à consulter à un stade avancé d'une maladie (stade de survenance des complications) ou quand ils présentent une symptomatologie douloureuse ou gênante. En effet, Les malades n'ont pas tous une culture suffisante pour identifier eux-mêmes les signes cliniques d'une maladie qui les motivent à consulter et mieux orienter leurs médecins traitants et consulter dès le début des symptômes. Cette méconnaissance des maladies, chez certains patients, se présente comme un handicap majeur pour le clinicien pour une meilleure orientation vers une maladie quelconque.

La deuxième étape consiste en un examen physique et ce, en utilisant des moyens mis à la disposition des cliniciens par les établissements de soins. Cet examen consiste en la recherche de signes non rapportés par le malade lors de l'interrogatoire et en confirme d'autres éléments apportés par l'examen clinique. La prise de la tension artérielle, la prise de la température, l'auscultation de l'appareil respiratoire, de l'appareil cardiovasculaire, l'examen cutané, l'examen neurologique, sont autant d'éléments concernés par l'examen physique. Ce dernier

---

<sup>141</sup> Examens radiologiques, examens bactériologiques et enfin examens biologiques.

peut être un examen général lorsqu'il est orienté par les signes retrouvés à l'interrogatoire et les motifs de consultation. Les appareils concernés sont ceux ayant été directement ou indirectement touchés. Les moyens de l'examen physique ne sont pas toujours disponibles pour un examen complet à l'exemple d'otoscopes et de rhinoscopes. Par contre, les outils des examens principaux sont disponibles à l'exemple d'un tensiomètre, d'un thermomètre, d'un stéthoscope etc. Le temps de consultation ne peut être déterminé à l'avance car il est lié à la maladie. Un temps suffisant doit être imparti au clinicien pour établir son diagnostic. Néanmoins, devant une urgence les examens et les actions à entreprendre doivent être suffisamment rapides pour arriver à juguler l'urgence et par la même à sauver des vies humaines.

L'ensemble des signes cliniques rapportés par les malades (motifs de consultations) et ceux retrouvés à l'interrogatoire et à l'examen physique orientent le praticien à un diagnostic éventuel. A défaut, le clinicien recourt à des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic. C'est avec, les examens complémentaires que s'ouvre la troisième étape de l'examen médical. Il existe trois grands types d'examens complémentaires : biologiques, bactériologiques et radiologiques.

### **1-1- Les examens biologiques**

Ils permettent, à travers les prélèvements sanguins la recherche d'un dysfonctionnement d'un appareil quelconque à l'exemple de la glycémie (taux de sucre dans le sang), du cholestérol (les lipides sanguins), l'urée et la créatinine sanguine (bilan de la fonction rénale). L'utilisation actuelle des robots, permet que soient rendus à temps les résultats des examens biologiques mais parfois, par manque de réactifs, les résultats des examens biologiques sont retardés.

### **1-2- Les examens bactériologiques**

Ils sont destinés à la recherche d'agents infectieux d'origine virale, bactérienne ou parasitaire (examen direct) ou des stigmates de ces agents pathogènes (examens sérologiques).

### **1-3- Les examens radiologiques**

Ils permettent, par des clichés radiologiques, d'objectiver et de localiser une maladie. Parmi les examens radiologiques, les radiographies standards, l'échographie, la tomodensitométrie (scanner) et l'imagerie par résonnance magnétique (IRM). Ces différentes étapes permettent de faire un diagnostic d'une maladie. Des avis pour d'autres spécialités peuvent être éventuellement demandés pour l'aide au diagnostic.

#### **1-4- Les examens de dépistage<sup>142</sup>**

Ils concernent les sujets en bonne santé. Le but du dépistage est de rechercher une maladie ou un dysfonctionnement au stade infra clinique (avant l'apparition des signes cliniques). Les examens de dépistage peuvent être réalisés sur toute la population, en général, ce qui réclame des moyens considérables ou cibler des catégories de population bien spécifiques pour la recherche de maladies tels le cancer du col chez la femme, le cancer du sein chez les femmes âgées de plus de 40 ans ou le dépistage de l'hypertension artérielle dans la population âgée de plus de 20 ans.

#### **2- L'évaluation de la prise en charge thérapeutique**

En Algérie, pour la majorité des maladies, il n'existe pas de protocoles thérapeutiques. Pour certaines maladies, comme la tuberculose, pour mieux la contrôler et éviter le développement de résistance, il existe un protocole depuis les années 1970, révisé une fois en 1980 et en 2000. Ce protocole spécifie les méthodes de diagnostic, de dépistage dans l'entourage, le type, la durée du traitement et les critères de diagnostic et de guérison. En oncologie, par exemple, il existe des consensus au cas par cas, c'est-à-dire, après le diagnostic, le cancérologue, le chirurgien, le radiothérapeute discutent le protocole thérapeutique et tiennent compte du coût du traitement, le temps de survie gagné pour le malade et l'astreinte du traitement. D'autres protocoles thérapeutiques sont liés aux écoles d'orientation ou de formation à l'exemple de l'école française d'où s'imprègnent les cliniciens en raison, essentiellement, d'un partage de la langue et de la disponibilité de documents en langue française. Les cliniciens portent, parfois, des choix sur des traitements en fonction de la gamme de médicaments présentée par les représentants de laboratoires qui leur évitent de faire des choix dans un assortiment plus large étant donné la disponibilité d'une multitude de médicaments et dans toutes les classes thérapeutiques. Le comportement du clinicien ou son choix de certains médicaments est, également, dicté par le coût des médicaments.

Les consensus thérapeutiques sont établies par des sociétés savantes et révisés en fonction de l'évolution de la recherche dans les domaines du diagnostic et du médicament. Le rôle des sociétés savantes consiste à protéger la spécialité ou la sous spécialité, à établir des protocoles de diagnostic et thérapeutiques par des conférences de consensus<sup>143</sup> et cela afin de faciliter l'orientation au diagnostic et la prescription thérapeutique par les cliniciens.

---

<sup>142</sup> Les examens immunologiques quant à eux ne sont réalisés qu'au niveau de l'institut pasteur d'Algérie.

<sup>143</sup> Conférence de consensus vise à dégager au sein de la communauté concernée les points d'accords et de divergence relatifs à une intervention de santé, qu'il s'agisse d'une procédure diagnostique, d'une stratégie thérapeutique ou d'aspects liés à l'organisation du système de santé. Elle permet de générer et de diffuser une information de nature à faire changer les pratiques inappropriées dans le but d'améliorer la qualité des soins. Cette démarche se fonde sur la réunion d'un jury appelé à faire la synthèse des bases scientifiques présentées publiquement par des experts se rapportant à des questions prédéfinies.

## II- l'activité paramédicale : définition et contenu<sup>144</sup>

Un infirmier ou une infirmière est une personne qui délivre des soins infirmiers. Le métier d'infirmier (ère) se définit notamment à travers la définition des soins infirmiers qui sont prodigués. En effet, selon le conseil international des infirmières, les soins infirmiers « sont les soins prodigués de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés - malades ou bien portants - quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation ».

La profession d'infirmier (ère) est exercée par toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. Par conséquent les rôles de l'infirmier peuvent se résumer : - au rôle propre et - au rôle sur prescription. En ce qui concerne **le rôle propre** dévolu à l'infirmier (ère), ce dernier se résume à ce qui suit :

- ✓ déterminer les dépendances réelles ou potentielles de la personne pour satisfaire ses besoins fondamentaux ;
- ✓ déterminer les causes de ces dépendances qu'elles soient de type pathologique ou non ;
- ✓ proposer des interventions visant à diminuer de ces dépendances ou à défaut prévenir une aggravation de celles-ci le cas échéant ;
- ✓ évaluer les interventions après un délai qui soit défini préalablement en réajustant ces interventions si nécessaires sachant que celles-ci sont exécutées de façon indépendante ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Par ailleurs, ces interventions doivent s'inscrire dans les cadres législatif et déontologique qui fixent des limites à l'autonomie de l'infirmier.

**Le rôle sur prescription** consiste à appliquer les prescriptions médicales en surveillant les effets secondaires ou complications qui en découlent. L'infirmier(ère) n'est, cependant, pas qu'un simple exécutant qui ne fait pas de lien entre les connaissances acquises lors de la formation initiale, mais aussi en actualisant celles-ci par le biais d'une formation professionnelle continue, et les ordonnances faites par les médecins. Rien n'est d'ailleurs regrettable que d'appliquer une prescription médicale complètement absurde ou erronée. L'infirmier doit savoir interpeller le médecin lorsqu'il identifie une erreur ou une prescription atypique afin d'obtenir une infirmation ou une confirmation. Il doit être en mesure de comprendre chaque description et même la spécificité que comporte

---

<sup>144</sup> Abeille.D « l'infirmière et l'administration des médicaments », édition Maloine, Paris, 1998.

chacune d'elle afin d'identifier non seulement les erreurs mais aussi pour déterminer les risques qui peuvent survenir afin de renforcer la surveillance ad hoc.

## **1- L'évaluation du rôle infirmier**

Le rôle infirmier peut être évalué en fonction de plusieurs critères selon qu'il s'agit du rôle propre ou du rôle sur prescription. Pour le rôle propre, l'infirmier est le pivot du système de soins. En effet, le rôle du médecin s'arrête à l'établissement du diagnostic, à la mise au point d'une thérapie et éventuellement au suivi des malades tandis que le personnel infirmier s'acquitte des tâches les plus délicates à savoir : être en contact permanent avec les malades tout en restant constamment à leur écoute, en exécutant des tâches de nursing et d'hygiène de vie quotidienne des malades...La compassion, l'humanisation et l'abnégation au travail constituent les critères de fond sur lesquels doit reposer toute évaluation du rôle propre infirmier.

## **2- Les critères d'administration des médicaments**

Le rôle sur prescription consiste pour l'infirmier en l'exécution des prescriptions du médecin, en la fourniture ou en l'administration de médicaments<sup>145</sup> aux malades et à alerter le médecin dans le cas d'une extrême nécessité... En effet, le médecin prescrit, le pharmacien dispense et l'infirmier administre les médicaments aux malades. Pour une administration de qualité, il s'agit pour l'infirmier de tenir compte de plusieurs critères entre autres ceux relatifs à la prescription, à la préparation, à la distribution, à l'administration, à la surveillance des effets, à l'enregistrement du soin, aux connaissances du patient, à l'observance du traitement et enfin à la documentation.

### **2-1-Critères relatifs à la prescription de médicaments**

L'infirmier doit exiger avant toute administration de médicaments aux malades que lui soit délivrée une prescription écrite car une prescription orale doit être exclusivement réservée à l'urgence, l'identification du service où se trouve le malade, l'identification du praticien chargé de prodiguer des soins (nom et fonction du praticien), l'identification du patient (nom, prénom, âge, poids quand le malade est un enfant en bas âge, date d'entrée et numéro de lit), la prescription complète pour chaque médicament (nom, forme ou voie d'administration, posologie journalière, rythme d'administration, horaires modalités d'administration et durée prévisible du traitement) et enfin le protocole écrit.

### **2-2-Critères relatifs à la préparation de médicaments**

L'infirmier prépare les médicaments aux malades sous l'œil attentif du surveillant médical. Cette préparation doit, en fait, répondre à deux impératifs que sont l'hygiène et la sécurité. Il s'agit pour l'infirmier de procéder au contrôle de la propreté du chariot de distribution de médicaments aux malades, de voir si les gobelets et autres contenants servant à cette distribution sont propres, que la

---

<sup>145</sup> Abeille.D « l'infirmière et l'administration des médicaments », édition Maloine, Paris, 1998.

préparation de médicaments s'est réalisée en se référant à la prescription originale du médecin sans aucune autre retranscription, l'infirmier s'assure de la compatibilité des produits et que les médicaments sont tous identifiables en étant placés dans un support de distribution nominatif. En cas de doute sur la posologie, l'infirmier doit en principe demander l'avis du médecin.

### **2-3-Critères relatifs à la distribution de médicaments**

L'infirmier se charge de la distribution des médicaments en ayant les mains propres, en distribuant ce qui est prescrit et uniquement cela, en vérifiant la concordance du médicament donné avec le traitement prescrit, en s'informant des éventuelles allergies et en veillant à ne jamais laisser le chariot de médicaments sans surveillance, à portée des enfants, lorsqu'il s'agit de prodiguer des soins en service de pédiatrie.

### **2-4-Critères relatifs à l'administration de médicaments**

A ce stade, sécurité et confort sont les deux éléments essentiels qui doivent présider à l'administration des médicaments aux malades. L'infirmier administre lui-même le médicament pour le malade qui manque d'autonomie. Mais, même si celui-ci arrive à prendre son traitement seul, l'infirmier reste l'unique responsable de l'administration du traitement prescrit par le médecin. Il indique au patient comment prendre le médicament (à jeun, avant, pendant ou après le repas...), rappelle au malade le but du traitement en prenant le soin de lui indiquer les effets indésirables ou secondaires prévisibles qu'il devra impérativement signaler. En cas d'injection, celle-ci doit avoir lieu immédiatement après sa préparation. L'infirmier est toutefois sommé de signaler, sans plus tarder, toute erreur que lui-même a commis lors de l'administration de médicaments. Enfin, l'infirmier doit être à l'écoute du malade qui s'inquiète d'un traitement reçu en lui procurant un confort psychologique optimum.

### **2-5-Critères relatifs à la surveillance des effets du traitement**

La surveillance du traitement a pour but de signaler les effets indésirables et surtout de s'assurer de l'effet thérapeutique recherché à travers l'administration des médicaments. Néanmoins, cela suppose que l'infirmier connaît le motif d'hospitalisation, le but du traitement prescrit, les effets des médicaments qu'il administre (ceux attendus et les effets secondaires prévisibles). Enfin, l'infirmier informe le médecin de l'efficacité du traitement et des anomalies éventuellement survenues.

### **2-6-Critères relatifs à l'enregistrement du soin**

Il est indispensable pour l'infirmier de garder une trace écrite de l'administration de médicaments aux patients. Il est tenu de transcrire sur un document approprié à la continuité des soins la date et l'heure de son intervention sur le malade. Il doit, en outre, indiquer les noms des médicaments administrés ainsi

que la posologie... Enfin, il doit indiquer si le traitement n'a pas été pris et quel est le motif ayant présidé à cela.

### **2-7-Critères relatifs aux connaissances du patient**

Le patient doit recevoir de la part de son infirmier un minimum d'information au sujet de son traitement lors de la première prise des médicaments. L'infirmier est tenu de reprendre les explications de façon adaptée et compréhensible, à chaque fois que cela est nécessaire, afin que le malade arrive à participer activement à la conduite de son propre traitement et ce en prenant le moins de risques possibles. Pour se faire, l'infirmier devra vérifier que le patient connaît les noms des médicaments, sait pourquoi il les prend, connaît la posologie et saura ce qui doit être signalé au médecin lors d'un traitement de longue durée.

### **2-8-Critères relatifs à l'observance du traitement**

Le respect de la prescription médicale par le malade ou l'observance du traitement signifie que le malade doit se conformer à un nombre défini d'administrations quotidiennes de médicaments, à des horaires précis, selon des modalités particulières et pour une durée pré-établie. Ce respect du traitement prescrit est synonyme de la confiance placée par le patient en son médecin. Néanmoins, il existe certaines conditions susceptibles d'optimiser le suivi et l'observance du traitement. L'une de ces conditions reste la prescription par les praticiens d'un traitement court et simple toutes les fois que cela est possible. Les autres conditions s'articulent autour de l'évaluation de certains facteurs que ce soit d'ordre physiques (le malade possède-t-il la capacité à s'administrer le médicament seul ?), d'ordre psychologiques liés à l'acceptation et à la compréhension d'un malade de son état de santé, d'ordre environnemental liés au soutien de l'entourage pour le malade lorsque le traitement est de longue durée...

### **2-9-Critères relatifs à la documentation**

L'infirmier doit disposer de suffisamment de documents regroupant les informations générales et spécifiques relatives aux thérapeutiques propres à leur domaine et secteur d'activité à l'exemple : de dictionnaires et guides d'utilisation des médicaments actualisés, de protocoles thérapeutiques validés et datés selon le service, de protocoles à mettre en œuvre d'urgence en attendant l'arrivée du médecin, des listes de médicaments à conserver à l'abri de la lumière et celles à conserver au réfrigérateur, la liste des principales incompatibilités et interactions médicamenteuses et enfin, les noms et numéros de téléphone des personnes référents dans ce domaine.

## **Conclusion du chapitre IV**

L'évaluation des procédures de soins a montré, en ce qui concerne l'activité médicale, qu'il y a absence totale de protocoles de soins ou de démarches à suivre dans la prise en charge de malades. Cette prise en charge s'effectue donc entre le

médecin et son patient sans que des passerelles soient établies entre tous le corps médical existant au sein des établissements de soins. Ce qui fait dire, que chaque acte thérapeutique ou de soin est un acte isolé. Le corps médical gagne ainsi en liberté dans la pratique de la profession qu'il exerce. L'absence de standardisation est à même de conduire à des excès en matière de prescriptions, excès qui vont de pair avec le gonflement des dépenses de santé sans qu'un moyen ne soit établi pour leur maîtrise. Quant à l'évaluation de l'activité paramédicale, celle-ci se trouve intimement liée à celle développée par le corps médical. Par conséquent, l'action entreprise pour amener à une standardisation de la profession médicale entraînerait, dans son sillage, la profession paramédicale.

## **Chapitre V**

### **Evaluation des résultats de soins**

#### **Introduction**

Pour Alexandra Giraud, les résultats des soins « sont les changements que ceux-ci induisent chez le malade en termes d'état de santé, et qui peuvent être attribués à une intervention médicale donnée ». Par contre, pour le même auteur « l'évaluation des résultats repose sur la valeur qu'accordent le médecin comme le malade à différents états de santé, d'autonomie, d'intégration sociale, etc. ... La valeur accordée aux différents états de bien être repose généralement sur une définition sociale de la santé qui, elle, est entendue dans un sens global et comprend la qualité de la vie du patient, son bien être psychologique, social et affectif comme son état et son bien être physiques »<sup>146</sup>. Par conséquent les résultats des soins ne peuvent être appréciés que par les soins reçus mais dépendent également de plusieurs autres facteurs à l'exemple de l'âge, le statut social et professionnel, les conditions économiques, les facteurs climatiques...etc. Donc « les résultats expriment une modification de l'état de santé du patient après une intervention médicale : palliation, soulagement, guérison, stabilité, aggravation, etc. ».<sup>147</sup> Cela est d'autant plus vrai s'il s'agit pour nous d'évaluer les résultats d'un épisode de soins mais ce sont les résultats du système de soins algérien pris dans toute sa globalité dont il est question.

Pour Avedis Donabedian les résultats des soins représentent les conséquences des soins sur l'état de santé d'un patient ou d'une population (à l'exemple du taux de mortalité, du taux de guérison), sur leur satisfaction, leur bien être et leur qualité de vie.<sup>148</sup> Quant à l'évaluation des résultats du système de soins algérien, ceux ci peuvent être illustrés par les différents taux relatifs à la mortalité, à la morbidité et enfin à la dépendance de notre système de soins vis à vis de l'extérieur ou d'autres systèmes de soins étrangers.

Les taux de mortalité ainsi que de la morbidité et l'espérance de vie à la naissance représentent les indicateurs classiques permettant de mesurer la qualité d'un système de soins. L'analyse de la mortalité peut se faire en se référant soit à la mortalité générale et/ou au taux de mortalité infantile. Les registres de l'état civil permettent de connaître le nombre de décès enregistré, et, pour ce qui est des causes des décès, celles-ci sont certifiées par les médecins et bien qu'elles soient parfois imprécises, elles restent disponibles et sources d'identification de certains problèmes de santé d'une population. La typologie de la mortalité permet de distinguer :- la mortalité générale qui indique les décès pour toutes causes confondues dans un pays ; - la mortalité spécifique indiquant la mortalité liée à une cause spécifique (par âge, sexe, pathologie, profession ou catégorie sociale) et enfin la mortalité différentielle se référant à une mortalité de cause particulière. L'analyse

---

<sup>146</sup> Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992 page 43

<sup>147</sup> Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992 page 111

<sup>148</sup> Vilcot.C et Leclét. H « Les indicateurs qualité en santé » édition AFNOR, Saint Denis, 2002

des décès dans un pays se fait à travers différents indicateurs en particulier : -le taux de mortalité brut qui correspond au nombre de décès rapporté à la population moyenne pour l'an sachant qu'un taux est le rapport d'un sous-ensemble particulier rapporté à l'ensemble d'une population, -le taux de mortalité net et enfin -le taux de mortalité standardisé.

## I- La mortalité générale en Algérie

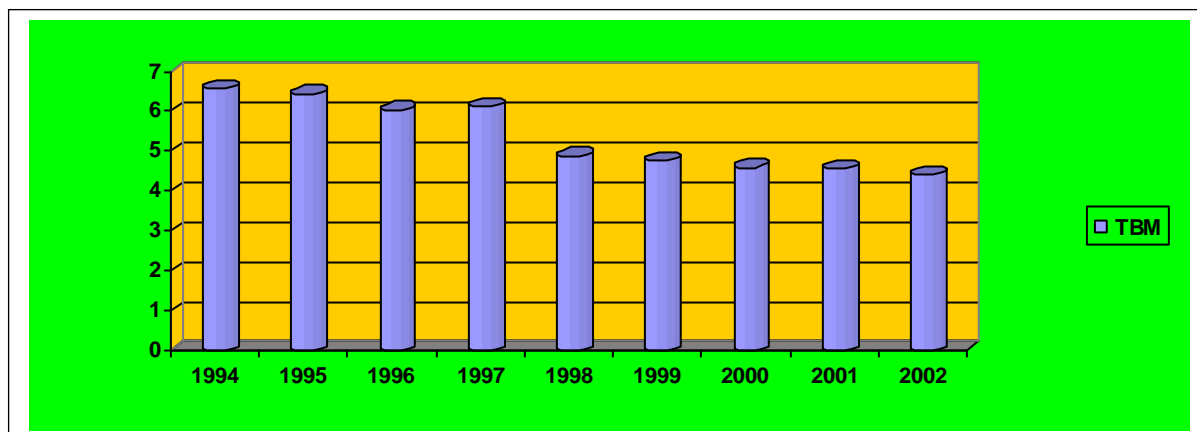
Au lendemain de l'indépendance<sup>149</sup> l'Algérie a amorcé une baisse conséquente de la mortalité. En effet, la mortalité générale est toujours en baisse. Néanmoins celle-ci a connu une remontée conjoncturelle entre 1990 et 1995 (6.03 pour 1000 habitants en 1990 contre 6.43 pour 1000 en 1995). Le taux brut de mortalité a repris, depuis, son cours à la baisse pour atteindre 4.41 pour 1000 habitants en 2002. En termes absolus, les effectifs de décès, tous âges confondus, sont passés de 151.000 en 1990 à 138.000 en 2002.

**Tableau n°22** : évolution du taux brut de mortalité générale 1994-2002

Années	Taux brut de mortalité (pour 1000 habitants)
1994	6.56
1995	6.43
1996	6.03
1997	6.12
1998	4.87*
1999	4.72*
2000	4.59*
2001	4.56*
2002	4.41*

*Source* : « La santé des algériens et des algériennes », rapport annuel du MSPRH, décembre 2004.  
 (\*) : Données revues et corrigées par les taux de couverture estimés à partir de l'enquête PAFAM 2002

**Figure n°28** : Evolution du taux brut de mortalité pour 1000 habitants (1994-2002)



*Source* : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2004

<sup>149</sup> MSPRH « La santé des algériens et des algériennes » Rapport annuel, décembre 2004

## 1- L'espérance de vie en Algérie

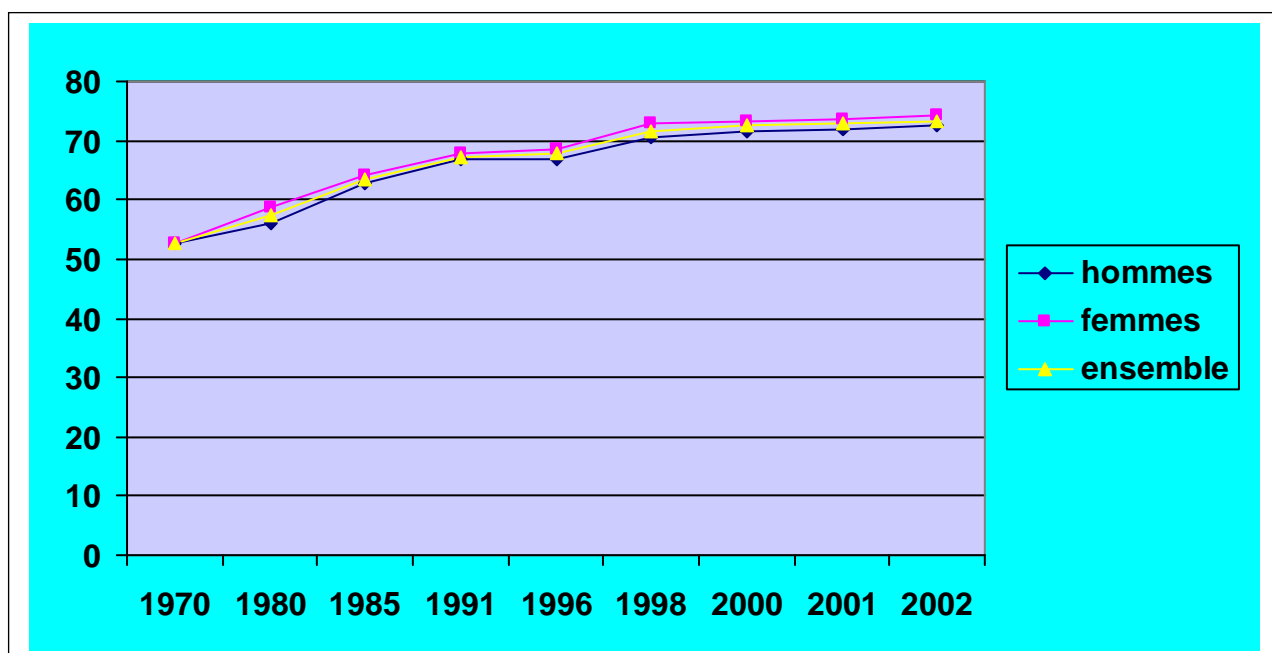
L'espérance de vie en Algérie a connu une augmentation sensible en se rapprochant de plus en plus de celle des pays avancés. En effet, le recul de la mortalité et l'amélioration des conditions de vie des citoyens ont eu pour aboutissement l'allongement de l'espérance de vie à la naissance. Celle-ci est passée de 52.6 ans en 1970 à 67.3 ans au début des années quatre vingt dix pour atteindre les 73.4 en 2002 et frôlant même le seuil des 73.9 ans en 2003. Cette augmentation de l'espérance de vie a pour résultat un accroissement des chances de survie à des âges plus avancés ce qui a pour conséquence un vieillissement progressif de la population. Par conséquent, la part des personnes âgées commence à prendre de l'ampleur. Cette part est estimée à 7.1% de la population générale selon les estimations établies en 2003 par l'office nationale des statistiques (ONS).

**Tableau n° 23 :** Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe 1970- 2002.

année	l'espérance de vie à la naissance (en année)		
	hommes	femmes	ensemble
1970	52.6	52.8	52.6
1980	55.9	58.8	57.4
1985	62.7	64.2	63.6
1991	66.9	67.8	67.3
1996	66.8	68.4	67.7
1998	70.5*	72.9*	71.7*
2000	71.5*	73.4*	72.5*
2001	71.9*	73.6*	72.9*
2002	72.5*	74.4*	73.4*

**Source :** Office national des statistiques. (\*) : Données revues et corrigées sur la base par les taux de couverture estimés à partir de l'enquête PAFAM 2002

**Figure n°29 :** Evolution de l'espérance de vie à la naissance en année par sexe 1970- 2002



**Source :** construit sur la base du tableau n° 23 « Evolution de l'espérance de vie à la naissance par sexe 1970- 2002 ».

## 2- La mortalité infantile en Algérie

Le taux de mortalité infantile est souvent utilisé comme critère de qualité d'un système de santé. En Algérie, la tendance à la baisse de la mortalité infantile est illustrée dans les tableaux n°03 et n°04 ci-après :

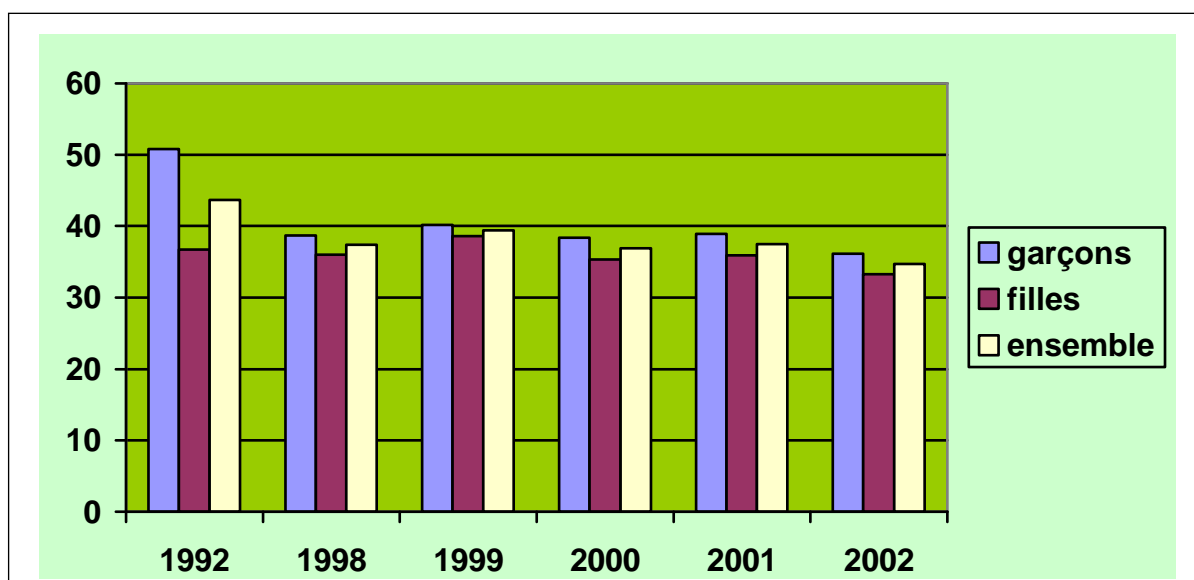
**Tableau\*24** : Evolution du taux de mortalité infantile par sexe (1994-2002)

Années	Taux de mortalité infantile pour 1000		
	garçons	Filles	Ensemble
1992 (1)	50.8	36.7	43.7
1998	38.7*	36.0*	37.4*
1999	40.2*	38.6*	39.4*
2000	38.4*	35.3*	36.9*
2001	38.9*	35.9*	37.5*
2002	36.1*	33.3*	34.7*

**Source** : « La santé des algériens et des algériennes », rapport annuel du MSPRH, décembre 2004  
(1) : données enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant de 1992.

(\*) : Données revues et corrigées par les taux de couverture estimés à partir de l'enquête nationale sur la santé de la famille 2002.

**Figure n°30** : Evolution du taux de mortalité infantile (en p 1000) par sexe (1994-2002)



**Source** : construit sur la base de statistiques sanitaires, MSPRH, année 2004

**Tableau n° 25** : Evolution de la mortalité infanto juvénile 1992 et 2002

Strate et sexe	Mortalité infantile		Mortalité des moins de 5 ans	
	EASME(1) 1992	EASF(2) 2002	EASME 1992	EASF 2002
Urbain	31.8	31.4	36.7	35
Rural	53.1	38.2	58.0	43.2
Fille	36.7	33.3	42.5	38
Garçon	50.8	35.6	54.8	39.5
Ensemble	43.7	34.5	48.6	38.8

**Source** : « La santé des algériens et des algériennes » Rapport annuel Décembre 2004

(1) : L'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME)

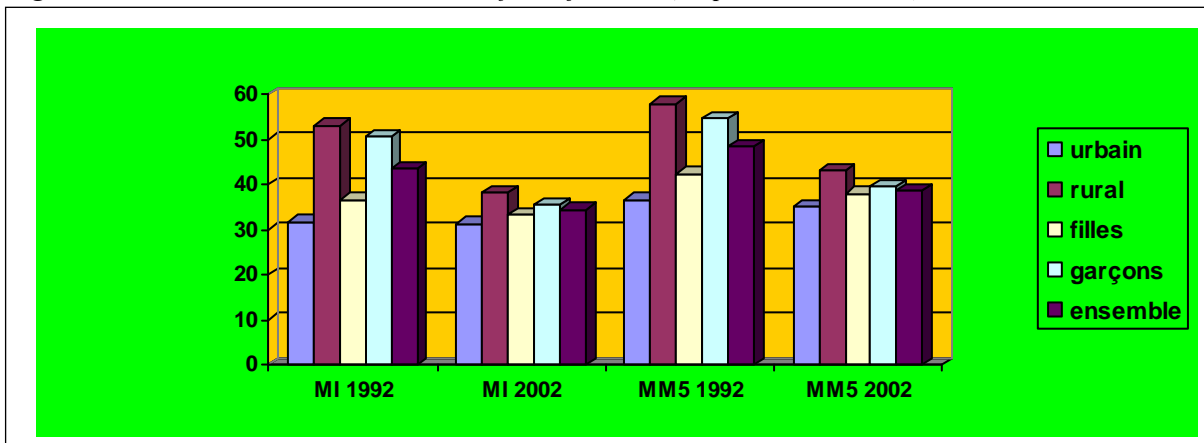
(2) : L'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF)

L'enquête nationale sur la santé de la famille (EASF) effectuée en Algérie, en 2002, a permis d'estimer le niveau de la mortalité infantile et d'identifier sa structure par sexe, en plus, d'identification des écarts existants entre strates urbaine et rurale. Effectivement, le taux de mortalité infantile en 2002 est de 34.7 pour 1000, ce taux est légèrement plus élevé pour les garçons avec 36.1 pour 1000 contre 33.3 pour 1000 pour les filles. Par sexe, la situation de la mortalité infantile est nettement favorable à la petite fille. Par contre, l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME-92) datant de 1992, a révélée un taux de 44 pour 1000. Par conséquent le taux de mortalité infantile a été réduit de dix (10) points au bout d'une décennie à savoir : entre 1992 et 2002.

De plus, les écarts entre strates urbaine et rurale, ont été considérablement réduits. En effet, le taux de mortalité infantile est passé de 53.1 pour 1000 en 1992 pour le rural à 31.8 pour 1000 pour l'urbain, soit un écart entre strates urbaine et rurale de l'ordre de vingt points. Par contre ce taux est passé de 38.2 pour 1000 pour le rural à 31.4 pour 1000 pour l'urbain en 2002, soit un écart entre strates urbaine et rurale que de l'ordre de sept (07) points.

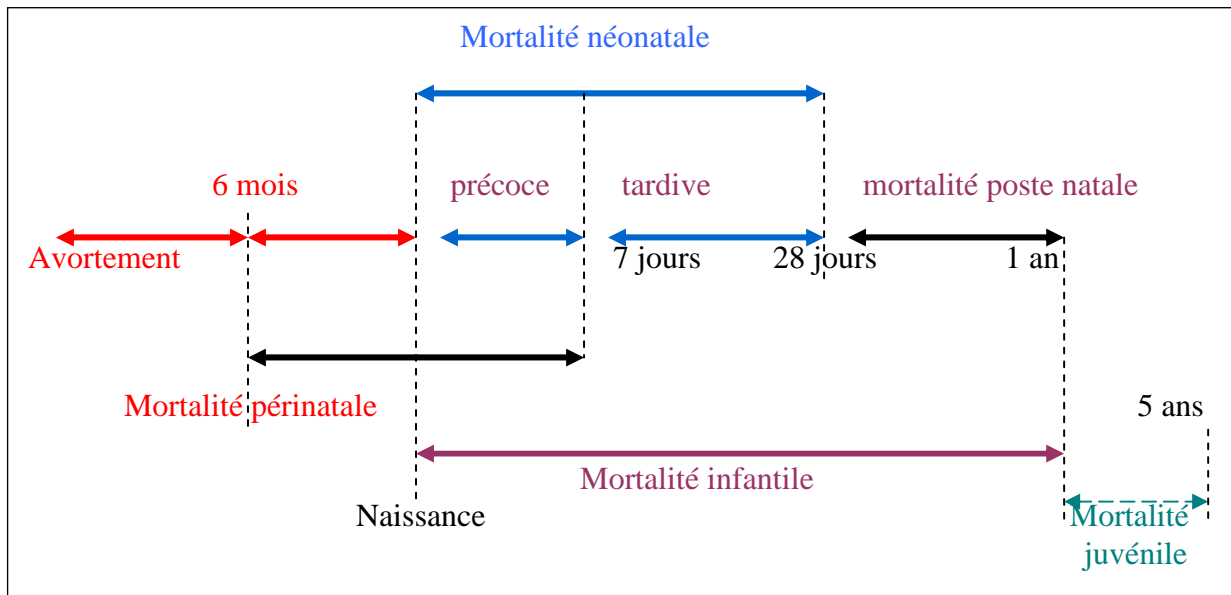
Les décès post natals, intervenant dans la tranche d'âge des nouveaux nés de plus d'un mois jusqu'à un (01) an, représentent 36% des décès infantiles en 2002 contre 50% en 1992. Ceci dit, ce sont donc les premiers jours de vie de l'enfant, soit la période néonatale, qui sont les moments les plus critiques pour la survie de l'enfant en Algérie. L'état civil, quant à lui, a enregistré des décès infantiles en termes absolus soit en chiffres un nombre de 27.868 décès en 1992 contre 19.850 en 2002.

**Figure n°31 :** Evolution de la mortalité infanto juvénile (en p 1000 habitants) 1992 et 2002



**Légende :** (MI : mortalité infantile, MM5 : mortalité des moins de cinq ans)

### Schéma n°16 : principaux indicateurs de la mortalité infanto-juvénile



Source : Tessier.S & Andreys.J.B & Ribeiro.M.A « Santé publique et santé communautaire », édition Maloine, Paris, 1996, page 104.

### 3-Les causes médicales de décès en Algérie

La mortalité générale constitue un des phénomènes démographiques les plus importants en santé publique et le calcul de son taux représente le premier indicateur de l'état de santé de la population. Néanmoins, connaître le niveau de la mortalité générale dans une population est certes un indicateur nécessaire, mais il n'en demeure pas moins qu'il reste un indicateur insuffisant car il faut connaître les causes médicales de décès à chaque âge pour parvenir à une surveillance épidémiologique de la population.

La connaissance des causes médicales de décès passe par la surveillance de l'évolution du nombre de décès dû à certaines causes particulières telles les maladies du premier âge, les maladies cardio-vasculaires ou le Sida. En outre, la confrontation des données sur la mortalité et la morbidité permet d'apprécier l'évolution d'une maladie qu'elle soit favorable ou fatale pour celui qui l'attrape.

Habituellement, l'évaluation de l'état de santé d'une population se fait grâce à des indicateurs comme la mortalité infantile ou l'espérance de vie<sup>150</sup>. Toutes les données concernant ces deux indicateurs peuvent être fournies par des certificats de décès qui demeurent les seuls outils pour l'évaluation de l'état de santé de la population. Le recul des maladies infectieuses en tant que causes principales des décès a permis aux gens de vivre plus longtemps. Ceci dit, ils restent exposés lorsqu'ils atteignent des âges plus avancés aux maladies chroniques dites de civilisation.

<sup>150</sup> Ce sont là les indicateurs classiques de l'évaluation de l'état de santé d'une population.

Depuis la sixième révision en 1948 de la classification internationale des maladies (CIM 10), l'organisation mondiale de la santé propose à tous les Etats membres un modèle international de certificat de décès sur lequel doit figurer la cause immédiate, la cause initiale et les causes associées ayant contribué au phénomène morbide. L'application de ce modèle en Algérie va permettre l'homogénéisation de l'information sanitaire à l'échelle nationale dont l'objectif est d'élaborer et de décrire des statistiques de causes de décès.

Le recueil, le traitement informatique des données recueillies, l'analyse statistique de ces données, l'interprétation épidémiologique, l'exploitation et la diffusion des résultats devront permettre à terme la planification, la gestion et l'évaluation des services et des programmes de santé. Néanmoins cela est tributaire d'une coopération très étroite et continue de la part de tous les praticiens que ce soit ceux appartenant au secteur public de soins ou ceux relevant du secteur privé.

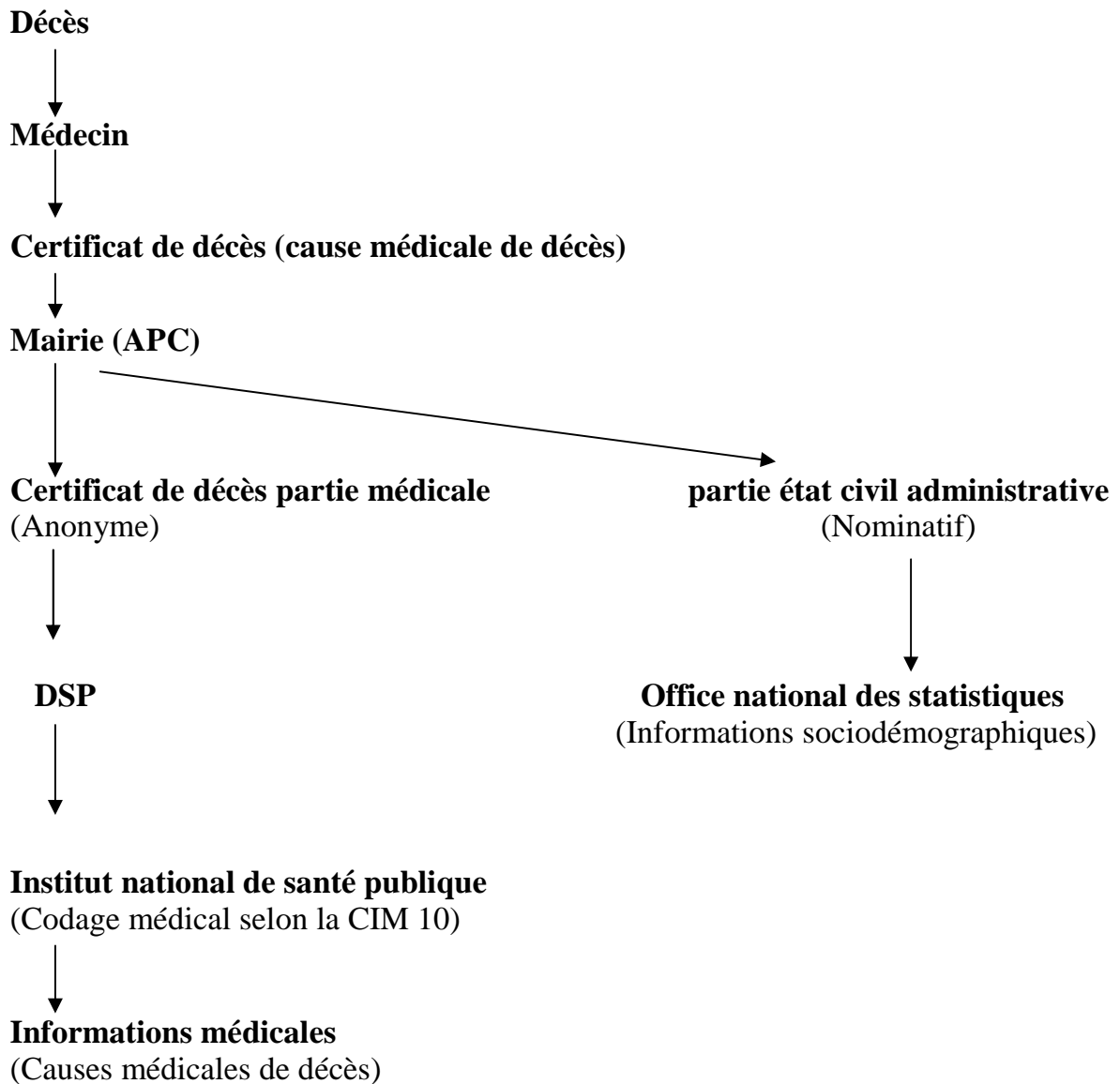
Le problème de la déclaration du décès reste encore non résolu en Algérie tant au plan qualitatif que quantitatif malgré qu'une circulaire interministérielle n° 607 du 24 septembre 1994 ait été adressée à toutes les directions de santé de toutes les wilayas du pays, aux établissements hospitaliers et aux différents secteurs sanitaires pour sommer les praticiens exerçant dans toutes ces structures de l'importance de la déclaration de la cause exacte de décès et ce d'une manière fiable et régulière. En 1995, l'institut national de santé publique (INSP) a même créé une unité chargée du recueil et de l'analyse des causes de décès à l'échelle nationale. Néanmoins, ni les secteurs sanitaires ne communiquent une information exhaustive, ni les praticiens n'identifient la cause exacte des décès. Sur le plan quantitatif, l'INSP commence à recevoir de 1995 à 2003 entre 10 à 15% de déclarations tandis qu'entre 2004 et 2005 le taux de déclaration a grimpé pour passer de 25% à 29,5% respectivement et ce grâce à la participation active des directions de la santé et de certaines communes du pays. Ceci dit, devant un tel constat l'INSP<sup>151</sup> a entrepris certaines démarches pour améliorer cet indicateur de déclaration des causes exactes de décès et ce, en généralisant l'utilisation du certificat de constat de décès qui correspond au support standard de l'OMS (voir certificat médical de constat de décès et le circuit suivi par ce certificat) et par la formation des praticiens à la certification des décès selon les règles précises énoncées par cette même organisation. Ces formations ont commencé en mars 2005 et seront poursuivies jusqu'au premier semestre 2008.

---

<sup>151</sup> INSP, unité causes de décès « Amélioration de la certification des causes médicales de décès. Généralisation du certificat de décès », décembre 2006.

**Schéma n° 17 :**

**Circuit du certificat de décès**



**Source :** établi par l'INSP, unité causes de décès « Amélioration de la certification des causes médicales de décès. Généralisation du certificat de décès », décembre 2006. (Support standard qui correspond à celui de l'OMS)

**Schéma n°18**

**Certificat médical de constat de décès**

**Rempli par le médecin et adressé au SEMEP, DSPet INSP**

<p>Commune de décès..... Wilaya de décès.....          Nom.....prénom.....sexe.....          Date et lieu de naissance.....age .....en année  <b>(si enfant de moins de 1an, préciser l'âge en mois, si moins d'1 mois, préciser l'âge en Jours)</b>          Lieu de résidence (commune et wilaya).....          Fils de :..... et de .....          Lieu du décès :  <b>Domicile</b>                                    I__I Structure de santé publique    I__I          Structure de santé privée    I__I Voie publique                                    I__I          Autre à préciser) :: .....</p>	<p>Le docteur en médecine          Soussigné certifie que          la mort de la personne          désignée ci contre, survenue          Le .....à.....H          est réelle et constante de          cause naturelle                    I__I          cause violente                    I__I          cause indéterminée    I__I</p>
<p>Réservé à la commune                                    N°I-----I          N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil          Ce N° doit être reproduit sur le certificat médical de la cause du décès</p>	<p>A.....le .....          Signature et cachet du          médecin</p>
<p>A remplir et à clore par le médecin (confidentiel) : partie à séparer de celle de l'état civil et à adresser à la tutelle car anonyme</p> <p>commune et wilaya de décès :..... sexe :.....          commune de résidence :..... wilaya de résidence :.....          Date de naissance :..... Date de décès :..... âge : ..... en année..  <b>(Si enfant de moins de 1an, préciser l'âge en mois, si moins d'1 mois, préciser l'âge en Jours)</b>          Lieu du décès :..... (Préciser l'un des lieux sus cités)  <b>Causes du décès</b> : mentionner tous les événements morbides ayant précédé le décès</p> <p><b>Partie I</b> maladie (s) ou affection (s) morbide (s) ayant <u>directement</u> provoqué le décès*          (La dernière ligne remplie doit correspondre à la cause initiale)</p> <p>a ) .....          due à ou consécutive à : b) .....          due à ou consécutive à : c).....          due à ou consécutive à : d).....</p> <p>* il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple : défaillance cardiaque, syncope, mais De la maladie, du traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort</p> <p><b>Partie II</b> Autres états morbides, facteurs ou états physiologiques (grossesse...) ayant pu Contribué au décès, mais non mentionné en partie I</p> <p>.....  <b>(Si décès maternel : femme décédée durant une grossesse, un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement dans ce cas remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement)</b>          .....</p> <p><b>Exemples :</b>          I a) embolie pulmonaire    I. a) septicémie    I.a) détresse respiratoire    I.a) coma          b) fracture pathologique    b) péritonite    b) embolie pulmonaire    b) oedème cérébral          c) cancer secondaire du fémur    c) perforation d'ulcère    c) phlébite    c) trauma crânien          d) cancer du sein                    d) ulcère duodénal    d) accouchement    d) accident de route          II.                                    II alcoolisme                    II varices                    II.</p>	<p>Partie réservée à la          codification de la cause du          Décès          (Ne rien inscrire)</p>

A.....le .....

Signature et cachet du médecin

**Source :** établi par l'INSP, unité causes de décès « Amélioration de la certification des causes médicales de décès. Généralisation du certificat de décès », décembre 2006. (Support standard qui correspond à celui de l'OMS)

## II- La morbidité en Algérie

La morbidité est l'ensemble des maladies qui affectent un groupe ou une population<sup>152</sup>. A cet effet, on distingue entre : **-la morbidité objective** résultat d'une enquête recherchant des problèmes de santé sur la base de critères standardisés, indépendamment de la perception des personnes et du recours aux soins ; **-la morbidité ressentie** qui, exclut ceux qui sont malades et qui ne le ressentent pas, mais reste « un état de santé de personnes interrogées qu'elles soient ou non confirmées médicalement ou qu'elles fassent ou non l'objet de soins »<sup>153</sup> ; **-la morbidité exprimée** suite à un recours à des soins pour un problème de santé sachant que le recours aux soins est intimement lié à plusieurs facteurs entre autres la gravité et l'urgence ressentie, les facteurs socio-économiques et culturels des personnes, leur couverture sociale et l'accessibilité à l'offre de soins et enfin, **-la morbidité diagnostiquée** qui fait référence aux résultats des professionnels de la santé après un examen survenu suite à une demande de soins exprimée par la personne. Elle dépend de la classification internationale des maladies qui met à la disposition des praticiens de la santé des critères standardisés indispensables aux diagnostics des maladies de façon fiable.

La morbidité se mesure à travers deux indicateurs de mesure à savoir : - **l'incidence** qui indique le nombre des nouveaux cas d'un problème de santé apparu au sein d'une population initialement indemne, dire exposée au risque, et ce pendant une période donnée et **-le taux d'incidence cumulée** qui est le nombre de nouveaux cas d'une infection apparue dans une population au cours d'une période de temps, rapporté au nombre de personnes de la population susceptibles d'être atteintes.

### 1- Les maladies à déclaration obligatoire

Il s'agit de l'enregistrement normalisé de certaines maladies auprès des autorités sanitaires du pays. Cette déclaration est une obligation administrative qui s'impose au médecin qui fait et établit le diagnostic. La déclaration obligatoire de ces maladies se fait au chef de l'établissement où se trouve le malade. Elle est une déclaration anonyme et concerne d'abord les maladies susceptibles d'entraîner des actions sanitaires exceptionnelles soit au niveau national et/ou international. Les maladies susceptibles de faire objet d'une telle déclaration sont : le choléra, la peste, la variole, la fièvre jaune, la rage, le typhus, l'exanthématique et les fièvres hémorragiques africaines. Les maladies susceptibles d'entraîner des actions sanitaires à l'échelon local sont toutes aussi concernées par cette déclaration à l'exemple de la fièvre typhoïde, de la tuberculose ou du sida. Sont en outre concernées par cette déclaration les maladies vénériennes surtout en périodes contagieuses à l'exemple de la syphilis ou de la gonococcie. Néanmoins, il existe certaines maladies qui peuvent faire l'objet d'une déclaration facultative c'est le cas des oreillons et de la rubéole. Les résultats des enregistrements de ces maladies sont publiés par le ministère de la santé. Par conséquent, ces résultats servent de système

---

<sup>152</sup> Czernichow. P« Mesure de l'état de santé de la population » in revue du praticien, n°55, Paris, année 2005.

<sup>153</sup> Czernichow. P« Mesure de l'état de santé de la population » in revue du praticien, n°55, Paris, année 2005.

d'alerte sanitaire et de suivi épidémique et constituent, en définitive, un support objectif pour les prises de décision en matière de santé publique.

**Figure n°32 : Maladies à déclaration obligatoire en Algérie**

1- fièvre typhoïde et paratyphoïde malte)	16- brucellose (fièvre ondulante ou de
2- A. typhus exanthématique	17- lèpre
B. Autres rickettsioses	18- A. leptospirose (spirochètose
3- variole	ictéro hémorragique)
4- scarlatine	B. autres leptospiroses
5- rougeole	19- psittacose humaine
6- diphtérie	20- tétanos
7- suette militaire	21- typhus récurrent (fièvre récurrente)
8- choléra	22- coqueluche
9- peste	23- tularémie
10- fièvre jaune	24- paludisme
11- dysenterie bacillaire	25- toxicose infectieuses des enfants
12- toxi-infections alimentaires collectives	du 1 <sup>er</sup> âge en collectivité
13- méningite cérébro-spinale	26- bilharziose urinaire
14- poliomyélite antérieure aigue	
15- trachome	

*Source : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière*

**Figure n°33 : Maladies à déclaration facultative**

1- tuberculose pulmonaire	5- oreillons
2- grippe	6- teigne
3- pneumonie et broncho-pneumonie	7- rage
4- érysipèle	8- ulcère phagédénique

*Source : ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière*

## **2- Les maladies à transmission hydrique<sup>154</sup>**

Elles représentent cinquante pour cent (50%) de l'ensemble des déclarations durant la décennie quatre vingt (80). Tout un programme de lutte est, de ce fait, lancé à partir de 1986, à l'échelle nationale, pour l'amélioration de la situation et de l'incidence des maladies à transmission hydrique (MTH) en Algérie. La situation s'est progressivement améliorée puisqu'au cours de la décennie quatre vingt dix, les MTH ne représentent que 30% des maladies à déclaration obligatoire. En effet, depuis l'année 2001, les MTH<sup>155</sup> arrivent en troisième position parmi les maladies à déclaration obligatoire après les maladies du PEV (programme élargi de

<sup>154</sup> Le choléra, la fièvre typhoïde et les dysenteries.

vaccination) et les zoonoses alors qu'elles étaient, en terme de morbidité, les premières maladies notifiées au ministère de la santé bien avant cette date.

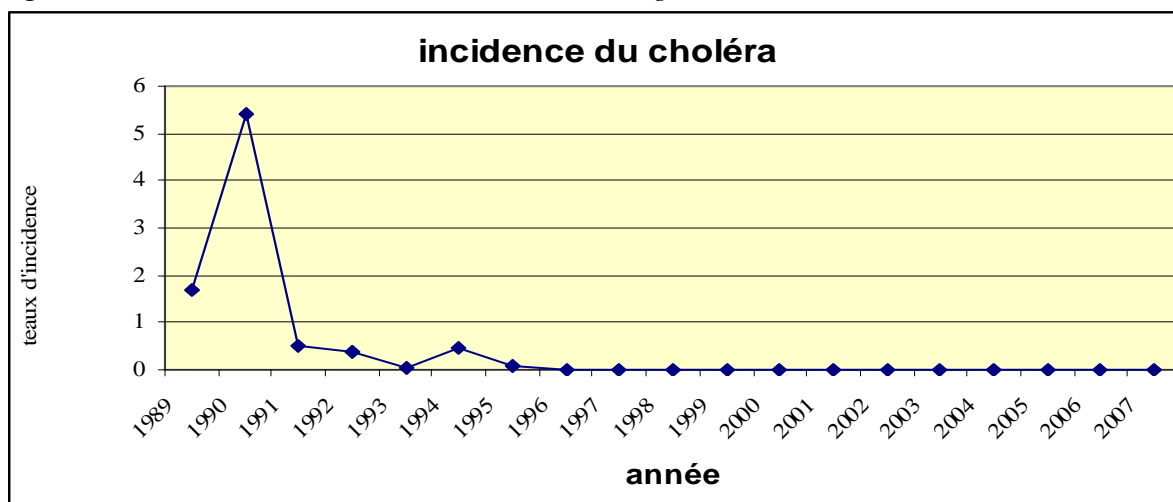
• **Le choléra** : Elle est une maladie à transmission hydrique, introduite en Algérie depuis 1971. En effet, la première épidémie date de 1971 où l'on recense 1332 cas de choléra dont 110 décès. L'Algérie a connu d'autres épidémies en 1986 avec 9000 cas. La dernière épidémie enregistrée date de 1991. Le choléra est, par conséquent, une maladie endémo épidémique qui connaît des poussées épidémiques tous les quatre ans (04 ans). Néanmoins, aucun cas de choléra n'a été signalé depuis 1996 à nos jours.

*Tableau n°26 : Évolution de l'incidence du choléra en Algérie*

année	incidence	Année	incidence
1989	1,67	1999	0
1990	5,39	2000	0
1991	0,52	2001	0
1992	0,39	2002	0
1993	0,06	2003	0
1994	0,46	2004	0
1995	0,07	2005	0
1996	0	2006	0
1997	0	2007	0
1998	0	2008	0

*Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007*

*Figure n°34 : évolution de l'incidence du choléra en Algérie*



*Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007*

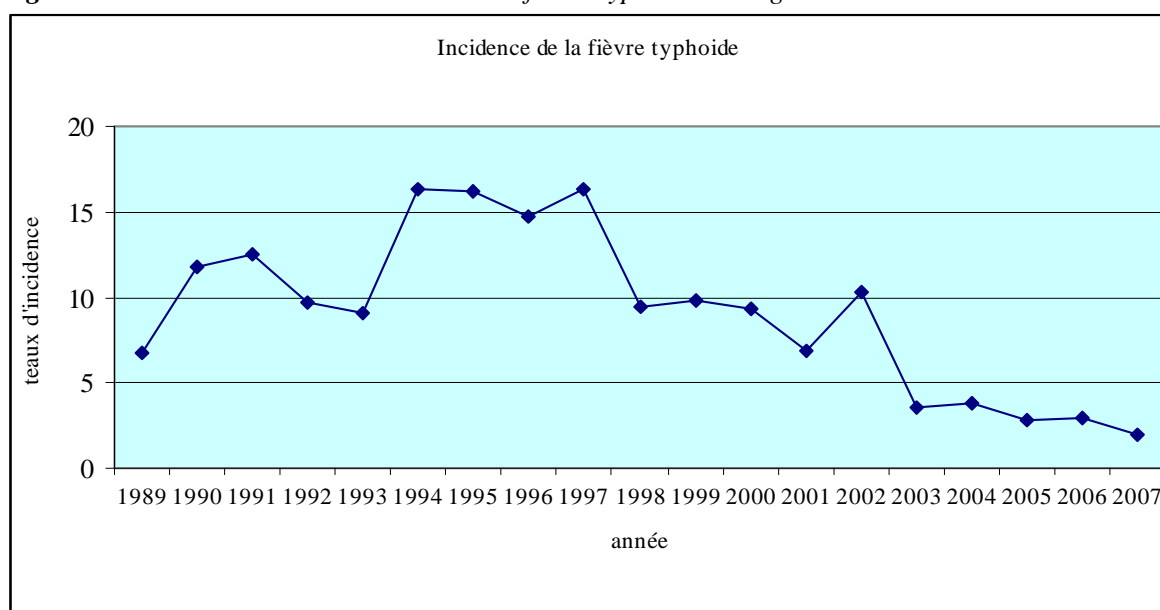
• **La fièvre typhoïde** : Elle est une maladie endémo épidémique qui survient durant toute l'année et qui touche toutes les régions du pays. Cette maladie a connu des pics épidémiques en 1983, 1991, 1994 et en 1997. Actuellement, la fièvre typhoïde est en situation stable hormis quelques micros foyers épidémiques qui sont momentanément déclarés dans certaines régions du pays lesquels sont vite maîtrisés. Depuis l'année 2000, l'incidence de cette maladie ne cesse de diminuer, hormis en 2002, où l'incidence a atteint 10,3 pour 100 000 habitants, soit 3.217 cas de typhoïde déclarés à l'échelle nationale, sinon pour les années 2003 et 2006, l'incidence oscille entre 2.8 et 3.75 qui représente en terme de cas déclarés le tiers ou le quart. En 2007, cette incidence a chuté pour atteindre 1.91 pour 100 000 habitants.

*Tableau n°27 : Évolution de l'incidence de la fièvre typhoïde en Algérie*

année	Incidence	Année	Incidence
1989	6,69	1999	9,84
1990	11,75	2000	9,28
1991	12,5	2001	6,87
1992	9,68	2002	10,3
1993	9,02	2003	3,51
1994	16,35	2004	3,75
1995	16,25	2005	2,82
1996	14,69	2006	3
1997	16,3	2007	1,91
1998	9,45	2008	

*Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007*

*Figure n°35 : évolution de l'incidence de la fièvre typhoïde en Algérie*



*Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007*

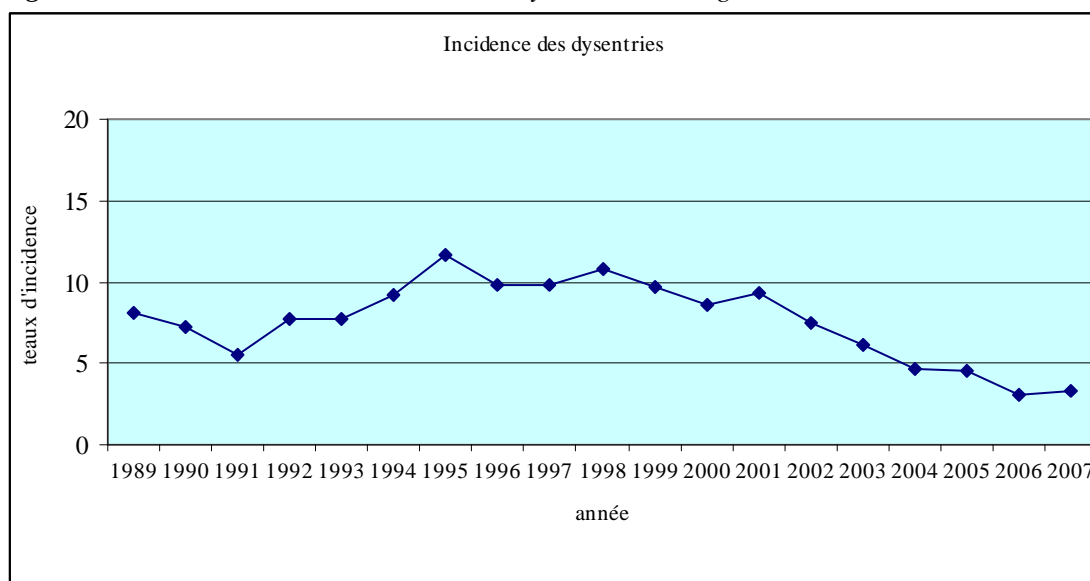
• **Les dysenteries** : Elles sont des maladies endémo épidémique touchant toutes les régions du pays avec néanmoins, une prédilection pour la région du sud du pays. L'incidence de cette maladie a connu un pic épidémique en 1982 et depuis l'incidence des dysenteries connaît une nette diminution. En effet, depuis 1990 l'incidence tourne autour de 10 cas pour 100 000 habitants. Durant la décennie deux mille, l'incidence a chuté et ce, de manière significative, puisqu'on enregistre que la moitié du taux d'incidence cumulé durant la dernière décennie, surtout, pendant la période allant de 2004 à 2007. Toutefois, la chute du taux d'incidence n'est pas régulière puisqu'on enregistre une remontée de l'incidence en 2007 par rapport à l'année qui la précède.

**Tableau n°28** : Évolution de l'incidence des dysenteries en Algérie

année	Incidence	Année	Incidence
1989	8,05	1999	9,69
1990	7,25	2000	8,65
1991	5,57	2001	9,36
1992	7,72	2002	7,5
1993	7,79	2003	6,11
1994	9,24	2004	4,63
1995	11,62	2005	4,49
1996	9,79	2006	3,06
1997	9,76	2007	3,27
1998	10,77		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n°36** : évolution de l'incidence des dysenteries en Algérie



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

• **Les hépatites virales** : Elles sont des maladies endémiques avec des pics épidémiques au cours des saisons hivernales. Un important pic épidémique est enregistré en 1981. La situation épidémiologique est plus stable durant la décennie quatre vingt dix. L'introduction de la vaccination contre l'hépatite B s'est fait en janvier 2003. Cette décision est capitale pour l'éradication de cette maladie en Algérie néanmoins, les résultats de cette dernière ne peuvent être évalués que dans une durée de 10 à 15 ans<sup>156</sup>. En revanche, le vaccin contre l'hépatite B se heurte à des problèmes techniques car le virus à l'origine de cette maladie présente une variabilité génomique. Les hépatites virales A cèdent la place aux hépatites virales B et C à partir de l'an deux milles (2000).

Quant à l'incidence de l'hépatite A, elle atteint un pic en 1990, soit une incidence de 15.69 pour 100 000 habitants, un autre pic est observé en 1992 avec une incidence de moindre importance, soit 13.55 pour un même nombre d'habitants, en 1997 un autre pic est à signaler avec de surcroît une légère remontée par rapport au pic de 1992 et enfin, un autre pic est constaté en 1998 avec une incidence de 11,54 pour 100.000 habitants. De l'année 2000 où l'on enregistre le taux d'incidence le plus élevé de la dernière décennie soit une incidence de 8,94 pour 100 000 habitants et depuis l'incidence n'a fait que régresser puisque celle-ci tourne autour de 3 pour 100 000 habitants soit une incidence qui est divisée par trois vers l'année 2007.

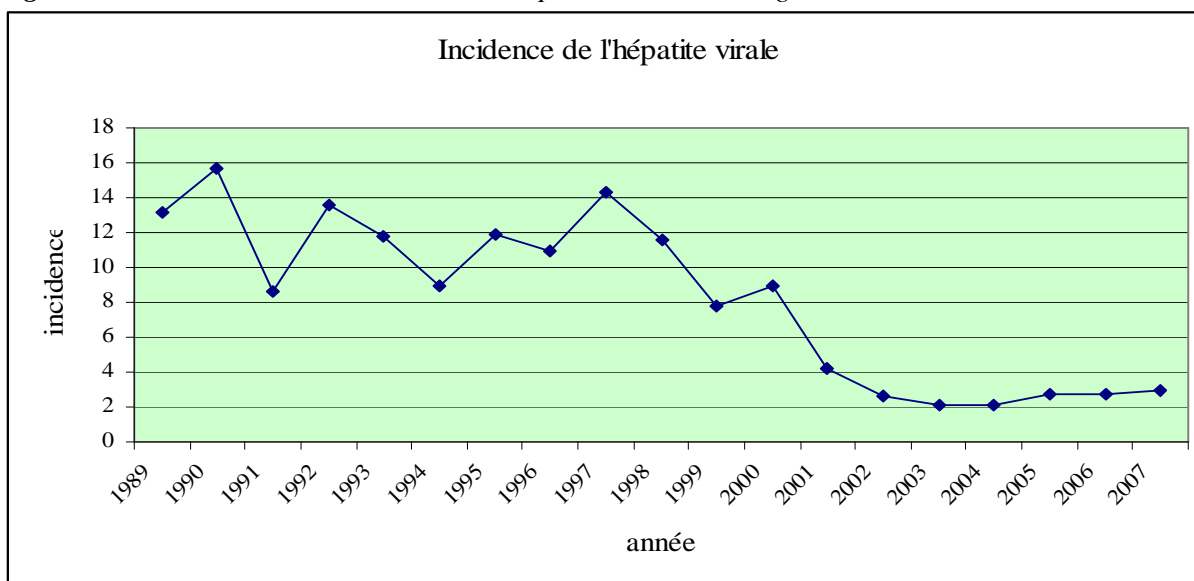
**Tableau n°29** : Évolution de l'incidence de l'hépatite virale A en Algérie

année	incidence	Année	incidence
1989	13.12	1999	7.78
1990	15.69	2000	8.94
1991	8.62	2001	4.25
1992	13.55	2002	2.66
1993	11.78	2003	2.07
1994	8.9	2004	2.12
1995	11.85	2005	2.77
1996	10.98	2006	2.71
1997	14.32	2007	2.98
1998	11.54	2008	

*Source* : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

<sup>156</sup>MSPRH « Situation épidémiologique de l'Algérie », Alger, Février 2004

Figure n°37 : évolution de l'incidence de l'hépatite virale A en Algérie



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**3-Les maladies du PEV (les maladies du programme élargi de vaccination) :** Elles regroupent : la rougeole, la diphtérie, la coqueluche, la poliomyélite et le tétanos. Le programme élargi de vaccination est mis en place en Algérie en vue du renforcement de la lutte contre la mortalité infantile. Pour se faire, plusieurs calendriers vaccinaux sont ainsi établis, le dernier en date remonte à l'année deux mille (2003) qui introduit la vaccination contre l'hépatite virale B.

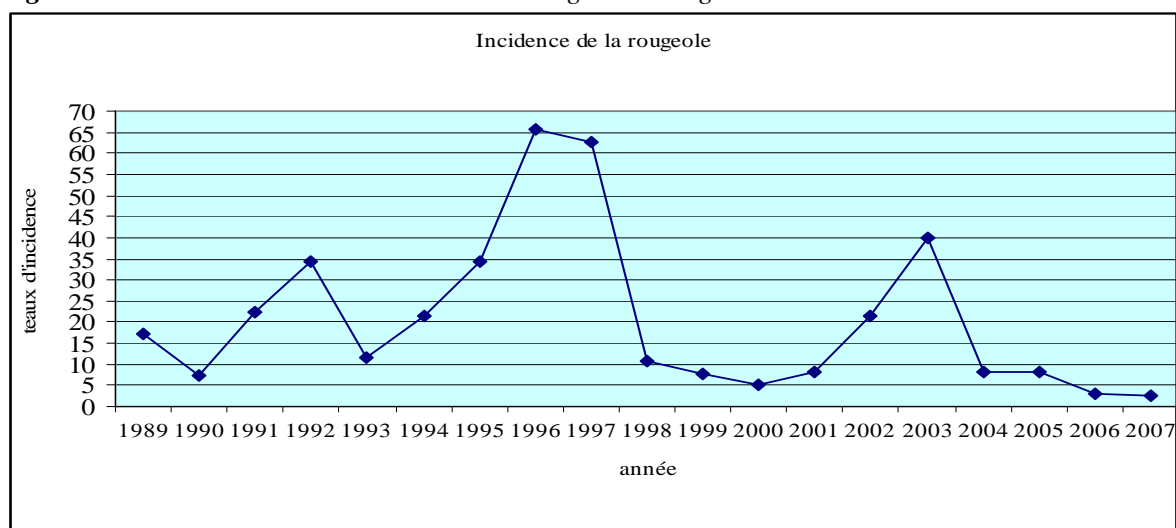
• **La rougeole :** Elle est une maladie très fréquente et ce, au début des années quatre vingt (80). Un pic épidémique de 153,8 cas pour 100.000 habitants est enregistré en 1982. Néanmoins, une nette diminution de l'incidence est constatée en 1986 après la modification du calendrier vaccinal ayant rendu le vaccin antirougeoleux obligatoire. La maladie connaît une période de reprise à partir de 1994 et en 1996 une deuxième dose du vaccin antirougeoleux est introduite dans le calendrier vaccinal. Actuellement on assiste à l'apparition de foyers épidémiques chez l'adolescent et l'adulte jeune pour lesquels sont organisées des campagnes de vaccination, surtout pour ceux évoluant dans des milieux fermés à l'exemple des lycées et des universités. La vaccination à deux doses est préconisée pour tous les sujets de moins de trente ans (30 ans). L'incidence de la rougeole, en Algérie, connaît des fluctuations notables puisque le taux d'incidence varie, comme cela paraît dans le graphe, du simple au double. En effet, on enregistre des taux allant de 21,37 pour 100 000 habitants en 2002 à 40,09 pour 100 000 habitants en 2003. L'incidence en 2004 est de 8,31 pour 100 000 habitants avant qu'elle ne descende pour ne représenter qu'un tiers en 2007.

**Tableau n°30 : Évolution de l'incidence de la rougeole en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	17,29	1999	7,84
1990	7,46	2000	5,3
1991	22,23	2001	8,01
1992	34,3	2002	21,37
1993	11,61	2003	40,09
1994	21,33	2004	8,31
1995	34,51	2005	7,97
1996	65,52	2006	2,83
1997	62,49	2007	2,62
1998	10,7		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n°38 : évolution de l'incidence de la rougeole en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

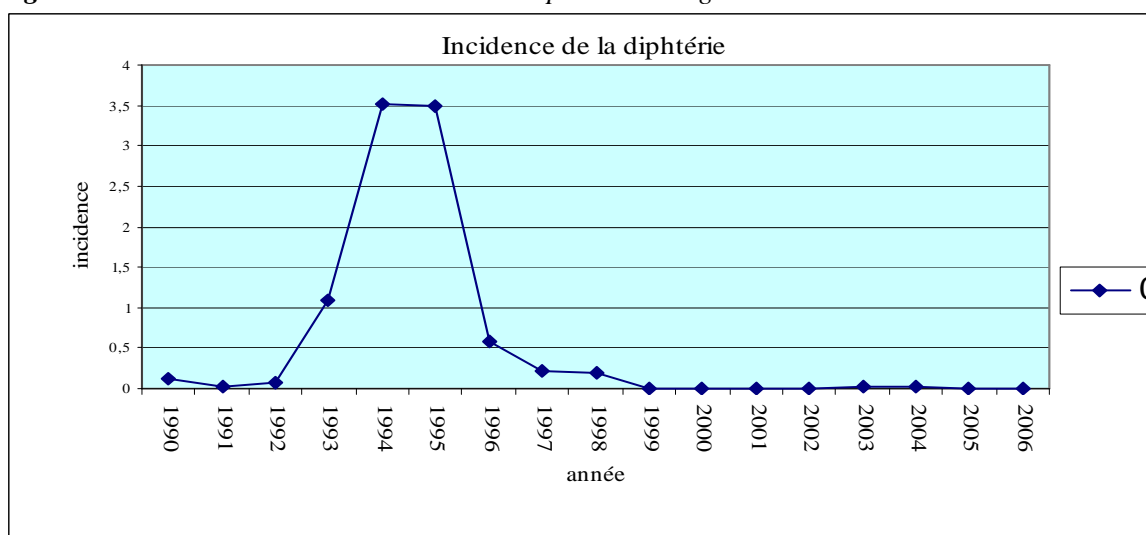
• **La diphtérie :** Hormis une épidémie survenue en 1983 touchant une population de nomades non vaccinés, la diphtérie est une maladie rare durant toute la décennie 80. Néanmoins, on assiste à la réémergence de cette maladie à partir de 1993 lorsque celle-ci a touchée certaines des wilayas du nord et du sud du pays. En effet, on enregistre 296 cas de diphtérie en cette année là, soit une incidence de 1.09 cas pour 100 000 habitants. Cette maladie a atteint son apogée en 1994 et 1995 avec respectivement un taux d'incidence de 3,51 et 3,49 pour 100000/ha. La situation épidémiologique s'est nettement améliorée depuis 1999 (année où l'on enregistre 17 cas) avec néanmoins, une persistance de quelques cas sporadiques. Depuis 2005, on enregistre que 03 cas de diphtérie déclarés dans tous le pays soit une incidence de 0.01 pour 100 000 habitants.

**Tableau n°31 : Évolution de l'incidence de la diphtérie en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1990	0.12	1999	0.05
1991	0.035	2000	0.01
1992	0.08	2001	0.01
1993	1.09	2002	0.00
1994	3.51	2003	0.02
1995	3.49	2004	0.02
1996	0.59	2005	0.01
1997	0.21	2006	0.01
1998	0.19		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n°39 : évolution de l'incidence de la diphtérie en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

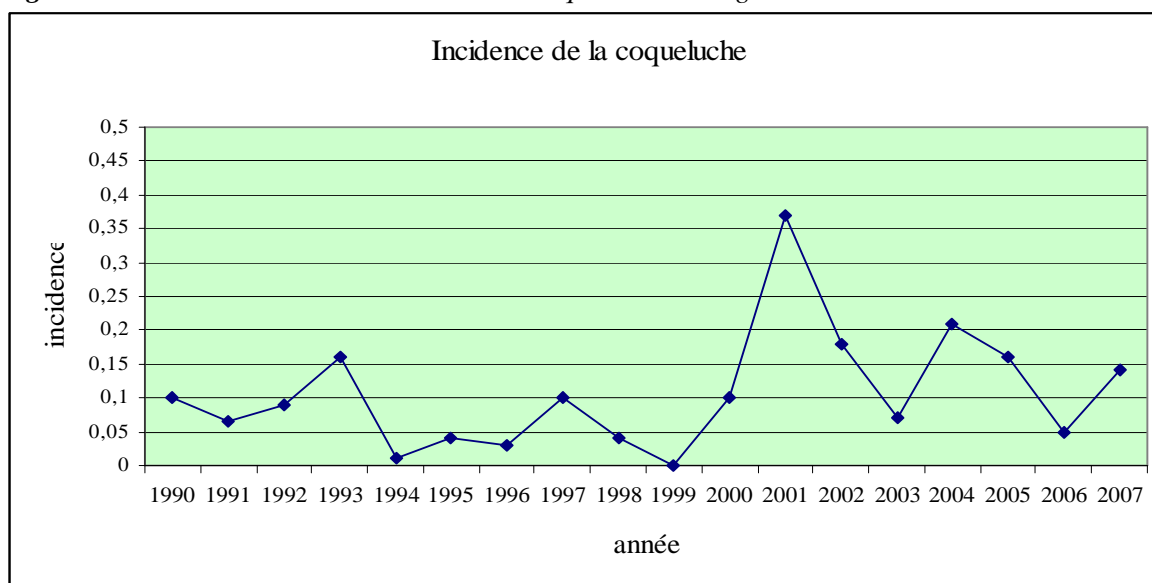
• **La coqueluche** : Elle est une maladie en nette régression depuis 1985. En 2000- 2001, une légère reprise de la coqueluche est constatée avec augmentation du nombre de cas essentiellement chez des nourrissons âgés de moins de 03 mois qui ne sont pas encore vaccinés pour se prémunir contre cette maladie. A partir de 2002 jusqu'à 2006 la courbe de l'incidence prend la forme d'une cloche (soit en terme d'incidence des taux oscillant entre 0.18, 0.07, 0.21, 0.05) avant que la courbe ne redémarre vers le haut en 2007 avec un taux d'incidence de 0.14 pour 100 000/ha.

**Tableau n°32 : Évolution de l'incidence de la coqueluche en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	0,09	1999	0,01
1990	0,1	2000	0,1
1991	0,06	2001	0,37
1992	0,09	2002	0,18
1993	0,16	2003	0,07
1994	0,01	2004	0,21
1995	0,04	2005	0,16
1996	0,03	2006	0,05
1997	0,1	2007	0,14
1998	0,04		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 40 : évolution de l'incidence de la coqueluche en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

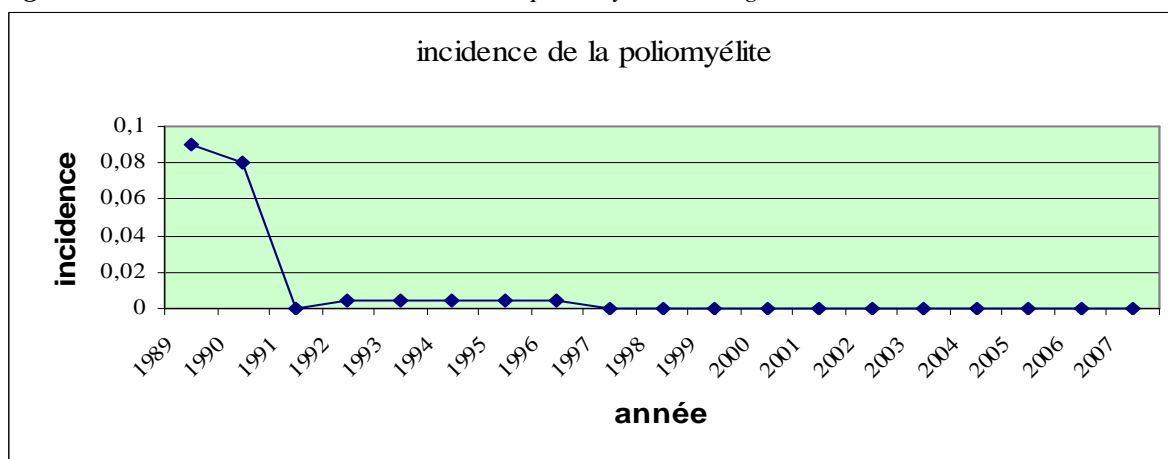
• **La poliomyélite** : Elle est une maladie en voie d'éradication en Algérie puisque aucun cas n'est enregistré depuis onze ans (11ans) et ce, à partir de 1997. Néanmoins on assiste en 2009 à l'apparition de quelques foyers éparpillés à travers le territoire national.

**Tableau n°33 : Evolution de l'incidence de la poliomyélite en Algérie**

année	incidence	Année	incidence
1989	0,09	1999	0
1990	0,08	2000	0
1991	0	2001	0
1992	0,004	2002	0
1993	0,004	2003	0
1994	0,004	2004	0
1995	0,004	2005	0
1996	0,004	2006	0
1997	0	2007	0
1998	0	2008	0

Source : MSPRH « Situation épidémiologique de l'Algérie », Alger, 2004

**Figure n° 41 : évolution de l'incidence de la poliomyélite en Algérie**



Source : MSPRH « Situation épidémiologique de l'Algérie », Alger, 2004

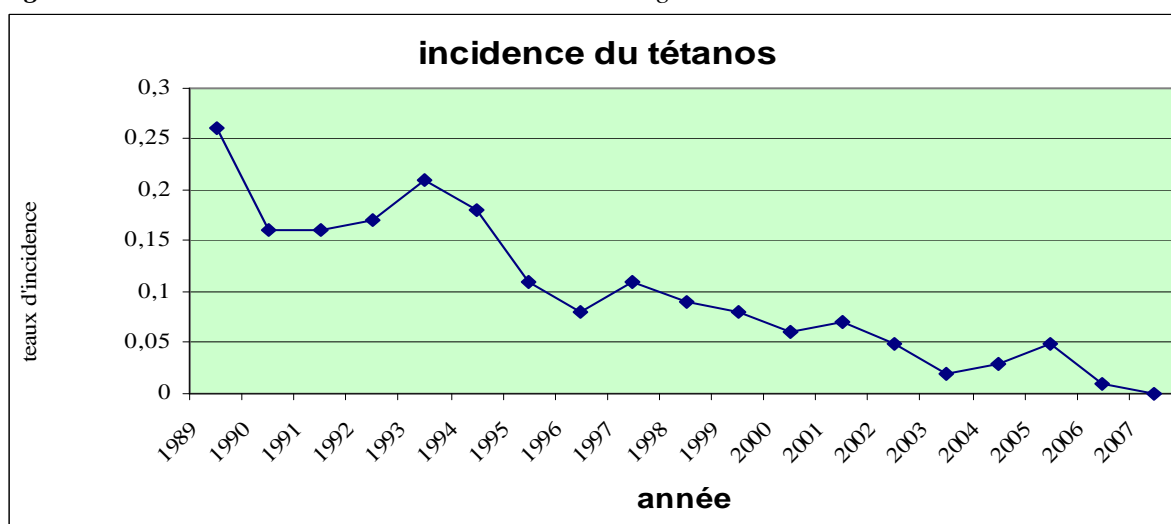
• **Le tétanos** : Il est une maladie rare mais qui persiste malgré les efforts de vaccination des enfants et des femmes en âge de procréer. La survenance du tétanos néonatal est directement liée aux conditions d'accouchement. La maladie du tétanos commence à décliner à partir de 2001 puisqu'on dénombre 20 cas (soit une incidence de 0.07 pour 100 000/ha), 17 cas en 2002 (soit une incidence de 0.05 pour 100 000/ha), 07 cas en 2003 (soit une incidence de 0.02 pour 100 000/ha), puis on constate une légère remontée en 2004 et 2005 pour que de nouveau l'incidence tombe à 0.01 pour 100000 /ha pendant les années 2006 et 2007.

**Tableau n°34 : Évolution de l'incidence du tétanos en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	0,26	1999	0,08
1990	0,16	2000	0,06
1991	0,16	2001	0,07
1992	0,17	2002	0,05
1993	0,21	2003	0,02
1994	0,18	2004	0,03
1995	0,11	2005	0,05
1996	0,08	2006	0,01
1997	0,11	2007	0,01
1998	0,1		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 42 : évolution de l'incidence du tétanos en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

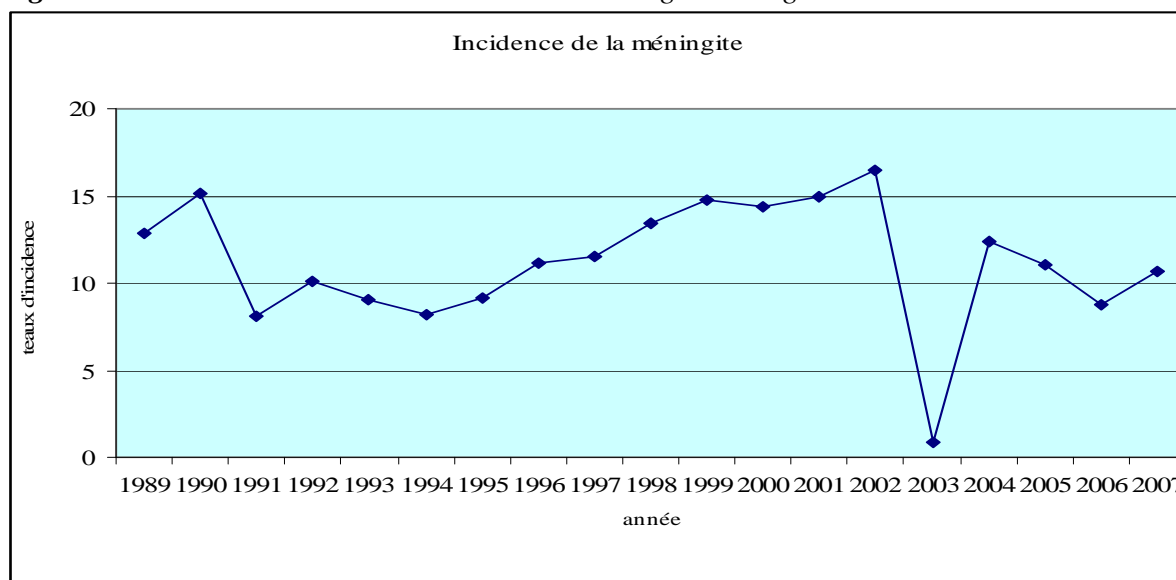
**4-Les méningites :** Elles sont des maladies endémo épidémique qui touchent toutes les régions du pays mais avec une prédominance dans les régions sahariennes qui présentent les conditions climatiques et écologiques les plus propices pour la survenance des méningites. Plusieurs pics épidémiques sont enregistrés depuis 1981. Depuis 1994, la courbe d'incidence commence à connaître une nette progression jusqu'à 2002. En 2003, on observe une incidence de 0,8 pour 100 000 habitants, soit une incidence la plus faible constatée depuis des années avant que la courbe d'incidence ne reprend son mouvement d'ascension de nouveau durant 2003 et 2004. En 2007, l'incidence est de 10,67 pour 100000/ha soit une augmentation de 1.93 point par rapport à l'année qui la précède.

**Tableau n°35 : Évolution de l'incidence de la méningite en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	12,9	1999	14,78
1990	15,14	2000	14,34
1991	8,08	2001	14,98
1992	10,06	2002	16,44
1993	9,05	2003	0,82
1994	8,15	2004	12,34
1995	9,12	2005	11,01
1996	11,16	2006	8,74
1997	11,56	2007	10,67
1998	13,42		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 43 : évolution de l'incidence de la méningite en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**5-Les zoonoses :** Elles regroupent la brucellose, la leishmaniose cutanée et la rage humaine qui sont des maladies transmises à l'homme à partir d'un réservoir animal. Un comité national de lutte contre les zoonoses est mis en place à partir de 1984.

• **La brucellose :** Elle est une maladie peu fréquente au cours de la décennie 80 puisqu'elle est mal diagnostiquée malgré un réservoir animal important et circonscrites dans les zones d'élevages où quelques foyers sont enregistrés. Au cours des années 90, il y a augmentation de la fréquence de la brucellose et son extension pour toucher tout le territoire national. La courbe d'incidence montre en effet, une nette progression de cette maladie en Algérie depuis 1990. En 2003, on

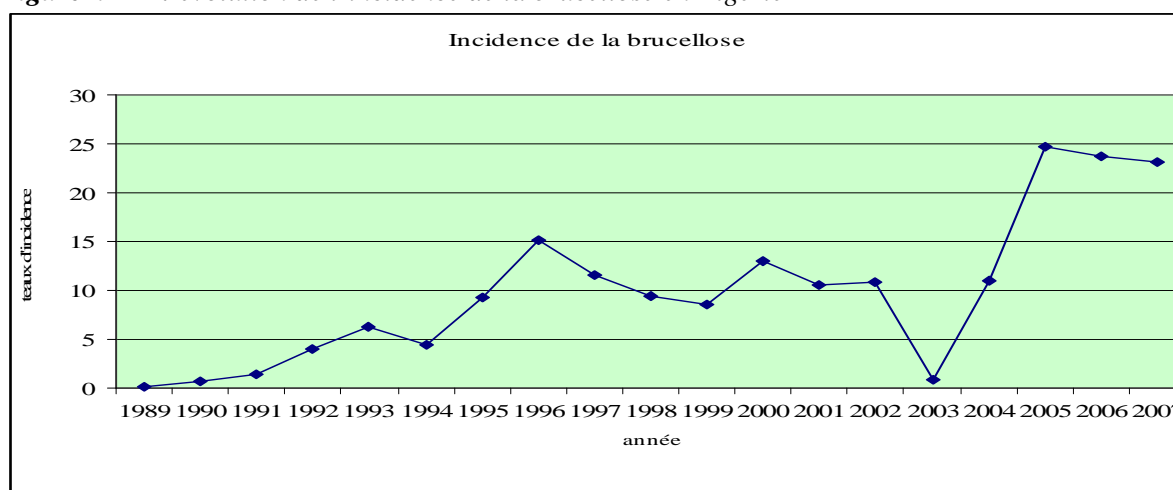
enregistre une baisse sensible de cette maladie puisque l'incidence n'est que de 0,79 pour 100 000/ha puis on constate sa reprise à partir de 2004.

**Tableau n°36 : Évolution de l'incidence de la brucellose en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	0,14	1999	8,51
1990	0,7	2000	13,01
1991	1,38	2001	10,58
1992	3,99	2002	10,79
1993	6,31	2003	0,79
1994	4,38	2004	10,99
1995	9,3	2005	24,71
1996	15,09	2006	23,69
1997	11,58	2007	23,14
1998	9,49		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 44 : évolution de l'incidence de la brucellose en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

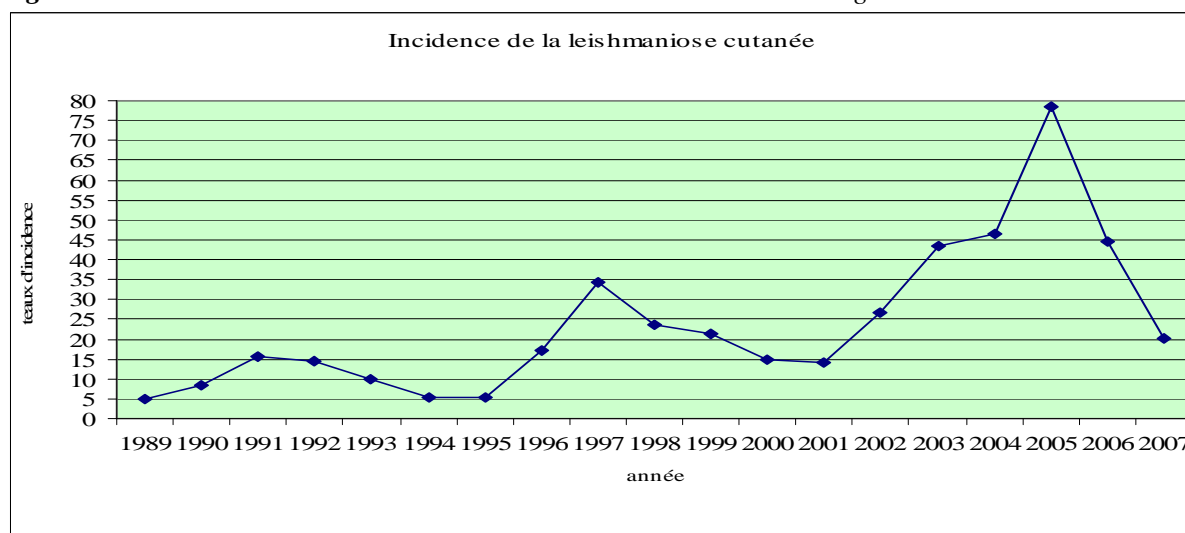
• **La leishmaniose cutanée** : Elle est une maladie endémique qui sévit dans les régions steppiques nord sahariennes, notamment dans les wilayas de Biskra, Msila, Naama et enfin Ghardaïa. Depuis le début des années quatre vingt dix (1990), il y a extension de la maladie à tout le territoire national. L'éclosion de nouveaux foyers à l'échelle du pays est favorisée par les travaux de mise en valeur des terres qui a été suivi par un mouvement de population vers les zones d'endémie. L'incidence de cette maladie entre 1989 et 1996 connaît une progression lente. A partir de 1997, on enregistre un premier pic avec un taux d'incidence de 34,44 pour 100000/ha. En 2005, on enregistre un autre pic avec un taux d'incidence de 78,5 pour 100 000/ha.

**Tableau n°37 : Évolution de l'incidence de la leishmaniose cutanée en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1989	5,03	1999	21,36
1990	8,55	2000	14,72
1991	15,57	2001	14,2
1992	14,34	2002	26,62
1993	9,72	2003	43,45
1994	5,48	2004	46,31
1995	5,4	2005	78,5
1996	17,09	2006	44,62
1997	34,44	2007	20,22
1998	23,45		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 45 : évolution de l'incidence de la leishmaniose cutanée en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

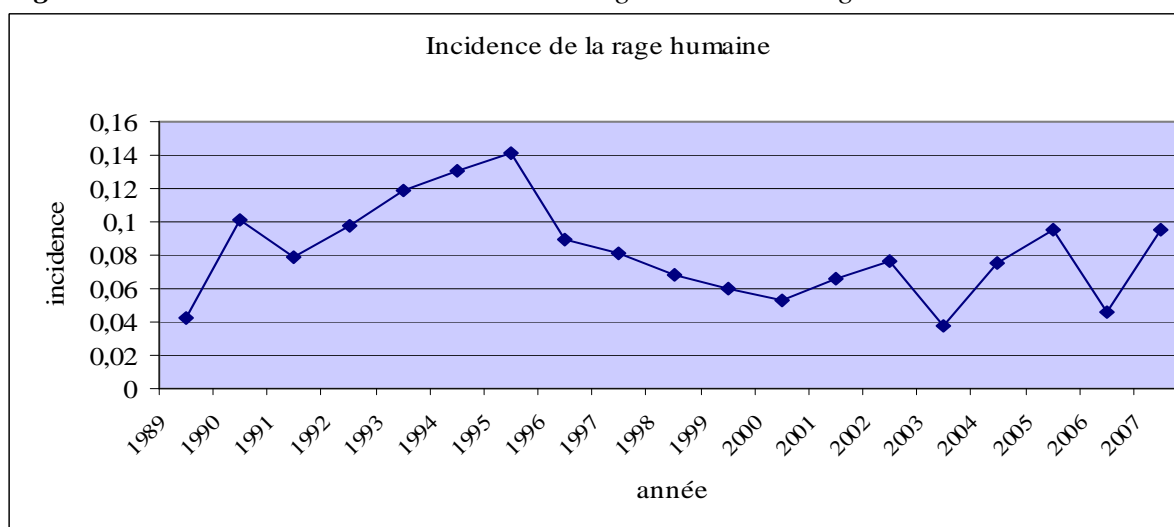
• **La rage humaine :** Elle est une maladie mortelle dès sa déclaration qui touche accidentellement l'homme. Le pays a connu une progression du nombre de cas de rage humaine de 1985 à 1995. Depuis cette date, la rage humaine a entamée une courbe descendante pour stagner autour de 20 cas par an. Il a nécessité pour lutter contre la rage humaine de fournir les efforts allant dans le sens de l'éducation sanitaire tout en rétablissant la gratuité du vaccin antirabique. Toutefois, on constate une remontée de cette maladie pour atteindre 32 cas en 2007 soit le double du nombre de cas constatés en 2006.

**Tableau n°38 : Évolution de l'incidence de la rage humaine en Algérie**

Année	Cas de rage humaine	Incidence	Année	Cas de rage humaine	Incidence
1989	10	0,04	1999	18	0,04
1990	23	0,1	2000	16	0,05
1991	20	0,08	2001	20	0,06
1992	25	0,1	2002	24	0,07
1993	32	0,12	2003	12	0,04
1994	36	0,13	2004	24	0,07
1995	40	0,14	2005	31	0,09
1996	26	0,09	2006	15	0,04
1997	24	0,08	2007	32	0,09
1998	20	0,07			

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 46 : évolution de l'incidence de la rage humaine en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

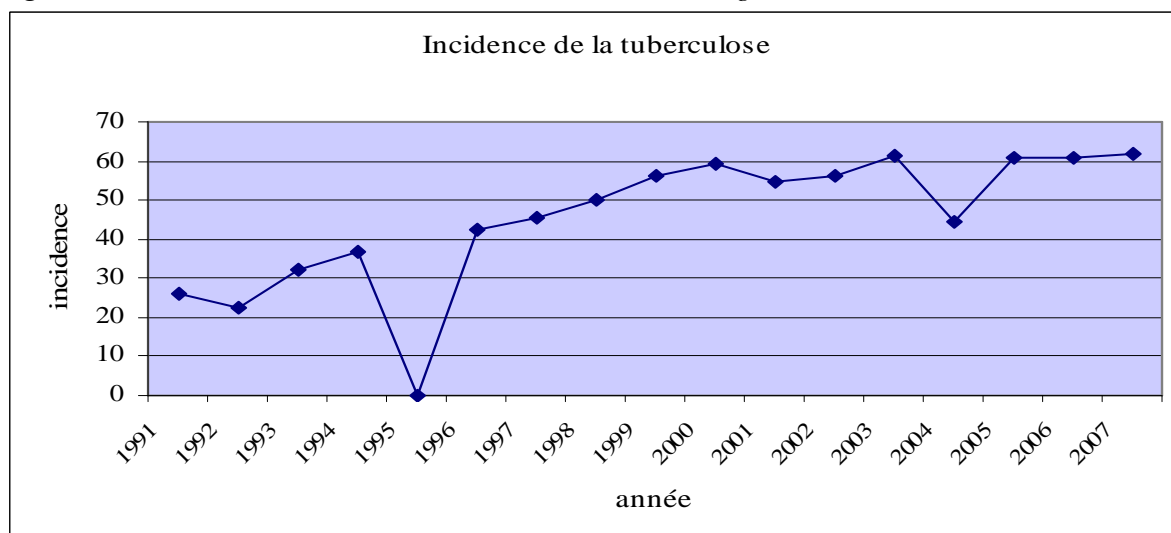
**6-La tuberculose :** Elle est une maladie prévalente au lendemain de l'indépendance. Son incidence a nettement diminué et ce, en raison de la mise en place d'un programme national de lutte antituberculeux. Elle demeure un problème de santé publique surtout en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire à microscopie positive. En effet, on dénombre 20.090 cas en 2006 soit 10.168 cas de tuberculose pulmonaire et 9.584 cas de tuberculose extra pulmonaire. En 2007, le nombre de malades a augmenté pour atteindre 20.590 cas de tuberculeux soit une augmentation qui est égal à 2,5% par rapport à l'année 2006.

**Tableau n°39 : Évolution de l'incidence de la tuberculose en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1991	25,97	2000	59,26
1992	22,48	2001	54,86
1993	32,12	2002	55,95
1994	36,69	2003	61,19
1995	0,13	2004	44,23
1996	42,46	2005	60,62
1997	45,6	2006	60,94
1998	50,19	2007	61,62
1999	56		

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 47 : évolution de l'incidence de la tuberculose en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

## 7-Le paludisme

Durant la période allant de 1952 à 1968, le paludisme était au premier rang des maladies infectieuses avec des niveaux d'endémicité élevée puisque l'incidence est de 70 000 cas/an. La période de 1968 à 1978 est celle de l'éradication du paludisme en Algérie. Le lancement de l'éradication débute en 1968 avec obtention de résultats remarquables puisque l'incidence durant cette année là était de 100 cas pour 100 000 habitants. En 1978, l'incidence est de 0,5 cas pour 100 000 habitants. Aucun cas de paludisme autochtone à *PI. falciparum* n'a été détecté depuis 1975. La période de 1980 à 1990 a vu une inversion du profil épidémiologique en faveur du paludisme d'importation tandis qu'il y a apparition de foyers sporadiques de paludisme autochtone à *P.vivax* au nord dans la plaine de la Mitidja et au sud dans les oasis de Ouargla. Par conséquent, il y a bouleversement des données du paludisme en Algérie et ce, avec l'accroissement du volume des échanges

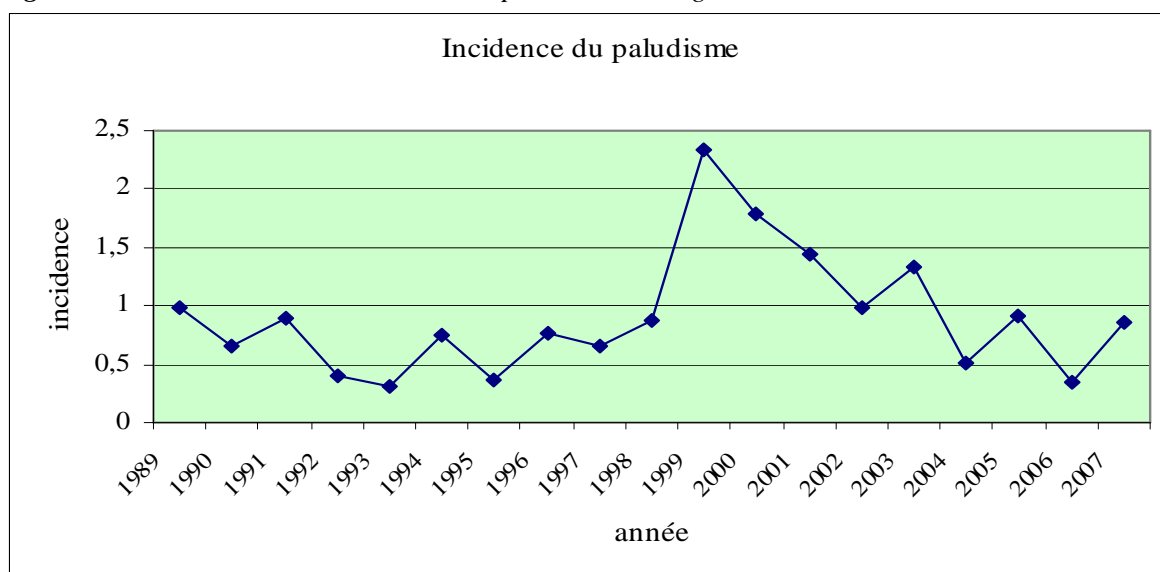
commerciaux ainsi que les mouvements de population avec les Etats africains frontaliers favorisés par l'ouverture de la route transsaharienne.

**Tableau n°40 : Évolution de l'incidence du paludisme en Algérie**

année	Incidence	Année	Incidence
1991	25,97	1999	56
1992	22,48	2000	59,26
1993	32,12	2001	54,86
1994	36,69	2002	55,95
1995	0,13	2003	61,19
1996	42,46	2004	44,23
1997	45,6	2005	60,62
1998	50,19	2006	60,94
		2007	61,62

Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

**Figure n° 48 : évolution de l'incidence du paludisme en Algérie**



Source : INSP « relevé épidémiologique mensuel » de 1989 à 2007

La période allant de 1990 à 2000 est caractérisée par un fléchissement de la vigilance d'où la recrudescence du paludisme d'importation. En effet, 95% des malades recensés sont touchés par le paludisme importé à *P.falciparum*. En outre, plus de 90% de ces cas sont indiqués dans les wilayas frontalières avec le Mali et le Niger à savoir : Tamanrasset et Adrar. Durant cette décennie, le paludisme autochtone à *P.vivax* a fait son apparition au nord, dans la plaine du Chlef, et au sud dans la wilaya de Djanet. A cela, s'ajoute un phénomène qui fait baisser les performances de la lutte antipaludique en Algérie : le taux annuel des examens hématologiques (TAEH), considérée comme l'indicateur de performance de la lutte contre le paludisme, n'a jamais été aussi bas. Pendant la dernière décennie les données sont restées les mêmes puisque les cas de paludisme autochtone connaissent une régression puisqu'on dénombre 34 cas en 2000, 06 cas en 2001, 08 cas en 2002, 05 cas en 2003, 02 cas en 2004 et un seul cas pour deux années

successives entre 2005 et 2006, tandis qu'en 2007 le nombre de cas augmente sensiblement pour atteindre 26 cas. Par conséquent, l'augmentation du taux d'incidence du paludisme en Algérie trouve sa signification dans l'accroissement des cas de paludisme importé.

## **8- La situation épidémiologique des maladies non transmissibles (MNT) en Algérie**

Selon les estimations de l'organisation mondiale de la santé, les MNT pourraient devenir à terme, à l'horizon 2020, la première cause de mortalité avec 73% des décès et 60% des causes de morbidité en Algérie. Les différentes enquêtes menées à travers le territoire national durant les années quatre vingt dix (90) ont permis de constater que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les cancers étaient parmi les maladies les plus fréquentes et les plus diagnostiquées. En effet, l'évolution de ces maladies tend à devenir majeur<sup>157</sup> compte tenu des tendances actuelles et à fortiori si des mesures urgentes ne sont pas prises immédiatement.

L'apparition de ces maladies en Algérie fait suite à la transition épidémiologique qui prévaut dans le pays depuis plus d'une dizaine d'années. Cet état de faits, se traduit par un poids de plus en plus lourd sur le système de santé algérien car ce dernier aura à prendre en charge aussi bien les maladies à transmission hydrique, les zoonoses, les maladies du PEV et par-dessus tout ces maladies non transmissibles réputées être des maladies dont le traitement revient excessivement cher.

Par conséquent, il faut accorder plus d'intérêt à ces maladies car les données épidémiologiques les concernant soient moins précises et surtout moins disponibles relativement aux autres maladies déclarées en Algérie. Malgré l'existence de certains registres régionaux portant sur la déclaration des cas de cancer et de diabète en Algérie, il y a, malheureusement, absence de système de déclaration appliqué à toutes les autres maladies. Ceci dit, l'intérêt accordé à ces maladies est très récent néanmoins, l'absence de leurs déclarations est une imperfection qu'il faudrait levée de toute urgence.

• **L'hypertension artérielle (l'HTA) :** la prévalence nationale de l'HTA est estimée à 17,2% de la population, tous âges confondus, selon l'enquête nationale menée par l'institut national de santé publique en 1990. Selon l'enquête menée par la société algérienne de l'hypertension artérielle en l'occurrence la SAHA, celle-ci retrouve une prévalence de 44,7% chez la population âgée de 40 ans et plus et ce, en 2002.

• **Le diabète :** le taux d'incidence du diabète peut être estimée à 9,1/100 000/ha pour l'ensemble de la population. Le diabète est scindé en diabète de type 1 et de type 2 : le type 1 est un diabète dont le sujet malade ne dépend pas de l'insuline, par contre le sujet malade du diabète de type 2 est insulino-dépendant. La

---

<sup>157</sup>RADP/ MSPRH « Situation épidémiologique de Algérie », Alger, février 2004.

prévalence du diabète de type 2 est de 8% de la population âgée de 30-65 ans tandis que le taux d'incidence de type 1 pourrait être estimée à 7/ 100 000/ha pour les moins de 15 ans.

• **L'asthme** : L'enquête menée par l'institut national de santé publique en 1990 nous donne une prévalence de l'asthme à l'échelle nationale estimée à 2% de l'ensemble de la population. L'enquête menée par la société algérienne de pneumo-phtisiologie (la SAPP) qui est plus récente puisqu'elle date de 2003, nous donne une prévalence globale de 19,2% et un taux d'incidence de 3,35 pour 100 000/ha.

• **Les cancers** : Ces derniers occupent une place, de plus en plus, importante parmi les maladies non transmissibles prévalentes puisque 30 000 nouveaux cas de cancers sont recensés chaque année en Algérie. Chez la femme, on trouve les cancers du sein et du col utérin qui sont les cancers les plus fréquents, par contre chez l'homme, on trouve le cancer bronchique, suivis des cancers de la vessie et de la prostate.

#### • **Les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le SIDA**

L'incidence moyenne des MST est donnée à travers les gonococcies qui sont des maladies à déclaration obligatoire affectant l'appareil génital. Cette incidence est de 2,44 des cas notifiés pour 100.000 habitants. En ce qui concerne le SIDA, cette maladie est intégrée aux MDO à partir de 1990. La déclaration des cas de SIDA et d'infection HIV est donc une obligation pour les laboratoires, les CHU et autres structures sanitaires depuis cette date là.

Le premier cas de SIDA est apparu en Algérie en 1985 et 03 autres cas de séropositivité ont été recensés à la même période. La contamination pour le sédatif est survenue à l'étranger. Les autres cas de SIDA qui ont suivi sont tous des cas importés de l'étranger par des patients ayant subi des opérations chirurgicales avant l'instauration du contrôle du sang ou par des personnes ayant séjourné à l'étranger pour études ou pour des obligations professionnelles. Ces cas déclarés ont par la suite contaminés leurs conjoints qui, à leur tour ont transmis ce virus à leur progéniture par la simple transmission de la mère à l'enfant. Voilà comment est qu'on a décelé d'autres cas de SIDA chez les conjoints et chez l'enfant dans les quelques mois qui ont suivie les premières contaminations.

L'évolution de cette maladie n'est pas inquiétante puisque l'Algérie est considérée comme un pays à faible prévalence. En effet, on recense au 30 juin 2004, 630 cas de SIDA et 1591 cas de séropositifs<sup>158</sup>. Néanmoins, ces données ne doivent pas cacher les risques liés à la position « tampon » de notre pays qui se trouve ainsi pris en étau entre l'Europe et l'Afrique subsaharienne où l'on compte 70% des cas déclarés de SIDA dans le monde. Aussi, il y a lieu de redoubler de vigilance au risque de voir une flambée épidémique de cette maladie en Algérie. La prévention reste pour l'heure le seul rempart pour éviter la propagation de cette

---

<sup>158</sup> RADP/MSPRH « Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009 », Alger, novembre 2004.

maladie touchant des millions de personnes à travers le monde dont la plupart des cas affectés échappe très peu à la mort.

### • La santé mentale en Algérie

Les problèmes de santé mentale sont traités en Algérie par le recours quasi-systématique à une prise en charge hospitalière alors que celle-ci se trouve confrontée à l'insuffisance de structures et de personnels. En effet, plus de la moitié des wilayas du pays ne disposent pas de services spécialisés en psychiatrie tandis que les problèmes liés aux maladies mentales ne cessent de se développer à l'instar de la dépression nerveuse, des affections psychiatriques chroniques et des troubles du comportement<sup>159</sup>.

L'Algérie traverse une transition épidémiologique très prononcée en ce sens que les maladies sévissant en Algérie peuvent être ramenées et classées en deux grandes catégories : *les maladies dites des pauvres* et *les maladies dites de l'opulence*. En ce qui concerne la première catégorie de maladies, il y a une juste maîtrise pour certaines d'entre elles comme celles qui sont contrôlables par le programme élargi de vaccination et pour d'autres, on assiste amèrement à leur résurgence à l'exemple de la tuberculose. Pour ce qui est de la deuxième catégorie de maladies, disons qu'il est plus difficile pour notre pays de les maîtriser car ces sont des maladies très coûteuses donc qui verront nos dépenses de santé augmenter de manière démesurée et on se pose alors la question de savoir si notre système de santé, qui, arrive difficilement à maîtriser *les maladies dites des pauvres* sera en mesure de faire face aux maladies du siècle en l'occurrence le cancer, le diabète, l'asthme et l'hypertension artérielle ?

---

<sup>159</sup> RADP/MSPRH « Bilan du système national de santé et programme d'action 2005-2009 », Alger, novembre 2004.

### **III- La dépendance du système de santé algérien**

Il y a tout d'abord une difficulté à reconnaître la vraie nature de la dépendance du système de santé algérien, dès lors qu'il ne s'agit plus de reconnaître simplement les dépenses obligatoires de l'Algérie pour les matériels ou les médicaments importés. Il est vrai que la dépendance de notre pays en ces domaines est très importante. Néanmoins, la vraie question qui se pose, qui peut difficilement recevoir une seule réponse est celle qui a trait à la vraie nature de cette dépendance et son impact sur notre système de santé.

Examiner l'état du système de santé par référence aux problèmes de la dépendance consiste à évaluer avec objectivité sa vraie nature que ce soit au niveau interne ou externe. L'analyse de cette dépendance en terme d'importation de technologies médicales et de médicaments est, certes, pertinente à mener, mais elle reste tout de même insuffisante car cette analyse est biaisée par suite d'un manque d'exhaustivité. En somme, les dépendances ne sont pas uniquement d'ordre externe mais même d'ordre interne et ce sont ces dernières qui conditionnent, pour la plupart du temps, la réussite ou l'échec d'un système de santé.

Disons d'abord qu'il faut au préalable recenser et inventorier tous les facteurs de la dépendance pour engager une action visant à sa suppression ou à sa diminution. Les facteurs de la dépendance intérieure sont représentés par tous les obstacles inhérents à la santé et qui peuvent être dépassés par des actions nationales. Tout le reste, bien que des imbrications existent, constitue des facteurs de la dépendance extérieure. Les premiers facteurs peuvent aiguïser les seconds, si des actions correctrices ne sont pas prises en charge en vue de diminuer de leur impact négatif sur notre système de santé en le drainant, inéluctablement, vers une dépendance extérieure.

#### **1- Les facteurs de dépendance interne<sup>160</sup>**

Le tableau n°26 est un tableau récapitulatif des facteurs de dépendance intérieure, des possibilités de suppression de ces facteurs, des actions à envisager pour leur suppression et enfin de leur impact sur la santé. Il nous renseigne que les déterminants de la santé ou les facteurs qui « expliquent » l'état de santé d'une population ne sont pas uniquement liés à la seule performance du système de soins. Néanmoins, le système de soins, ou plus exactement sa performance, ne constitue que l'un des déterminants de la santé, mais en aucun cas ils s'y réduisent.

---

<sup>160</sup> Aberkane.A « Réflexion sur les critères de dépendance du système national de santé » in séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger 1983.

**Tableau n°41 : les dépendances intérieures**

Dépendances	Type de la dépendance Et possibilité de suppression	Par l'action	Impact attendu sur La santé
1. mauvaises conditions socio-économiques (eau, habitat, démographie)		L'ensemble des acteurs du développement	Quantitatif très important, délais aléatoires
2. couverture sanitaire de base du pays insuffisante	géographique très grande	APC-MSPRH	Qualitatif et quantitatif très important- court terme
3. couverture vaccinale incomplète	Organisationnelle très grande	APC-MSPRH-MDN organisations des masses	Qualitatif et quantitatif très important- court terme
4. mauvaise hygiène scolaire	Organisationnelle très grande	MSPRH - MEN	Qualitatif et quantitatif très important- court terme
5. nuisance due à l'environnement physique et au milieu de travail	Géographique, technologique, mutations sociales, migration faible	MSPRH pour son rôle dans les problèmes écologiques et de coordination avec tous secteurs de production	Impact quantitatif faible mais variable en fonction des actions menées sur des populations à risques (tétanos facile à combattre en milieu rural)
6. insuffisance de formation paramédicale	Organisationnelle très grande	MSPRH	Impact quantitatif et qualitatif important
7. mauvaise planification de la formation médicale	grande	MSPRH – MESRS – planification	Impact qualitatif important (niveau de formation)
8. mauvaise répartition géographique des personnels de santé	Très grande	MSPRH	Impact qualitatif important
9. insuffisance d'information de structures de base et de spécialités	moyenne	MSPRH – APC organismes constructeurs	Impact important

**Source :** Aberkane.A « Réflexion sur les critères de dépendance du système national de santé » in séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger 1983.

## 2- Les déterminants de la santé<sup>161</sup>

On identifie, le plus souvent, trois grands groupes de déterminants de la santé avec un quatrième qui n'est autre que le système de soins

### 2-1 Les déterminants biologiques

Ils concernent les mécanismes physiologiques, biologiques et biochimiques du fonctionnement de chaque individu, c'est-à-dire le patrimoine génétique d'un individu ou d'une population et les paramètres biologiques mesurables des divers systèmes internes.

### 2-2- Les habitudes de vie

Il s'agit de l'ensemble des décisions que prennent les individus et qui ont des répercussions sur leur propre santé. Parmi les principaux facteurs liés aux habitudes de vie, on peut distinguer l'alimentation (ration calorique quotidienne, consommation de graisses animales, consommation de sel...), le tabagisme, la consommation d'alcool, les comportements sexuels, l'usage de stupéfiants, les prises de risque inconsidéré au volant comme la conduite en état d'ivresse....

### 2-3 L'environnement physique et socio-économique

Il concerne, en fait, l'ensemble des facteurs extérieurs au corps humains ayant une incidence sur la santé et qui échappent en tout ou juste en partie à la maîtrise de chacun. Dans ce groupe de déterminants, on distingue **ceux liés à l'environnement physique ou écologique** à l'exemple de la qualité de l'air, de l'eau, les expositions physiques ou chimiques sur les lieux de travail, le climat et ses répercussions...., **de ceux liés à l'environnement socio-économique** à l'exemple du revenu, de la pauvreté, du logement, de l'éducation, du milieu du travail, de l'analphabétisme et de l'illettrisme, du manque de soutien affectif, d'une situation familiale détériorée, du fait de vivre seul et du manque d'activités sociales...

### 2-4- Le système de soins

Il comprend la quantité, la qualité, l'organisation de la distribution des soins, la nature des soins, mais aussi les rapports entre la population et les ressources engagées en vue de cette distribution. On peut, aussi y inclure les ressources financières et humaines, la quantité, le type et la répartition des établissements et des professionnels de la santé, l'accessibilité et la qualité des soins prodigués, le suivi thérapeutique...

L'état de santé d'un individu ou d'une population à un moment donné est donc le résultat de différents facteurs agissant à des moments différents. Les facteurs, précédemment passés en revue, à l'exemple de facteurs environnementaux,

---

<sup>161</sup> Facteur influant sur l'état de santé d'un individu ou d'une population. Certains auteurs identifient quatre principaux groupes de déterminants :- les facteurs biologiques encore appelés endogènes, - les facteurs environnementaux (géographie, lieu de travail), - les facteurs liés aux habitudes et modes de vie (alcoolisme, tabagisme, nutrition), -les facteurs liés au système de soins.

biologiques, socioéconomiques et ceux reliés aux habitudes de vie interviennent sur cet état de santé comme des conditions antécédentes. Le système de soins, lui, intervient le plus souvent ultérieurement et parfois, même tardivement, comme facteur de restauration de cette santé perdue, avec parfois des effets négatifs, à l'exemple, des infections nosocomiales qui interviennent au cours d'un séjour d'un ou de plusieurs malades dans un hôpital.

### **3- Les facteurs de dépendance extérieure<sup>162</sup>**

Les dépendances extérieures, comme le montre le schéma n°27, sont les conséquences combinées de ces différents facteurs agissant sur l'état de santé des individus et des faiblesses caractérisant le système de soins, que ce soit sur le plan organisationnel ou de gestion. Les décisions prises à un moment donné déterminent, dans une large mesure, pour un ministère quelconque sa bonne ou sa mauvaise politique, à l'exemple, d'une mauvaise politique de médicaments qui accentue la dépendance extérieure. Les marges de bénéfices qui sont demeurés très basses, pendant longtemps, sont à l'origine de notre forte dépendance de l'extérieur en matière d'importation de médicaments car ces faibles marges sont de nature à décourager tout effort d'investissement. En outre, toute production de médicaments, doit s'accompagner de mesures interdisant, pour tout opérateur public ou privé, le recours à l'importation. Par conséquent, il s'agit pour le ministère de la santé d'élaborer des politiques crédibles tout en mettant en place des mécanismes d'accompagnement les plus sûrs pour éviter tout malencontreux repli de la production nationale.

Tous les ministères sont interpellés quant aux actions à entreprendre car les problèmes de santé d'une collectivité ne peuvent être résolus d'une façon uniforme par un seul département ministériel. La santé devient donc une préoccupation de tous les départements ministériels. Le ministère de la santé est considéré, quant à lui, comme le principal coordinateur des activités de santé. Les ministères interviennent à différents niveaux sur la santé des individus :

- le ministère de l'agriculture assure la production d'aliments tant d'origine animale que végétale. Il assure donc les bases de la nourriture de toute la population ;
- le ministère de la pêche joue un rôle important dans l'alimentation protéique constituée par les poissons et divers produits de la mer ;
- le ministère de l'eau intervient pour assurer une distribution de l'eau en quantité suffisante et surtout en tenant compte de sa qualité car une distribution d'une eau de mauvaise qualité peut être catastrophique pour la

---

<sup>162</sup> Aberkane.A « Réflexion sur les critères de dépendance du système national de santé » in séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger 1983.

collectivité et se traduit par des épidémies avec des conséquences plus ou moins graves ;

- le ministère de la jeunesse et des sports intervient par la promotion du sport comme élément essentiel de la santé qui arrive à maintenir l'équilibre de l'individu et à lutter contre l'obésité et toutes les conséquences du sédentarisme ;
- le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique assure la formation de certaines catégories des personnels de la santé, d'une part, en se chargeant du développement de la recherche médicale d'autre part.
- le ministère de l'éducation assure un niveau d'instruction pour la population juvénile ;
- le ministère du travail et des affaires sociales intervient dans le domaine de la santé par le biais de l'organisation et de la réglementation du travail. Il est chargé de la résolution des problèmes sociaux. La sécurité sociale intervient directement ou indirectement dans le fonctionnement de la santé, par le biais du financement des établissements de santé et des soins à l'étranger ;
- le ministère des finances est le ministère qui répartit les crédits budgétaires en débloquent les enveloppes financières concernant le secteur de la santé ;
- le ministère du commerce est responsable de la commercialisation de nombreux produits indispensables à la santé de l'individu. Il est également responsable de la commercialisation de produits de base pour l'industrie pharmaceutique et des équipements sanitaires ;
- le ministère de l'intérieur assure la sécurité des citoyens par la prévention des coups et blessures. Il assure, également, la sécurité de la circulation routière par la prévention des accidents de la route. Ce ministère assure la tutelle du corps de protection civile (il intervient donc au niveau des transports des malades, au niveau de la surveillance des plages et en cas de catastrophe naturelle) et assure la tutelle des collectivités locales (le rôle de la commune est primordial dans tous les domaines de la santé et en particulier dans l'assainissement, la prévention, l'hygiène publique, la surveillance des aliments... La wilaya joue, également, un rôle dans la coordination et la promotion de la santé dans l'aire géographique de son territoire) ;
- le ministère du transport assure la modernisation des moyens de transport, la surveillance régulière des véhicules par le contrôle technique en vue de diminuer le nombre d'accidents de la circulation, en particulier autour des grandes villes et sur les axes routiers ;

- le ministère des postes, télécommunications et des technologies nouvelles assure les moyens de communication qui sont indispensables au bon fonctionnement des services de santé. Ces moyens permettent des prises de décision en cas d'urgence, d'épidémies ou d'autres catastrophes. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication jouent, également, un rôle dans les décloisonnements des structures de santé et dans la formation à distance ;
- le ministère de la justice est chargé, sur le plan législatif, de la protection de l'enfance, de la prévention de la délinquance juvénile, de la lutte contre la prostitution et de la protection des personnels de santé en cas d'agression ou d'injustice.

**Tableau n°42 : les dépendances extérieures**

dépendances	Possibilité de suppression	Par l'action de:	Impact sur la santé
10. Coopérants étrangers en Algérie (de suppléance)	Immédiate en agissant sur 6, 7,8 (dépendances intérieures)	MSP-MESRS	Impact psychologique important
11. Envoi de malades à l'étranger	Diminution possible en agissant sur 8,9	MSP- sécurité sociale- finances	Planification d'investissement et de formations supérieures adaptées aux besoins
12 Formation supérieure à l'étranger	Diminution possible en agissant sur 7	MSP-MESRS	
13. Médicament importé	Diminution possible en agissant sur 7,9	MSP- industrie	
14. Technologies étrangères	Maîtrise et adaptation par 1 et par un environnement scientifique favorable	MSP-communauté scientifique recherche	Difficulté d'adaptation évidente, nécessité d'une interdépendance de stimulation et de choix stratégiques pour la maîtrise technologie

**Source :** Aberkane.A « Réflexion sur les critères de dépendance du système national de santé » in séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience algérienne, Alger 1983.

## Conclusion du chapitre V

L'évaluation des résultats de soins a montré que le système de soins n'est qu'un élément parmi, tant d'autres, déterminants de la santé. Il s'agit alors, de tenir compte des facteurs agissant sur l'état de santé des individus en cherchant résolument à les améliorer. Tout l'effort doit être, en effet, entrepris dans ce sens par

les pouvoirs publics. Ce n'est qu'à cette condition que le système de soins donnera, en soi, les meilleurs résultats.

### **Conclusion de la première partie**

La qualité des soins suppose que les structures sanitaires existent, dans un pays, en nombre suffisant. Par ailleurs, la recherche de cette qualité exige que soient réunis au niveau de ces structures tous les éléments structurels de soins. L'existence des procédures écrites des soins représente « l'autre face cachée » de cette qualité. L'importance des procédures écrites est à même de nous renseigner sur la façon dont sont exercées les pratiques médicales et paramédicales. Les résultats de soins peuvent être envisagés à la lumière des performances enregistrées par le système de soins en faisant reculer toutes sortes de maladies mais, également, en tenant compte de la dépendance de ce système vis-à-vis des systèmes de soins étrangers. Que ces résultats soient meilleurs, cela ne peut être imputable à la seule performance du système de soins car les déterminants de la santé ne sont pas uniquement d'ordre sanitaire. A la lumière de ce qui précède, on est amené à conclure que les éléments concernant l'évaluation qualitative des soins sont considérablement imbriqués. A cet effet, ni l'évaluation des structures de soins ne rend compte, à elle seule, de l'évaluation de la qualité des soins, ni même les autres évaluations passées, précédemment en revue. La qualité des soins est donc la résultante de tous ces éléments réunis.

La recherche de la qualité ne doit pas faire oublier ou cacher qu'un système de soins existe pour prodiguer des soins pour un nombre incalculable d'individus se trouvant dans un pays. La recherche de la qualité n'est pas antinomique avec la réduction des coûts liés à la santé. Plus on agit sur ces coûts en cherchant constamment à les amoindrir, plus on offre de possibilités pour un plus grand nombre d'individus de recourir au système de soins. Cela impose donc que l'on passe en revue quelques éléments permettant l'amélioration de la qualité de soins accompagné d'une réduction des coûts.

## **Deuxième partie**

### **Quelques outils pour l'amélioration de la qualité des soins**

#### **Introduction**

Dans les développements qui vont suivre, nous tentons de proposer quelques outils susceptibles d'améliorer la qualité des soins dans les structures publiques de santé en Algérie. Ces outils sont, en effet, considérés comme des instruments tout à fait nouveau et je dirai même novateurs par rapport à la réalité du terrain. A travers tous ces éléments novateurs, nous avons cherché à mettre en relief les facteurs d'une dynamique de la gestion hospitalière ou encore à enclencher un mouvement pour une meilleure organisation de l'activité hospitalière afin que celle-ci permette aux établissements de santé d'atteindre leurs objectifs avec la meilleure efficacité.

Cependant, nous pensons que ces outils, pour la plupart emprunté au monde des entreprises, sont loin de susciter des enthousiasmes béats alors que l'on envisage de les appliquer sur un système de gestion qui ne peut en aucun cas être assimilé à celui d'une entreprise. La différence est nette et sans équivoque entre une entreprise et un établissement de santé car chacune de ses entités s'assigne des objectifs bien précis à atteindre, ces entités ne sont pas animés par les mêmes logiques et donc ne doivent pas appliquer des règles similaires. En effet, dans le cas d'un établissement de santé ou d'un hôpital, qui, n'est en réalité, ni une administration au sens propre du terme, ni même une entreprise, puisque sa gestion ne peut être conçue d'une manière autonome, à l'instar, de ce qui est en usage dans une entreprise. Ajouté à cela, que les principes qui régissent, aussi bien son organisation que son fonctionnement, sont imposés par la loi, et une tutelle est exercée par les pouvoirs publics, à l'occasion des actes les plus importants qu'il remplit, à l'exemple, de son budget qui est déterminé au niveau des administrations centrales. Sa gestion s'inscrit, quant à elle, dans le cadre d'une politique nationale de santé où sont arrêtés, au préalable, les missions, les objectifs et les priorités que cet établissement doit respecter. Toutes ces différences, qu'il nous a parues utile de souligner, sont loin de représenter toutes les distinctions exhaustives que l'on veut opérer entre un hôpital et une entreprise.

Il n'en reste pas moins que, les techniques de gestion applicable à un hôpital, que l'on tente d'appeler outils pour l'amélioration de la qualité des soins, résultent des sciences fondamentales comme l'économie ou la sociologie. La contribution de toutes ces disciplines à l'analyse du secteur de la santé n'est pas des moindres puisque l'on en trouve des écrits abondants en ce qui a trait aux techniques de gestion hospitalière. Par ailleurs, les pays les plus avancés que l'Algérie, ont déjà expérimenté certains de ces outils dans la gestion de leurs établissements de santé.

Maintenant que nous avons proposé certains de ces outils à la gestion de l'hôpital, nous n'ignorons pas que ce dernier est une institution à but non lucratif et par-dessus tout c'est un appareil de production et de distribution de soins donc son

output déroge à celui d'une entreprise qui cherche un maximum de rendement pour des matières soigneusement élaborées. L'hôpital assume une activité spécifique de soins tout en oeuvrant pour la préservation de la santé publique.

Toutefois, cet établissement de distribution de soins est lui-même intégré<sup>163</sup> dans un ensemble de phénomènes en interrelation au sein d'un système de santé<sup>164</sup> c'est-à-dire que l'hôpital n'est qu'un élément d'un ensemble bien complexe. Tout ce qui a trait à la continuité de la production et de la distribution de soins concerne, en partie, la responsabilité de l'établissement mais encore il faudrait que cet établissement bénéficie des moyens de financement pour assurer sa pérennité, celle-ci reste par contre, tributaire des mécanismes collectifs. L'établissement de distribution de soins est par conséquent, appelé à subir contrecoups et contraintes imposés par de tels mécanismes<sup>165</sup>.

Les établissements de soins sont, en effet, enfermés dans une chaîne de contraintes qu'ils ne leur permettent pas d'aller vers des systèmes de gestion plus souples et plus fonctionnels néanmoins, les changements intervenus sur le plan économique et social, sur le plan épidémiologique et enfin, sur le plan démographique vont inéluctablement influencer la gestion et le fonctionnement des établissements de soins en Algérie car ces changements interviennent dans l'environnement immédiat de ces établissements.

La recherche de l'efficacité incombe au pouvoir de tutelle en premier lieu, puis aux dirigeants de ces établissements en deuxième lieu, de s'affranchir de tous les écueils à même de permettre une gestion plus souple des établissements de soins en Algérie. Par souci de réalisme, on dira qu'il faut, d'abord, prendre la mesure de ces contraintes et de rechercher les degrés de liberté que laissent les textes de loi ou l'exercice du pouvoir de tutelle pour faire franchir à l'établissement de soins les étapes qui s'imposent vers des systèmes de gestion plus souple. A défaut, il faut adapter les textes à la conjoncture actuelle afin que ces établissements jouissent de plus de liberté et d'autonomie quant aux différentes missions qui leur incombent.

La recherche de la performance, qui, sous entend aussi bien la recherche de la qualité des soins que la réduction des coûts liés à la santé, est considérée, aujourd'hui, comme un souci majeur pour toute institution, publique soit elle ou privée. La décision économique privée a, de tout temps, pris en considération la recherche de la performance puisque celle-ci étant un préalable et un gage pour toute

---

<sup>163</sup> Levy.E & Bungener.M & Dumenil.G &Fagnani.F « Economie du système de santé », édition Dunod, Paris 1975.

<sup>164</sup> Une des définitions retenue pour analyser le système de santé est lui-même un élément parmi tant d'autres en interrelation avec le politique, l'économique et le social. L'appréhension de cet enchevêtrement permet de comprendre que chaque changement intervenant dans l'un des éléments en interaction aura un impact sur l'ensemble du système pris dans toute sa globalité.

<sup>165</sup> En effet, le financement des établissements de soins et/ou du secteur de la santé en général, dépend de ces mécanismes collectifs qui assurent le paiement des dépenses de santé, à l'exemple, de l'assurance maladie qui est l'une des plus importantes branches de la sécurité sociale qui procède au financement de la santé en Algérie, des mutuelles et des participations de l'Etat.

réussite. Par contre, l'efficacité de la décision économique publique a été, souvent, négligée. Cela étant, les décisions prises à l'échelon supérieur de l'Etat sont orientées ou guidées par la recherche de l'intérêt général. La poursuite de cet intérêt suppose donc que l'Etat s'acquitte des tâches les moins rentables, mais qui ont un intérêt collectif tandis que le secteur privé s'oriente vers des activités les plus lucratives puisqu'il est animé par le souci de la réalisation du profit et des bénéfices.

La santé reste le domaine où l'Etat est omniprésent puisque c'est le secteur qui demande une intervention plus poussée de la part de la puissance publique étant donné son intérêt au double plan économique et social et surtout en raison de son caractère de service public. L'intervention de l'Etat dans le domaine de la santé s'inscrit dans le même sillage des attributions que s'assigne la puissance publique face aux différents écueils qui guettent l'ensemble de la collectivité. La présence de l'Etat dans le domaine de la santé est appréciée, encore davantage, par les couches sociales les plus défavorisées. Celles-ci recherchent une protection sociale contre le risque maladie et tout autre risque susceptible de l'affecter. Longtemps cantonné dans son rôle d'un « Etat providence » appelé à réaliser une politique sociale et économique des plus ambitieuses, l'Etat algérien dans sa quête de progrès social fait appel au système de la sécurité sociale.

En effet, la sécurité sociale est utilisée comme un des instruments de la réalisation de la politique économique et sociale de l'Etat<sup>166</sup>. Le rôle de la sécurité sociale ne cesse de se développer puisqu'elle est impliquée dans le financement des transferts sociaux. Ceci dit, cette tendance a commencé à se développer à partir des années quatre vingt lorsque la sécurité sociale est impliquée dans la prise en charge de certaines des dépenses sociales publiques.

L'implication de la sécurité sociale dans ces transferts sociaux est telle qu'une très faible autonomie lui a été consentie quant à la valorisation de ses ressources financières et de son patrimoine. En 1978, il est fait même obligation à la sécurité sociale de déposer tous ses avoirs au niveau du trésor public. L'embellie financière qui a caractérisé le système de la sécurité sociale jusqu'à la fin du premier plan quinquennal a suscité maintes interrogations quant aux excédents dégagés.

Dans le premier chapitre de cette deuxième partie, il sera donc question de traiter du système de la sécurité sociale, en d'autres termes revenir sur sa genèse, les branches qui forment la sécurité sociale, les risques couverts par celle-ci, les rôles qui lui sont attribués et les contraintes auxquelles elle fait face. Disons de prime abord que la sécurité sociale connaît un accroissement des activités qui lui sont assignées, au même titre qu'apparaissent des contraintes inhérentes à l'exercice de toutes ces missions.

---

<sup>166</sup> Kaddar.M « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.

Ceci nous amènera, au deuxième chapitre, qui traitera de la question de la contractualisation des relations entre les organismes de la sécurité sociale et les établissements de santé ainsi que les directions de l'action sociale au niveau de la wilaya. Le système de santé publique actuel nécessite des moyens de financement colossaux pour sa reproduction. Or la sécurité sociale est cantonnée au financement des structures de soins sans aucun droit de regard ne lui soit accordé sur les activités que ces structures réalisent. Par conséquent, la sécurité sociale ne peut plus, comme par le passé, financer des structures de soins mais des activités que ces dernières vont devoir développer.

La contractualisation se traduit concrètement par des contrats d'objectifs et de moyens. La sécurité sociale ainsi que l'Etat mettront à la disposition des établissements de soins les moyens financiers nécessaires pour l'accomplissement des activités de soins et ces établissements doivent se fixer, au préalable, des objectifs bien précis à atteindre.

Cette relation contractuelle liant les organismes de la sécurité sociale aux établissements de santé n'a de chance d'aboutir qu'à la condition de la mise en place de certains outils ou instruments d'intervention pouvant amener à des changements effectifs dans la gestion quotidienne de ces établissements. Certains de ces instruments sont aux mains de l'Etat qui doit, en effet, innover en matière de législation en créant des organismes chargés de l'accréditation des établissements de santé en Algérie. L'accréditation est l'objet du troisième chapitre de notre travail de recherche.

Quant aux outils aux mains des établissements de santé, ces derniers sont tenus, au préalable, d'adopter une nouvelle organisation centrée sur la création de centres de responsabilités fonctionnant dans le cadre de la délégation de gestion. Ceci dit, la contractualisation doit permettre, en dernier ressort, de créer les conditions qui permettent la participation des équipes hospitalières à la vie quotidienne et au devenir de leur établissement puisque les décisions seront prises au niveau le plus proche des personnes qu'elles concernent. Par conséquent, la contractualisation va constituer un facteur clé de réussite d'une gestion de la ressource humaine en introduisant un nouveau management animé par le souci d'implication et d'engagements réciproques de tous. Ceci nous amènera donc à passer en revue le quatrième chapitre sur la gestion des ressources humaines. Il est vrai, que le capital humain est la vraie richesse pour toute organisation y compris pour une organisation sanitaire. Enfin, la dernière question qui nous interpellera est celle qui donnera la plus grande importance à l'informatique ainsi qu'aux possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le système de soins.

## Chapitre VI

### La sécurité sociale en Algérie : entre missions et contraintes

#### Introduction

Le développement de la sécurité sociale est un long processus et le fruit d'une longue et pénible évolution. Jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle, chaque individu est seul face aux risques de la vie, d'où une forte inégalité entre ceux qui ont les moyens pouvant se protéger contre les aléas de la vie et ceux qui sont dépourvus de ces moyens se retrouvent livrés à eux-mêmes. Par conséquent, seuls ceux qui possèdent les moyens peuvent se faire soigner en cas de maladie ou encore se prévaloir de leur fortune pour bénéficier d'une retraite. Par contre, pour tous les autres individus, la seule façon de se protéger contre ces risques reste l'épargne ou ce qu'on appelle aussi la prévoyance personnelle qui consiste à épargner une partie de ses revenus pour les utiliser en cas de difficultés. Toujours est-il que l'épargne reste un privilège des riches dans des sociétés où, la plupart, des individus gagnent à peine de quoi vivre. Les personnes âgées sont prises en charge par leurs familles respectives et si cette solidarité familiale ne se manifeste pas et se décline ou pour celles qui n'ont plus de familles, elles finissent leurs vies dans le dénuement total et la misère.

Dans les pays industrialisés<sup>167</sup> la situation commence à évoluer lorsqu'on a inventé les nouvelles formes de protection sociale sous la poussée des idées et du mouvement ouvrier au 19<sup>ème</sup> siècle. En effet, le 19<sup>ème</sup> siècle assiste à la mise en œuvre de toute une série de législations et d'institutions destinées à garantir la sécurité de l'homme au nombre desquelles figurent les lois sur les accidents du travail et leur réparation. L'innovation introduite consiste en une législation sur les accidents de travail instituant une responsabilité forfaitaire de l'employeur abstraction faite de toute idée de faute commise soit par lui ou par son employé. L'Etat intervient pour mettre un terme à la fatalité de la misère du vieux travailleur en institutionnalisant le régime des assurances vieillesse et en le rendant obligatoire. Les assurances sociales qui prônent la prévoyance obligatoire vont mettre fin à la prévoyance libre, représentée par le système des mutuelles et enfin, les allocations familiales qui sont à l'origine des initiatives patronales versées aux travailleurs chargés de famille destinées, en réalité, à éviter une augmentation généralisée des salaires qui finissent par l'éviction des travailleurs chargés de famille et leur remplacement par des travailleurs célibataires. La loi intervient, également, pour rendre obligatoire ces prestations familiales durant les années trente (30) dans la plupart des pays industrialisés.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, les démocraties occidentales reconnaissent les droits sociaux en considérant l'homme comme étant le moteur du développement. Il est donc essentiel de lui assurer le bien être qu'il requiert pour qu'il puisse fournir l'effort intellectuel et/ ou physique approprié. Le mouvement de mondialisation qui se

---

<sup>167</sup> Gilles Caire « Economie de la protection sociale » Bréal éditions, Paris, 2002.

propage de par le monde contraint les gouvernements à entreprendre des actions efficaces en vue de développer leurs économies nationales. Cependant, pour bien assurer ce développement, il est impératif qu'une articulation soit opérée entre le champ économique et le champ social. La prévention et la couverture des risques qui pourraient amoindrir les rendements des individus paraissent donc une nécessité fondamentale. La sécurité sociale remplit cette mission au service du développement économique et social par une meilleure protection possible de la ressource humaine. Sur ce, la sécurité sociale se présente comme un système devant protéger les individus contre certains risques de même qu'elle constitue un instrument d'intervention des pouvoirs publics pour instaurer un équilibre social entre les différentes catégories de personnes. Pour garantir à ces dernières certains droits comme le droit à la santé, les pouvoirs publics imposent un système à la fois obligatoire et solidaire, c'est-à-dire que chacun cotise selon ses revenus, les riches cotisent plus que les pauvres, mais la couverture reste la même pour tous. Néanmoins, la solidarité comporte une limite : ceux qui ne cotisent pas à la sécurité sociale sont exclus de la couverture contre les risques pouvant les affecter.

## **I- Naissance et évolution de la sécurité sociale dans le monde**

C'est en 1935, que la terminologie sécurité sociale a été formulée pour la première fois aux Etats-Unis d'Amérique dans le cadre du « social security act » voté par le sénat américain. Ce programme instituait des mesures de sécurité sociale qui s'inscrivait dans le cadre d'une politique de développement rendue nécessaire par les bouleversements occasionnés par la crise économique de 1929. Néanmoins, l'institution telle que nous la connaissons actuellement s'est toutefois développée en Europe, durant les années quarante.

En effet, c'est en 1942 que l'anglais William Beveridge a publié un rapport élaboré à la demande de son gouvernement dans lequel, il définit les fondements de la sécurité sociale en proposant un droit à chacun à la sécurité sociale de même qu'il proposa une politique sanitaire. La loi sur le service national de santé votée en 1946, a instauré un système de santé fournissant gratuitement les services et les biens médicaux et financé par l'impôt. Le système de santé ainsi créé est appelé système beveridgien par rapport à son initiateur W. Beveridge. Ce dernier proposait donc à son gouvernement :

- Une couverture sociale pour toute la population sans distinction de classe et de profession par le système de sécurité sociale ;
- Une prise en charge de tous les risques susceptibles d'affecter la personne humaine, de diminuer ou de tarir sa capacité de gains à l'instar du risque chômage, maladie, infirmité, blessures, vieillesse, charges de famille ;
- Une médecine qui soit nationalisée ;
- D'abandonner tous les mécanismes traditionnels de l'assurance ;
- Enfin, que toutes ces mesures annoncées soient prises en charge par le biais de la planification.

L'institution de sécurité sociale allait voir le jour, les propositions et les idées véhiculées par William Beveridge allaient connaître une extension aux autres pays notamment occidentaux, durant la période qui suivra la fin de la seconde guerre mondiale. Ces propositions allaient figurer, ensuite, dans la déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par les Nations Unies en 1948. Dans son article 22, cette déclaration affirme : « toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays ».

L'histoire retient que c'est le chancelier allemand Bismarck qui eut l'idée d'instituer dans son pays en 1883 les assurances sociales. Ce système d'assurances sociales institué est une adaptation du système de la mutuelle ou mouvements de solidarité entre les travailleurs qui s'organisaient, durant l'ère industrielle, pour créer des sociétés de secours mutuels. Ces sociétés constituent un système contributif de prévoyance volontaire contre certains risques limités tels la vieillesse. Elles se caractérisent par une adhésion volontaire des membres de ces sociétés, une cotisation forfaitaire, une gestion confiée aux représentants des bénéficiaires et par l'absence de bénéfices. Toutefois, à la différence du système des mutuelles, les assurances sociales créées par Bismarck présentent des avantages par le fait que l'adhésion à ces assurances n'est plus facultative mais obligatoire, le financement provient des cotisations patronales et salariales et enfin, par l'existence de proportionnalités entre les niveaux des prestations et celui des cotisations.

### **1- la sécurité sociale : un système de redistribution des revenus**

La sécurité sociale protège donc les individus en leur offrant une garantie qu'ils seront protégés lorsque les risques susceptibles de les affecter surviennent. Les individus protégés savent qu'il existe des moyens ou des institutions qui leur permettent de faire face à d'éventuelles difficultés liées à une situation de maladie ou autres. Se sentir protégé rend l'incertitude du lendemain moins inquiétante aujourd'hui, ce qui, en définitive, permet d'éviter de vivre au jour le jour. La sécurité sociale est en outre un vaste système de redistribution entre individus où s'opère une redistribution des revenus :

- **une redistribution horizontale des revenus** à travers un transfert entre les biens portants et les malades ( tous les deux cotisent mais seuls les malades bénéficient de prestations), les actifs et les inactifs ( la retraite est une forme de solidarité entre la génération d'actifs qui cotise à la sécurité sociale tandis que la génération d'inactifs bénéficie des prestations de pensions de retraite), les célibataires et les chargés des familles (tous les deux cotisent mais ce sont les parents avec enfants qui touchent les allocations familiales).

- **Une redistribution verticale des revenus** se produit entre les individus appartenant à diverses classes de revenus. En général, cette redistribution se fait des plus riches vers les pauvres<sup>168</sup>.

## **2- Les principes inhérents au système de la sécurité sociale**

Le système de la sécurité sociale repose sur les principes de la répartition, de la solidarité professionnelle et intergénérationnelle. En effet, les risques couverts sont gérés en répartition où la sécurité sociale répartit les charges pesant sur les assurés sociaux, touchés par un quelconque risque, sur la masse des cotisations collectées de l'ensemble de ses affiliés non touchés pour la plupart d'entre eux par la survenance du même risque ou autres.

La solidarité professionnelle est l'autre principe sur lequel repose le système de la sécurité sociale qui peut être défini comme le sentiment d'un destin commun qui pousse les hommes appartenant à une même catégorie socioprofessionnelle à s'aider en cas de difficultés. Cette solidarité peut concerner les individus exerçant un même métier ou les individus qui vivent dans une même société et qui exercent des métiers différents partageant tout de même une même citoyenneté.

Enfin, la solidarité intergénérationnelle se manifeste à travers la solidarité liant la génération d'actifs qui cotise à la sécurité sociale tandis que la génération d'inactifs perçoit des pensions de retraite. En effet, la retraite étant une forme de solidarité entre générations : la génération d'actifs et la génération d'inactifs.

## **II- Naissance et évolution de la sécurité sociale en Algérie**

La première législation sociale en Algérie remonte à 1920. C'est une législation qui porte sur les accidents de travail qui est suivie, quelques années plus tard, par une législation concernant les retraites ouvrières. En 1941, une législation sur les allocations familiales est instituée et en 1949, c'est au tour de la législation sur les assurances sociales de voir le jour. Toutes ces législations constituent le fondement de la sécurité sociale, instituée d'abord en France, puis étendue à l'Algérie. Néanmoins, cette protection sociale profite aux populations européennes plus qu'aux populations algériennes indigènes. En effet, ce système de sécurité sociale s'est édifié sur une multitude de régimes représentant les différentes catégories sociales et géré par une multitude de caisses offrant chacune des prestations différenciées à ses affiliés. La population algérienne dont l'écrasante majorité travaille dans l'agriculture donc affiliée au régime agricole, lequel se trouve désavantagé par rapport aux autres régimes constitués, ce qui conduit à l'exclusion des prestations offertes par ce régime de la sécurité sociale, de tout un pan de la société algérienne.

En réalité, c'est en 1949, que la sécurité sociale est instituée en Algérie car toute une législation relative à la protection sociale est promulguée en cette période. Celle-ci intègre et complète toutes les législations antérieures appliquées en matière d'accidents de travail, de retraites et d'allocations familiales. Elle définit, en outre,

---

<sup>168</sup> Gilles Caire « Economie de la protection sociale » Bréal éditions, Paris, 2002, page 32

les régimes pour les différents secteurs d'activités. Onze (11) régimes de sécurité sociale sont de ce fait constitués :

- Le régime général des salariés des industries et du commerce,
- Les régimes spéciaux des fonctionnaires, des employés de l'électricité et du gaz d'Algérie (EGA), les employés du chemin de fer (SNCF), les mineurs, les marins
- Le régime agricole,
- Le régime des non salariés qui gère uniquement la retraite.
- Etc.

Ces différents régimes constitués, qui relèvent de 71 caisses de sécurité sociale n'assurent pas les mêmes prestations sociales et leurs financements proviennent de sources différenciées. Ce système est reconduit dans son intégralité au lendemain de l'indépendance de l'Algérie par l'ordonnance présidentielle du 31 décembre 1962. Néanmoins, plusieurs mesures sont prises entre autres :

- L'extension des allocations familiales au secteur agricole public ;
- Les indemnités journalières en matière d'accidents de travail sont revalorisées ;
- Plusieurs textes réglementaires et décrets sont promulgués tels le 1<sup>er</sup> décret de la période de l'indépendance n° 63-457 du 14 novembre 1963 qui porte sur la création d'un organisme de sécurité sociale pour le régime des marins , sont promulgués ensuite, le décret n° 64-125 du 12 avril 1964 qui procède à un remaniement de la composition du conseil d'administration des caisses de sécurité sociale, le décret n° 64-364 du 31 décembre 1964 portant création de la caisse nationale de sécurité sociale et l'ordonnance de juin 1966 qui confie la gestion des accidents de travail aux caisses de sécurité sociale pour tous les régimes.

La période 1970-1974 est marquée par le lancement du 1<sup>er</sup> plan national de développement qui a permis à la sécurité sociale d'élargir sa base sociale et financière suite à la création d'entreprises et à l'accélération du mouvement de salarisation qui s'en est suivi.

Le volontarisme politique et économique pour l'édification de la nation fondée sur la mise en valeur des ressources énergétiques que recèle le pays se voit porteur d'une protection à l'égard des travailleurs et de leurs familles. Ainsi, des avantages sociaux sont accordés aux assurés sociaux, et ce en augmentant les tarifs de remboursement, la durée du congé maternité passe de 8 à 14 semaines et la liste des maladies de longue durée passe de 4 à 25. Durant cette période, plusieurs réformes sont lancées visant une réorganisation administrative avec la promulgation de plusieurs ordonnances et décrets tels le décret n° 70-116 du 1<sup>er</sup> août 1970 qui institue une unification de l'organisation administrative des caisses de sécurité sociale à l'exclusion des régimes agricoles, des gens de mer, des cheminots et de la Sonelgaz. Une caisse d'assurance vieillesse pour les non salariés non agricoles

est créée par décret n°70-89 du 15 décembre 1970. L'ordonnance du 05 avril 1971 est promulguée en vue d'organiser un nouveau régime agricole qui couvre les travailleurs agricoles et leur familles contre les risques : maladie, invalidité, décès, maternité et vieillesse en leur assurant une pension de retraite. L'ordonnance 74-80 du 30 janvier 1974 rattache l'ensemble des organismes de sécurité sociale sous la houlette administrative du ministère du travail et des affaires sociales tandis que le régime agricole continue de relever du ministère de l'agriculture. Enfin, l'ordonnance du 17 septembre 1974 étend les assurances sociales aux bénéficiaires des non salariés.

### **1- la refonte de la sécurité sociale en 1983**

L'année 1983 a vu naître une nouvelle organisation ou configuration de la sécurité sociale, sinon la refonte totale du système de sécurité sociale en Algérie. Pas moins de cinq (05) lois et 17 décrets sont promulgués portant sur les assurances sociales, les accidents de travail et maladies professionnelles, les obligations qui incombent aux assurés et sur le contentieux en matière de sécurité sociale. Cette période se caractérise par la dissolution de tous les régimes existants antérieurement à la promulgation des lois et décrets de 1983 et la constitution d'un régime unique caractérisé par l'uniformisation des cotisations et des avantages offerts à tous les travailleurs. L'unification des régimes de la sécurité sociale est réalisée par le décret n° 92-07 du 04 janvier 1992 qui définit le statut juridique des différentes caisses composant la sécurité sociale, à savoir -la caisse nationale des salariés (CNAS), -la caisse nationale des retraites (CNR) -et la caisse des assurances sociales des non salariés (CASNOS), ainsi que leur organisation administrative et financière.

La sécurité sociale recèle quatre (04) branches :

- Branche assurances sociales qui prend en charge les risques : maladie, maternité, invalidité et décès ;
  - Branche accidents du travail et maladies professionnelles qui prend en charge le risque accident de travail et le risque maladie professionnelle ;
  - Branche prestations familiales qui prend en charge le risque famille nombreuse ;
  - Branche retraite qui prend en charge le risque vieillesse.
- Quant au risque chômage, ce dernier est pris en charge par la caisse nationale du chômage créée en 1994, suite à la vague de licenciement de personnel par les entreprises publiques entrées de plein pied dans l'économie de marché.

Toutes ces branches relèvent ou dépendent de cinq caisses qui composent le paysage de la sécurité sociale en Algérie. Chacune d'elles se distingue des autres, soit par rapport aux risques assurés, soit par rapport au régime socioprofessionnel dont elle dépend ou encore par rapport à ces deux variables réunies. On distingue :

- la caisse nationale des retraites (CNR) ;
- la caisse d'assurance sociale des non salariés (CASNOS) ;

- la caisse nationale d'assurance chômage (CNAC)<sup>169</sup> ;
- la caisse nationale des congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment et des travaux publics et de l'hydraulique (CACOBATPH)<sup>170</sup> ;
- et enfin, la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS)<sup>171</sup>.

Le système de sécurité sociale est d'abord considéré comme un acquis des travailleurs<sup>172</sup>. Ce système a évolué depuis l'indépendance en élargissant le champ des personnes couvertes contre les risques susceptibles de les affecter, uniformisant les avantages accordés aux affiliés pour leur éviter des disparités en matière de prestations offertes et unifiant les régimes afin de faciliter la gestion de ce système. Disons que la sécurité sociale est une institution à but non lucratif chargée de la couverture des risques susceptibles d'affecter les individus tirant principalement ses revenus des cotisations sociales en fournissant en contrepartie des prestations sociales. En effet, chacun des risques couverts par la sécurité sociale peut donner lieu à deux types de prestations : les prestations en espèce et les prestations en nature.

Les prestations en espèce sont destinées soit à remplacer un revenu suite à l'altération de la situation économique d'un individu en raison de la maladie, de l'invalidité, de la vieillesse, de la maternité ou du décès, soit à assurer un complément de revenu à l'exemple des prestations familiales servies à la couverture des charges supplémentaires survenant lorsque la famille s'agrandit. Les prestations en nature sont soit des prestations gratuites offertes dans des unités gérées, autrefois, par la sécurité sociale à l'exemple de centres médico-sociaux, soit des remboursements des frais médicaux etc.

## **2- L'évolution de l'organisation financière de la sécurité sociale**

L'organisation financière de la sécurité sociale a trait au mode de son financement, aux fonds constitués et aux dispositions qui entourent le placement de ces fonds. Avant l'indépendance, le financement de la plupart des onze (11) régimes constitués, formant la sécurité sociale, provient des cotisations obligatoires des travailleurs et des employeurs exclusivement. Par contre, dans le régime des non salariés les cotisations proviennent essentiellement des bénéficiaires de prestations. Quant à l'organisation comptable, celle-ci se caractérise par une gestion séparée de chacune des branches maladie, maternité, invalidité, allocations familiales en vue de permettre un suivi régulier de l'équilibre financier atteint par ces différentes branches. Pour le régime agricole et celui des mines, des subventions d'équilibre sont octroyées par l'Etat. Pour les régimes spéciaux, ces subventions sont plutôt à la

<sup>169</sup> Créée par décret 94.188 du 06 juillet 1994 suite à l'application du plan d'ajustement structurel.

<sup>170</sup> Créée en 1997 par décret exécutif N° 97.47 du 04 janvier 1997.

<sup>171</sup> Créée en 1992 par décret exécutif N° 92.07 du 04 janvier 1992. Ce décret portant statut juridique des caisses de sécurité sociale et organisation administrative et financière de la sécurité sociale, a érigé ces dernières, entre autres, la CNAS en établissement public à gestion spécifique « EPGS » et non plus à caractère administratif « EPA ».

<sup>172</sup> Grangaud M.F. « rôle de la sécurité sociale en Algérie » in cahiers du CREAD n° 2, Alger, 2eme trimestre 1984 pages 29 à 55.

charge des employeurs. Par ailleurs, un fond de réserve est créé pour chacune des branches pour effectuer leur placements « lesquels doivent être réalisés en valeurs d'Etat ou garantis par l'Etat en achat d'immeubles bâtis dans les villes de plus de 50.000 habitants, en prêts de première hypothèque et sur des immeubles remplissant les mêmes conditions. Ces titres et valeurs sont déposés dans les banques.»<sup>173</sup>

La période allant de 1962 à 1970 n'apporte aucun changement en ce qui concerne le mode de financement et les caisses de sécurité sociale continuent à disposer librement du placement de leurs fonds. Par contre, la période allant de 1970 à 1983, a connu un relèvement du plafond du salaire soumis à cotisation. La sécurité sociale a donc connu une aisance financière des plus remarquables suite au développement de la salarisation qui se trouve directement liée au processus d'industrialisation alors enclenché. **A partir de 1979**, il est fait obligation aux organismes de sécurité sociale de déposer, conformément aux dispositions de la loi de finances de 1978, tous leur fonds au niveau du trésor public.

Les ressources de la sécurité sociale proviennent des cotisations obligatoires supportées simultanément par l'employeur et l'employé selon des quotes-parts assises sur le salaire brut, dont la plus grande contribution est à la charge de l'employeur (25,5%). Quand à celle des employés, elle est de l'ordre de 9% pour tous les secteurs d'activités qu'ils soient publics ou privés. La cotisation globale fixée par la loi est de 34,5%. Celle-ci est versée par l'employeur puisque la quote-part supportée par l'employé est retenue à la source, c'est-à-dire qu'elle est directement retranchée du salaire de celui-ci.

Les ressources ainsi collectées par la sécurité sociale sont réparties entre ses différentes branches : branche des assurances sociales, branche des allocations familiales, branche des accidents de travail et maladies professionnelles et enfin, branche des retraites. En recevant les différentes ressources selon des pourcentages différenciés, les différentes branches procèdent à des prestations opportunes.

Ces différentes prestations offertes ainsi que le financement de la santé, qui revient à la branche « assurances sociales », ont été rendues possibles par le développement intensif du pays durant les années soixante dix qui s'est accompagné par la création de milliers d'emplois dans l'industrie, ce qui avait amené beaucoup de ressources à la sécurité sociale alors qu'en même temps les prestations fournies étaient faibles. Par conséquent, la sécurité sociale réalisait des excédents. Le surplus ainsi généré est accaparé par l'Etat, et en 1978, il est fait obligation à la sécurité sociale de placer près de 80% de ses ressources auprès du trésor public à un taux d'intérêt très faible de 3,5% l'an<sup>174</sup>. Par ailleurs, c'est suite à ses excédents financiers

---

<sup>173</sup> Hannouz.M. & Khadir M. «Précis de sécurité sociale à l'usage exclusif des professionnels de santé et des assurés sociaux », OPU, Alger, 1996

<sup>174</sup> Kaddar.M « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.

réalisés par la sécurité sociale que l'Etat a décidé de mettre à la disposition d'un plus grand nombre de citoyens les prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, mais surtout d'introduire le principe de la gratuité de soins dans le secteur de la santé.

Certes, le système de la sécurité sociale n'a pas pour vocation de réaliser des bénéfices, mais ne doit, en aucun cas, donner plus qu'il en a. Rompre cet équilibre signifierait la mise en péril de tout le système, mais en l'ayant pris dans toute sa globalité, en d'autres termes quand toutes les branches de la sécurité sociale accusent des déficits. La ponction des ressources de plus en plus poussée de la sécurité sociale ne va pas sans poser la question de la capacité de cette institution à s'adapter continuellement aux dépenses auxquelles elle fait face

### **3- les risques couverts par la sécurité sociale en Algérie**

Les risques couverts par la sécurité sociale sont nombreux : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et maladies professionnelles, la vieillesse et enfin, le chômage involontaire pour raison économique. Un risque est un événement futur qui peut être certain ou incertain. Il est certain tel le cas du vieillissement pour une personne âgée avant sa mort. Le risque est, en outre, un événement futur incertain tel le risque maladie, chômage ou accident de travail. Ces événements futurs certains ou incertains engendrent lorsqu'ils surviennent des préjudices. Ces derniers peuvent être malheureux (maladie, chômage, accident de travail) ou heureux (naissance d'un enfant, vivre longtemps). Néanmoins, ces événements ont des conséquences en terme d'altération de la situation économique de la personne qu'ils frappent. Cette altération peut se traduire par une augmentation des besoins financiers, à l'exemple, de la maladie qui nécessite des dépenses de soins ou ce besoin financier ressenti tourne autour de la subsistance et de l'éducation de l'enfant en cas d'une naissance. La perte ou la réduction du revenu sont également les conséquences de l'altération de la situation économique d'une personne qui prend un arrêt de travail en cas de maladie ou qui se retrouve en situation de chômage involontaire ou enfin, lorsqu'elle devient invalide suite à un accident de travail.

**Tableau n°43 : risques couverts par la sécurité sociale**

Nature du risque	Type de prestations	
	En espèces	En nature
Branche assurances sociales maladie maternité invalidité décès	Revenu de remplacement Indemnités journalières pour maladie ou maternité pension d'invalidité allocation décès	Remboursement de frais médicaux
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• indemnités journalières</li> <li>• pension</li> </ul>	Remboursement de frais de soins et de réadaptation.
Branche prestations familiales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• allocation pour enfants à charge</li> <li>• allocation pour conjoint à charge</li> <li>• prime de scolarité</li> </ul>	Séjours en centres de vacances
Branche retraite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pension directe ou de réversion</li> <li>• retraite anticipée</li> </ul>	
Branche chômage*	Allocations chômage	

*Source : Grangaud M.F. « rôle de la sécurité sociale en Algérie » in cahiers du CREAD n° 2, Alger, 2eme trimestre 1984 pages 29 à 55.*

*\*la branche chômage est apparue en 1994 rattachée à la caisse nationale du chômage (CNR)*

### III - Les missions attribuées au système de la sécurité sociale en Algérie

Il convient de rappeler les missions attribuées au système de la sécurité sociale :

- Les forfaits hôpitaux
- Les produits pharmaceutiques,
- Les transferts pour soins à l'étranger,
- L'action sociale et sanitaire,
- Les conventions internationales,
- Le financement du secteur privé,
- La dépense de la branche accidents de travail et maladies professionnelles,

- Les dépenses de l'assurance sociale (les prestations en espèces<sup>175</sup> et les prestations en nature<sup>176</sup>).

### **1- Les forfaits hôpitaux**

La sécurité sociale participe au financement des établissements de santé en Algérie. Cette participation a connu deux périodes importantes : la première période est celle d'avant l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en Algérie tandis que la seconde période est celle s'étalant de la gratuité des soins instaurée en 1973 jusqu'à nos jours qui peut être subdivisée, à son tour, en trois sous périodes.

Avant l'instauration de la gratuité des soins en 1973, les assurances sociales en Algérie, participent au financement des établissements de santé moyennant les remboursements des frais de soins et d'hospitalisation de leurs assurés sociaux ou de leurs ayants droits. Ces frais sont calculés sur la base d'une tarification journalière « prix de journée » fixée annuellement par l'autorité de tutelle, néanmoins les recouvrements de ces frais d'hospitalisation s'avèrent difficile du fait que les assurances sociales ont opposé une prescription biennale pour le recouvrement de créances émises elles. Par conséquent, les avances consenties par le trésor public et les ressources émanant des départements et communes, pour la prise en charge des malades indigents, vont devenir les sources prépondérantes de financement des structures hospitalières existantes alors.

Pendant la seconde période, les modalités de financement des établissements de santé vont connaître un changement. En effet, depuis l'instauration de la gratuité des soins, le financement des secteurs sanitaires, qui, étaient constitués alors en remplacement des structures hospitalières, allaient reposer sur deux principales sources de financement : une subvention de l'Etat à travers « un budget global » et une contribution de la part de la sécurité sociale à travers « un forfait hôpitaux ».

La première sous période est celle qui connaît une prépondérance de financement de la part de l'Etat par rapport aux organismes de la sécurité sociale. En effet, durant la sous période 1974 et 1983, la part revenant à l'Etat dans le financement des secteurs sanitaires représente 75% de l'ensemble des financements alloués tandis que celle revenant à la sécurité sociale se situe à hauteur de 25%.

La deuxième sous période s'ouvre en 1983, année où l'Etat commence son net désengagement dans le financement des dépenses de santé au détriment de la sécurité sociale. La part de financement de l'Etat est passée de 75% en 1974 à moins de 35%

---

<sup>175</sup> Elles comportent des revenus de remplacement pour maladie ou maternité, indemnités journalières pour maladie ou maternité, pension d'invalidité, allocation décès, indemnités journalières pour les accidentés du travail ou ceux attrapant des maladies professionnelles, pension d'invalidité, allocation pour enfants à charge, allocation pour conjoint à charge, prime de scolarité, pension directe de retraite ou de réversion, retraite anticipée et enfin, allocations chômage.

<sup>176</sup> Elles comportent les remboursements de frais médicaux, les remboursements de frais de soins et de réadaptation pour les accidentés du travail ou pour ceux attrapant des maladies professionnelles et enfin, des séjours en centres de vacances pour les enfants et fonctionnaires des caisses de la sécurité sociale

en 1987. La sécurité sociale est donc impliquée dans le financement des transferts sociaux. Une tendance qui est apparue dans les années 80 et qui consiste à désengager l'Etat et l'entreprise du « social » et de faire de la sécurité sociale une institution chargée de la prise en charge des dépenses sociales publiques<sup>177</sup>.

L'évolution de la sécurité sociale est marquée par le processus d'industrialisation de l'économie nationale qui s'est accompagné par un mouvement de salarisation très important. Jusqu'à la fin du premier plan quinquennal, les recettes engrangées par la sécurité sociale ont connu une croissance considérable de même que les dépenses se sont gonflées durant la même période. Il est à remarquer que la tendance qui se dégageait était plutôt aux excédents financiers. A la veille de ce plan de développement, l'excédent financier dégagé par la sécurité sociale était de 1.493 millions de dinars algérien. Cette embellie financière a suscité maintes interrogations et polémiques quant au mode de gestion des nouveaux avoirs de la sécurité sociale et de leur affectation. En 1978, il est fait obligation à la sécurité sociale de domicilier ses fonds au niveau du trésor public.

L'année 1986 a été une année charnière pour l'Algérie car c'est une date qui sert de transition entre deux périodes importantes pour notre pays : la première période était celle des réalisations et des transformations des structures socio-économiques du pays et la deuxième période était celles des réformes structurelles engagées au lendemain de la chute des hydrocarbures. La sécurité sociale allait connaître des déficits financiers prononcés et en 1986 ce déficit était de 1,89 milliard de dinars algérien surtout pour ce qui concerne la branche assurances sociales alors que les autres branches arrivent à dégager des excédents, mais cet excédent se maintient dans des marges plus réduites. Toutefois, les excédents financiers dégagés par la sécurité sociale commencent à fléchir à l'occasion de la chute des cours des hydrocarbures en 1986 qui a fragilisé l'économie algérienne en la rendant très vulnérable. Le chômage<sup>178</sup> commence à s'accroître rapidement et l'emploi salarié recule tandis que s'étend l'économie informelle. Par conséquent, c'est tout le cadre d'épanouissement de la sécurité sociale qui fléchit et qui a comme conséquences la remise en cause des acquis précédents à savoir : les excédents réalisés. En effet, l'examen des tendances de la situation financière de la sécurité sociale au cours des années 80 a montré l'existence de risques éminents de déséquilibres structurels à moyen et long terme, si les règles ayant conduit à cet état de faits ne sont pas pour autant modifiées en profondeur.

---

<sup>177</sup> Kaddar M « sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels » in cahiers du CREAD n° 22, Alger 2<sup>ème</sup> trimestre 1990, pages 61 à 75.

<sup>178</sup> Les années quatre vingt (80) sont caractérisées par l'arrêt des investissements productifs induisant une diminution de l'emploi et les années 90 sont marquées par des licenciements massifs de personnel conduisant au gonflement du nombre des chômeurs ramenant le taux de chômage à des proportions alarmantes.

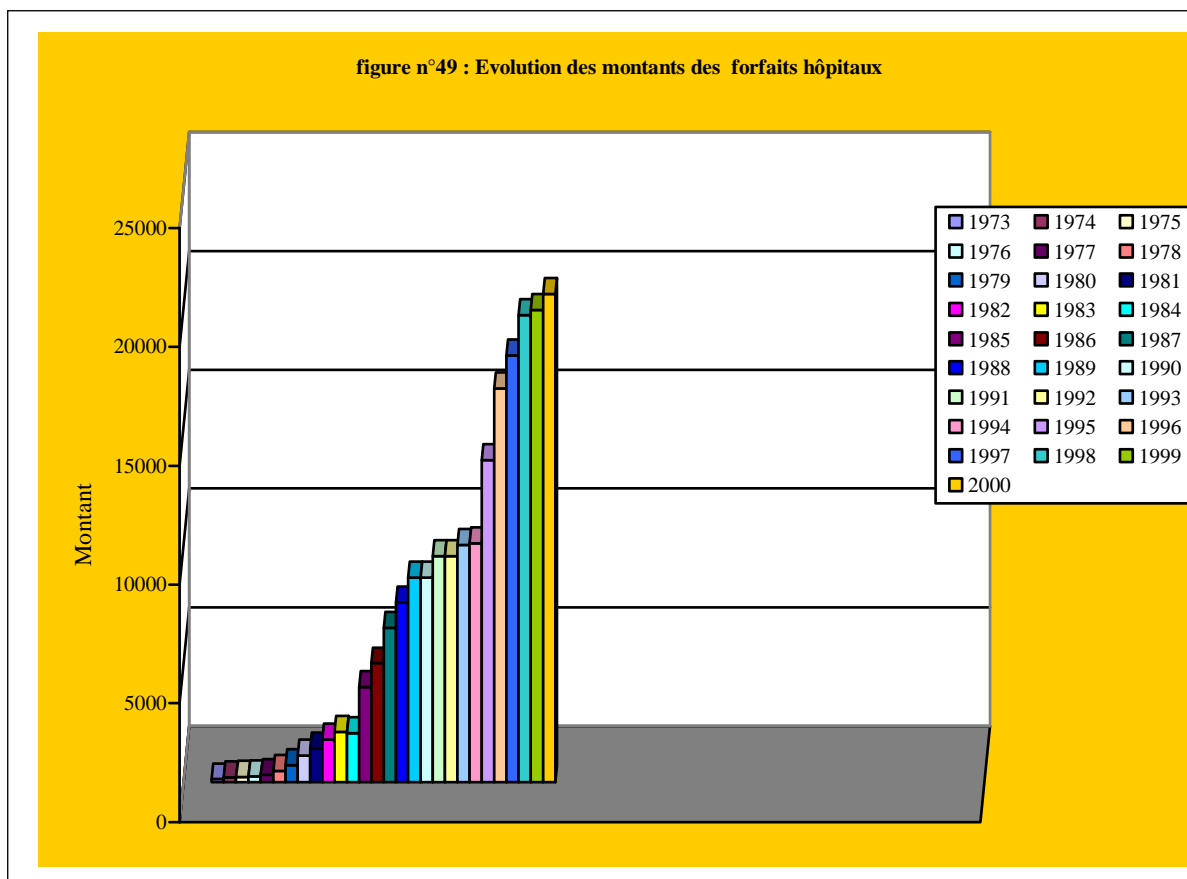
**Tableau n°44 : évolution des forfaits hôpitaux**

Années	Montants en Millions de DA	Evolution indiciaire
		Base 100=1973
1973	120	100
1974	199	166
1975	225	188
1976	245	204
1977	300	250
1978	475	396
1979	714,5	595
1980	1126	938
1981	1410	1175
1982	1800	1500
1983	2102	1752
1984	2055,8	1713
1985	4000	3333
1986	5000	4167
1987	6500	5417
1988	7545	6288
1989	8600	7167
1990	8600	7167
1991	9500	7917
1992	9500	7917
1993	9983	8319
1994	10050	8375
1995	13551	11293
1996	16576	13813
1997	17972	14977
1998	19652	16377
1999	19872	16560
2000	20540,5	17117
Evolution 1973-2000 : 17117,10%		
Evolution 1973-1984 : 1713,17%		
Evolution 1984-1992 : 462,10%		

**Source :** CNES « évolution des systèmes de protection sociale, perspectives, conditions et modalités permettant d'assurer leur équilibre financier » juillet 2001

Le recul de la salarisation ainsi que le blocage de la croissance, son recul même, conduirent à des difficultés quant au financement et à l'évolution de la sécurité sociale.

La refonte de la sécurité sociale en 1983 a introduit plusieurs éléments, certains jouant en sa faveur puisqu'ils lui permettent des apports financiers considérables tel est le cas du déplafonnement des assiettes de cotisation de même que l'élargissement du nombre d'affiliés dont les cotisations constituent des recettes supplémentaires pour les organismes de la sécurité sociale. Cet élargissement de la population algérienne couverte a induit des dépenses considérables puisqu'il élargit le champ d'intervention de la sécurité sociale, lequel ne s'est pas arrêté à ces seules dépenses mais à d'autres qui sont venues se greffer à celles déjà existantes, à l'instar, de l'accroissement des dépenses de santé imputées à la charge de la sécurité sociale.



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau n°44*

En effet, le déséquilibre de la branche « assurances sociales » est apparu dès 1973 et ce déficit va en s'accroissant puisqu'il passe de 0,5 milliard de dinars algériens en 1980 à 2,97 milliards de dinars en 1984. Ce déficit est dû en grande partie aux forfaits hôpitaux qui représentent la part des dépenses de fonctionnement et d'investissement des secteurs sanitaires qui reviennent de fait à la charge de la sécurité sociale. La part des forfaits hôpitaux dans la structure des dépenses de la branche assurances sociales représente 42,06% en 1984 et en ajoutant la part du financement consacrée aux investissements socio sanitaires, qui, incombe, en outre, à la sécurité sociale ce taux grimpe à 62,42% pour la même période. Pour l'année 1987, les forfaits hôpitaux et les investissements socio sanitaires, représentent près de 40% des dépenses globales de la sécurité sociale et 71% de sa seule branche « assurances sociales ».

Les forfaits hôpitaux sont donc des contributions annuelles, forfaitaires et préétablies des organismes de la sécurité sociale destinées à la couverture des dépenses de fonctionnement des secteurs sanitaires en Algérie et à la réalisation d'investissements socio sanitaires publics. Ces derniers sont déterminés sur des bases irrationnelles car leur fixation ne tient pas compte des capacités de financement de la sécurité sociale puisque l'Etat prélève unilatéralement des fonds de cette institution et les affecte à des dépenses de santé en perpétuelle évolution, surtout après l'instauration de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé en 1973. La sécurité sociale finance l'essentiel des dépenses publiques de santé, mais sans

qu'aucune coordination ou concertation mutuelle soit établie entre ses caisses et le système de soins. La nature de ce dernier n'est d'ailleurs pas clair car il existe bien des ambiguïtés qui font qu'on ne sait pas exactement si on est en présence d'un système d'assurance maladie où les partenaires se reconnaissent et négocient explicitement<sup>179</sup>, ce qui donne la possibilité à la sécurité sociale de jouir de son droit de regard quant aux dépenses générées par le système de soins, ou on est en présence d'un « service national de santé », que prévoit pourtant la constitution de 1976, où l'Etat doit prendre en charge l'essentiel des dépenses du système de soins en allégeant les caisses de la sécurité sociale.

Cette tendance est observée jusqu'à 1991 où l'on observe un retour progressif de l'Etat et ce, avec un seuil de participation qui avoisine les 40%. Néanmoins, avec le début de la troisième sous période en 1992, on constate un retour de l'Etat dans le financement des dépenses de santé qui arrive même à surpasser, en pourcentage, la part de financement revenant à la sécurité sociale lors des dernières années. Cet état de faits, s'explique par l'augmentation des ressources, de plus en plus, importantes qui ne cessent de rentrer dans les caisses de l'Etat, surtout, avec l'envolée des cours du pétrole sur le marché mondial.

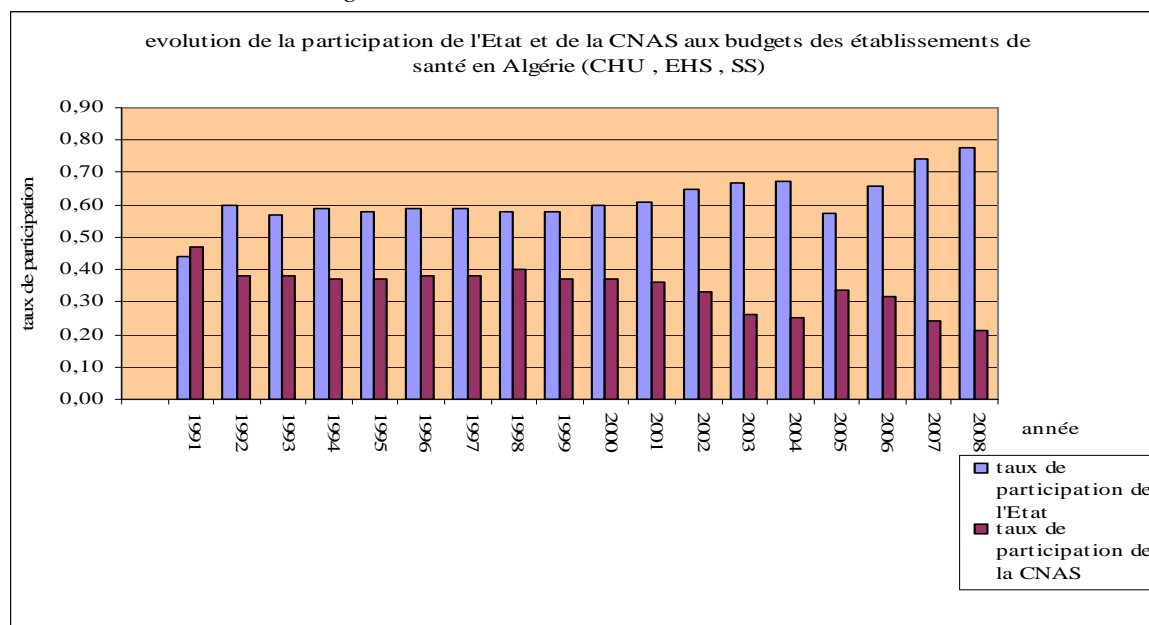
**Tableau n°45 :** évolution de la part de financement de l'Etat et de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé en Algérie (en milliers de DA)

année	participation de l'Etat	Taux de participation de l'Etat	participation de la CNAS	taux de participation de la CNAS
1990			8600000	0,66
1991	9000000	0,44	9500000	0,47
1992	15106000	0,60	9500000	0,38
1993	15246000	0,57	9983000	0,38
1994	18168095	0,59	11250000	0,37
1995	21276280	0,58	13551000	0,37
1996	25536787	0,59	16576000	0,38
1997	27983000	0,59	17972000	0,38
1998	28780880	0,58	19652000	0,40
1999	31245515	0,58	19872000	0,37
2000	33036043	0,60	20540477	0,37
2001	36260000	0,61	21500000	0,36
2002	46752201	0,65	24000000	0,33
2003	60731718	0,67	24000000	0,26
2004	66267647	0,67	25000000	0,25
2005	59455922	0,57	35000000	0,34
2006	73468310	0,66	35000000	0,31
2007	106660000	0,74	35000000	0,24
2008	139040817	0,78	38000000	0,21

*Source :* direction du budget du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

<sup>179</sup> Kaddar. M « sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels » op cité.

**Figure n°50 :** évolution de la part de financement de l'Etat et de la CNAS aux budgets des établissements de santé en Algérie



*Source :* effectué sur la base des données contenues dans le tableau n° 45

Cette embellie financière a ramenée beaucoup de ressources dans les caisses de l'Etat. Ceci étant, la reprise de la croissance économique dans notre pays, le recul du chômage, l'augmentation du nombre de cotisants à la sécurité sociale et les programmes de relance de l'activité économique, pour ne citer que ces actions là, ont contribué, d'une part, à rétablir les équilibres financiers de la sécurité sociale et même à la renouer, de nouveau, avec les excédents financiers. Quant aux dépenses de santé supportées par l'Etat, celles-ci visent en dernière instance à mieux équiper les structures de santé afin qu'elles arrivent à fournir de meilleures prestations à leurs usagers.

Il est vrai, que la situation économique du pays s'est nettement améliorée avec l'augmentation du cours du pétrole qui connaît son ascension la plus spectaculaire en raison de l'influence exercée par plusieurs facteurs à l'origine de la flambée du prix du baril de l'or noir. Ces facteurs sont de plusieurs ordres notamment : la guerre en Irak, la croissance à deux chiffres enregistrée par la Chine populaire, le problème du nucléaire iranien et la reprise de la croissance économique mondiale qui engendre une forte demande en matière de pétrole. Cependant, même s'il y a reprise de la croissance économique dans notre pays, celle-ci revient non à la performance de notre économie générale mais essentiellement au secteur des hydrocarbures qui procure l'essentiel de nos ressources.

Ceci étant les dépenses de santé peuvent susciter deux types de débats : un niveau maximum de dépenses met en danger les autres secteurs de l'activité économique tels l'éducation, les entreprises économiques ou l'action sociale en d'autres termes ces dépenses suscitent un débat politique sur leur opportunité, mais posent également la question de l'efficacité de l'allocation de ressources pour le

secteur de la santé qui doit être compatible avec l'évolution du PIB. Par conséquent, la réflexion développée sur le thème de la maîtrise des coûts ne signifie en rien la réduction des dépenses de santé, mais il s'agit d'adapter le rythme de leur progression avec l'évolution de la production intérieure brute<sup>180</sup>.

Le phénomène de l'évolution progressive des dépenses de santé est à l'origine de l'apparition de l'économie de la santé et même du développement de cette branche nouvellement créée de l'économie. Les coûts liés à la santé augmentent constamment même si l'on observe quelquefois des infléchissements. Ces infléchissements sont souvent le résultat des arbitrages que les pouvoirs publics sont amenés à effectuer entre les financements de la santé, ceux de l'éducation, du logement et/ou de la défense. En effet, les sociétés humaines évoluent dans un environnement où tout est rare, ce qui les amène à calculer, à mesurer et en définitive, à faire des choix.

Pour comprendre l'envolée des dépenses de santé en Algérie, avant la fin des années 80, il faut revenir à la phase de construction du système public de soins. Au delà de son caractère centralisé et centralisateur, donc où les décisions, que ce soit en matière d'organisation de la distribution de soins ou de la planification des moyens pour y parvenir sont toutes centralisées, le système public de soins mis en place en Algérie est assigné d'un objectif principal qui est celui de réaliser l'équité pour l'accès aux soins pour toutes les franges de la population algérienne sans discrimination aucune.

L'apogée de cette politique socialisante et égalitariste pour l'accès aux soins est atteint en 1974 lors de l'instauration de la gratuité des soins dans toutes les structures publiques de santé. C'est la disponibilité de ressources financières abondantes au niveau de l'Etat qui a été à l'origine de l'instauration de la gratuité de soins et de l'extension considérable du système public de soins de même que l'occultation de toute question relative à son efficacité de fonctionnement<sup>181</sup>, en d'autres termes, à la réduction des dépenses de santé. En effet, l'équité ou l'accès équitable aux soins est directement pris en charge par le décideur algérien en instaurant un système de gestion centrale des ressources humaines, financières et matérielles tout en s'appuyant sur un certain nombre d'instruments<sup>182</sup> tels la carte sanitaire qui sert à inscrire et à réaliser les équipements publics sanitaires (hôpitaux, polycliniques, centres de santé, salles de soins) pour la couverture des besoins de santé de la population en tenant compte d'un certain nombre de normes établies par des pays plus avancés que l'Algérie dans le domaine de la santé ou plus précisément de l'équipement public sanitaire<sup>183</sup>. L'atteinte de ces normes établies devient l'objectif principal du secteur de la santé. Pour les besoins de fonctionnement de ce secteur, le décideur s'est appuyé sur un certain nombre de procédures telles l'instauration de la mi-temps, du plein-temps, du service national, du service civil et

---

<sup>180</sup>Grenon. A & Pinson. G & Gauthier.P. H « L'analyse des coûts à l'hôpital », éditions Bordas, Paris, 1981

<sup>181</sup> Oufriha.F.Z « Système de santé et population en Algérie », éditions Anep, Alger, 2002. (Page 71)

<sup>182</sup> Oufriha .F.Z« Système de santé et population en Algérie », page73.

<sup>183</sup> On entend par équipements sanitaires toutes les infrastructures sanitaires telles les hôpitaux.....etc.

enfin du zoning pour le corps médical pour le contraindre à l'exercice de ses fonctions dans le secteur public de santé. Des indicateurs de moyens tels indices lits et indice médecin ont été aussi utilisés pour non seulement un accès équitable à des structures de soins disséminées à travers le territoire national mais également pour un accès équitable aux mêmes prestations de soins.

L'équité pour l'accès aux soins s'est traduite par une extension de l'offre publique de soins. En effet, l'effort soutenu pour la construction d'infrastructures sanitaires et la formation continue de médecins, de paramédicaux et des personnels de soutien ne s'est à aucun moment connu de période d'interruption ou de relâchement. Cette politique d'extension de l'offre de soins s'était accompagnée par une politique d'équilibre régional et ce, par une répartition judicieuse d'infrastructures sanitaires sur l'ensemble du territoire national de telle sorte à permettre à la population de chaque région du pays un accès commun aux mêmes types de prestations de soins. Les moyens sanitaires mis à la disposition de la population ont non seulement permis de répondre à leur besoins en matière de soins mais on en a même enregistré une amélioration constante des indices de couverture sanitaire<sup>184</sup> chose qui a influé sur la demande de soins en la tirant inéluctablement vers le haut. Par conséquent l'envolée des dépenses de santé trouve son origine dans une double synergie : extension de l'offre de soins/ accélération de la demande de soins.

L'accélération de la demande et de la consommation de soins est donc à l'origine de l'augmentation des dépenses de santé. Une accélération qui est due à plusieurs facteurs :

- Le premier facteur à même d'expliquer cette accélération, c'est quand la demande de soins se trouve directement sollicitée ou provoquée par une offre de soins excessive ou intéressée<sup>185</sup>.
- Le deuxième facteur agissant sur la demande de soins c'est la gratuité de soins instaurée dans les structures publiques de santé en Algérie qui a levé toutes les barrières pour l'accès aux soins.
- Le troisième facteur est lié à l'évolution démographique, c'est à dire à l'augmentation de la population, à son vieillissement qui engendre une augmentation des produits de santé et enfin au désir affichée par cette même population à vivre longtemps et en bonne santé. Disons que la courbe de consommation d'un individu tout au long de sa vie évolue en « U », c'est à dire que sa consommation de soins est forte pendant les cinq premières années, puis elle s'affaiblit jusqu'à l'âge de 20 ans, pour connaître une augmentation progressive jusqu'au grand âge. Ceci dit, l'espérance de vie à la naissance et l'évolution de la structure d'âge de la population, sont eux mêmes des facteurs agissant sur le gonflement des dépenses de santé de même qu'une

---

<sup>184</sup> Oufriha.F.Z« Système de santé et population en Algérie », page73.

<sup>185</sup> Dubois-Lefrère.J Elias Coca « Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI », édition Berger Levrault , Paris 1992, page 23.

transition démographique et épidémiologique vont produire les mêmes effets sur ces dépenses.

- Le quatrième facteur est dû à la mutation technologique qui a créé les conditions optimales pour une augmentation radicale de la demande de soins. La technicisation de l'acte médical est rendue possible par le développement des technologies de soins et par le recours accru à ces technologies pour la pose du diagnostic, la thérapie de soins et le suivi thérapeutique. Le médecin fait appel à ces technologies pour se prémunir contre toute erreur médicale et les malades sont captivés par l'imagerie médicale et se trouvent rassurés par les actes établis. Ceci dit, ces technologies de soins sont coûteuses.
- L'évolution socio-économique des individus qui intègre le revenu, le niveau d'études et la catégorie socioprofessionnelle auxquelles ils appartiennent, est un autre facteur aidant à l'augmentation des besoins et de la consommation des soins médicaux. Plus le revenu est important, plus grande sera la proportion de ce même revenu qui sera consentie pour la consommation des produits de santé.
- L'augmentation des dépenses de santé est due incontestablement aux circonstances qui entourent l'offre et la demande de soins ou le marché de la santé où l'on distingue plusieurs agents différents les uns des autres agissant dans un espace économique différent d'un marché classique de biens et services. Dans ce dernier, le consommateur connaît ses besoins, repère le produit à même de satisfaire ce besoin, en assume le prix et évalue ensuite sa satisfaction. Le décideur dans ce cas précis n'est autre que le consommateur qui est au même titre le payeur c'est à dire que dans ce marché le décideur, le consommateur et le payeur ne font qu'une seule et même personne. Les choses sont différentes dans le marché de la santé. En effet, le décideur dans ce marché n'est pas le consommateur car il n'est pas courant de voir un malade décider à lui seul de son hospitalisation. C'est le médecin qui décide en dernier ressort de l'hospitalisation d'un malade. Le payeur enfin, c'est la sécurité sociale qui ne peut ni contester en amont ou en aval la qualité ou la pertinence de l'acte médical, ni refuser une surconsommation ou une sur prescription médicale. Elle subit le volume des actes de soins consommés par les malades décidés par les médecins en orientant son action sur le dégageant de recettes pour honorer les dépenses qu'elle ne peut hélas contourner mais juste constater.
- Enfin, l'augmentation des dépenses de santé est liée à la couverture sociale de la population. L'extension de cette couverture à l'ensemble de la population est à l'origine du gonflement des dépenses de santé. En effet, plus un individu est couvert contre le risque maladie plus il cherche à se prémunir davantage contre ce risque en recourant le plus souvent au système de soins pour solliciter les services d'un médecin d'une structure privée ou publique de soins, ce qui est à même de se répercuter sur son niveau de consommation de médicaments.

## 2- Les dépenses en produits pharmaceutiques

Les forfaits hôpitaux semblent ne plus constituer la source de préoccupation majeure pour les responsables de la sécurité sociale puisque la menace brandit par l'évolution des dépenses liées à cette rubrique s'estompe avec les financements des dépenses de santé, de plus en plus, importants réalisés par l'Etat en remplacement de ceux supportés par la sécurité sociale.

En effet, les remboursements des frais pharmaceutiques forment, à l'heure actuelle, la nouvelle source de cette préoccupation car cette rubrique de dépenses est devenue problématique puisqu'elle représente l'une des charges les plus élevées à côté de la dépense du forfait hôpital. La hausse des prix des produits pharmaceutiques agit directement sur les dépenses de la CNAS, appelée au remboursement des frais médicaux supportés par les assurés sociaux. Des remboursements qui sont passés de 940 millions de dinars algériens en 1991 à 5,5 milliards de dinars en 1994 et à 6,4 milliards de dinars en 1995 et la tendance est à l'augmentation continue des dépenses pharmaceutiques. Celles-ci correspondent à une moyenne de 65% des dépenses des assurances sociales au titre des cinq dernières années à savoir : de 2000 à 2004. En chiffres, cette rubrique pèse 36 milliards de dinars algériens en 2004 contre 33 milliards de dinars en 2003.

Les facteurs ayant conduit à cet état de faits sont nombreux. Néanmoins, on peut dénombrer quelques uns des plus influents :

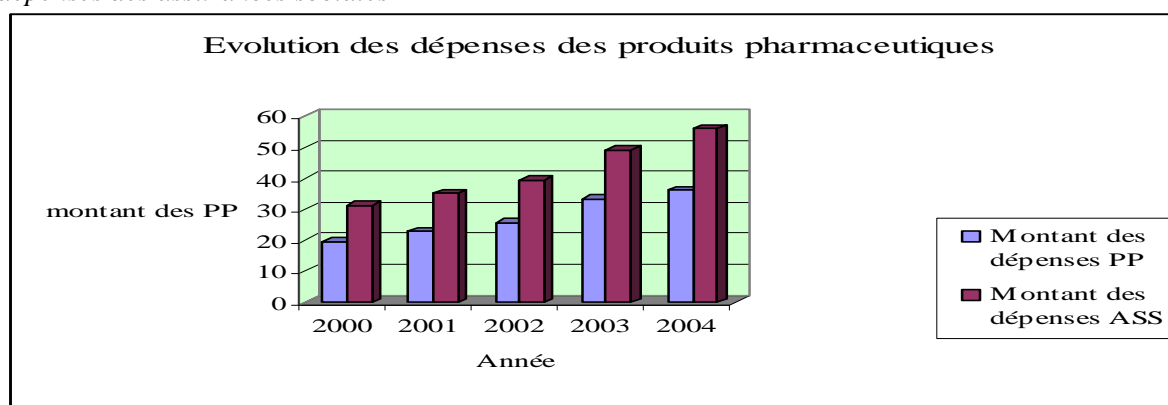
- ✓ la hausse des prix des produits pharmaceutiques suite à la libéralisation des prix des biens et services ;
- ✓ la dévaluation du dinar algérien, qui après s'être surévalué par rapport aux autres monnaies étrangères revient à sa parité réelle ;
- ✓ la forte dépendance en matière d'importation de médicaments des pays étrangers ;
- ✓ la fin du monopole de l'Etat sur l'importation des produits pharmaceutiques ;
- ✓ l'ouverture de l'importation du médicament au privé ;
- ✓ l'ouverture totale de notre économie aux mécanismes de marché sans que des mécanismes de régulation soient mis en place ce qui s'est traduit par une politique quasi-anarchique dans le domaine de l'approvisionnement et de la distribution des produits pharmaceutiques ;
- ✓ les opérateurs économiques privés préfèrent acheter des médicaments qui génèrent plus de bénéfices ;
- ✓ le peu d'intérêt accordé pour la fabrication de médicaments génériques ;
- ✓ l'allongement de la liste des médicaments remboursables ;
- ✓ la mise sur le marché de nouveaux médicaments ;
- ✓ la mise sur le marché de médicaments onéreux ;
- ✓ enfin, l'annulation de certains engagements pris à l'égard de certains fabricants de médicaments génériques en Algérie et ce, par la levée de l'interdiction qui pèse sur l'importation de ces médicaments de l'étranger.

**Tableau n°46 : Evolution des dépenses des produits pharmaceutiques (en milliards de DA)**

année	Montant des dépenses en produits pharmaceutiques (PP)	Montant des dépenses des assurances sociales (ASS)	La part des PP dans les ASS (%)
2000	19,667	31,278	62,87
2001	22,769	35,186	64,70
2002	25,544	39,419	64,80
2003	33,333	49,123	67,83
2004	36,000	55,898	64,40

Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.

**Figure n°51 : évolution des dépenses des produits pharmaceutiques relativement aux montants des dépenses des assurances sociales**



Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°46

### 3- Les transferts pour soins à l'étranger

La loi 83/11 du 02 juillet 1983 prévoit la possibilité de la prise en charge des malades à l'étranger. Cette possibilité est conclue sous forme d'un protocole de coopération qui lie l'Algérie avec certains des pays étrangers à l'exemple de la France, de la Belgique et de la Jordanie. Les conditions et les modalités de cette prise en charge sont déterminées à l'occasion de la signature de ces protocoles.

Ces décisions qui revêtent un caractère purement médical sont prises en raison des insuffisances caractérisant notre système de soins. En effet, ce dernier n'arrive pas encore à prendre en charge ou à traiter convenablement certaines pathologies dites lourdes et ce, en raison des contraintes d'ordre matériel et humain. Les cancers et les brûlures compliquées, pour ne citer que cela, posent de sérieuses difficultés quant à leur prise en charge au niveau des établissements de santé en Algérie, ce qui explique l'envoi de ces malades à l'étranger. Néanmoins, ces transferts de malades constituent pour les organismes de la sécurité sociale une autre préoccupation puisqu'ils occasionnent des dépenses qu'il y a lieu de couvrir.

Par ailleurs, ces transferts de malades sont dus aux dysfonctionnements caractérisant le système de soins mis en place en Algérie. En effet, ce dernier se trouve dans l'incapacité de répondre efficacement à une demande grandissante de soins de malades d'une manière appropriée des suites d'une organisation incohérente de l'offre de soins : une hiérarchisation des soins ayant montré ses limites du fait de

la paupérisation des structures sanitaires de base, de l'incapacité des hôpitaux généraux de prendre en charge certaines pathologies et c'est donc vers les centres hospitalo-universitaires que les malades se dirigent pour bénéficier de soins « appropriés ». Par conséquent, la hiérarchisation des niveaux de soins a mal fonctionnée, dès lors, qu'une couverture des besoins de santé de base est mal assurée, d'où l'impossibilité pour les établissements hautement voués à prodiguer des soins de haute technicité à l'exemple des centres hospitalo-universitaires de fonctionner dans les conditions requises pour répondre efficacement à une demande pointue de soins pour certaines pathologies dites lourdes ou chroniques et rehausser ainsi le niveau des prestations de soins fournies.

Les dépenses générées par les transferts de soins à l'étranger prennent une place importante dans les dépenses de la sécurité sociale. Ces dépenses financées en devises se chiffrent à des milliards<sup>186</sup> et affaiblissent les capacités de financement des organismes de la sécurité sociale chargés de débloquent des fonds pour effectuer ces transferts qui se répercutent par un manque de ressources à allouer aux structures sanitaires du pays. Aussi, des mesures urgentes sont prises en vue de parer aux effets de la dépendance sanitaire en matière de soins à l'étranger.

Un programme d'action visant à réduire les transferts pour soins à l'étranger est élaboré. Des mesures sont prises, dans le cadre de ce programme, en conseil des ministres du 07 août 1995 où l'accent est mis sur la nécessité de rentabiliser, au plus tôt, les structures susceptibles d'assurer des soins spécialisés de haut niveau, notamment dans les pathologies pourvoyeuses de transferts pour soins à l'étranger<sup>187</sup> et en application de l'arrêté interministériel (santé protection sociale) du 27 septembre 1995, 37 structures de santé sont de ce fait conventionnées avec la caisse nationale des assurés sociaux (CNAS) pour la réalisation de cette opération. La CNAS a mobilisée des crédits de l'ordre de 03 milliards de dinars algériens notamment pour l'acquisition des équipements dont les besoins sont exprimés pour un montant de 738.538.050 DA. La pharmacie centrale des hôpitaux (PCH) est chargée, quant à elle, de l'acquisition des consommables, réactifs et médicaments nécessaires au fonctionnement de ces services à hauteur de 1.481.684.940 DA. Cependant, malgré tous les efforts consentis pour réduire de ces dépenses de transferts en vue de la prise en charge en matière de soins à l'étranger, le nombre de malades ne cesse pour autant d'augmenter.

---

<sup>186</sup> La dépense pour soins à l'étranger a été considérablement réduite puisque celle-ci passe de 10 milliards de DA en 1994 avec 4.639 envois, à 1,8 milliard de DA en 2000 pour 1.541 malades transférés pour soins à l'étranger.

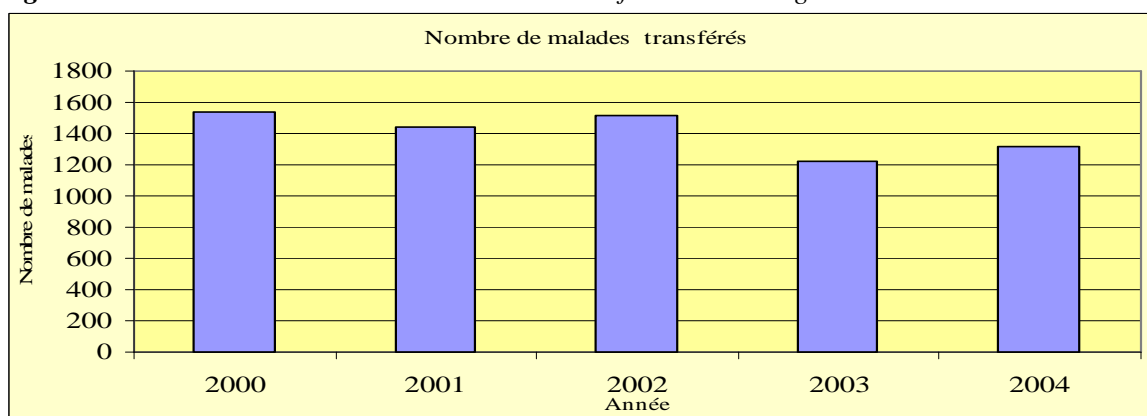
<sup>187</sup> MSP/ INSP « système national de santé : éléments de réflexion », Alger, 1995.

**Tableau n°47 : Evolution du nombre de malades et des dépenses de transfert pour soins à l'étranger**

année	Nombre de malades transférés	Montant en milliard de DA
2000	1541	1,794
2001	1442	1,918
2002	1512	3,130
2003	1220	2,597
2004	1316	3,000

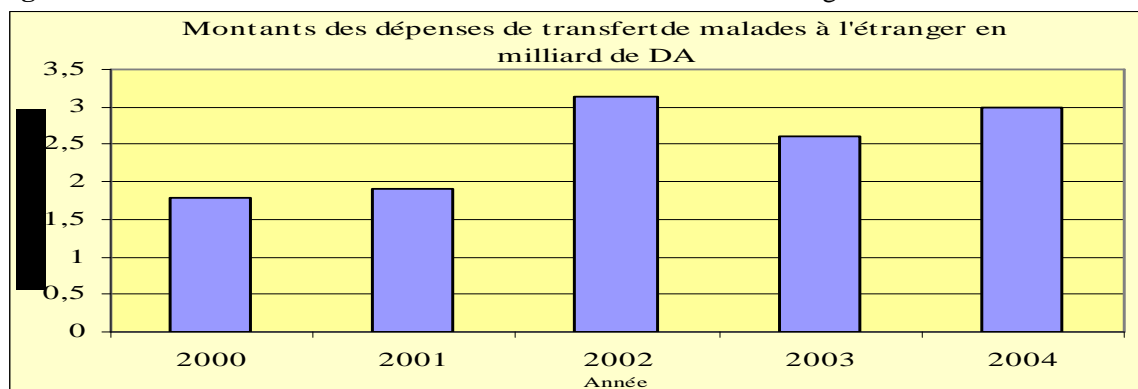
Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.

**Figure n°52 : évolution du nombre de malades transférés à l'étranger**



Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°47

**Figure n°53 : évolution des montants de transfert de malades à l'étranger en milliards de DA**



Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°47

#### 4- L'action sociale et sanitaire

La résolution de 1980<sup>188</sup> sur la santé recommande dans son point n°32 : que les unités sanitaires gérées par les entreprises nationales et les organismes de la sécurité sociale s'insèrent dans le système national de santé et que leurs activités soient intégrées à celles du secteur public de soins. En effet, le système de soins en

<sup>188</sup> Résolution sur la santé du parti de front de libération nationale tenue en 1980.

Algérie est divisé en plusieurs segments<sup>189</sup> avant qu'il ne soit décidé de son rétrécissement en devenant par la suite bipolaire.

Le segment parapublic de soins s'est constitué dans les mutuelles agricoles, les caisses de sécurité sociale et les entreprises publiques où c'est développé une multitude d'infrastructures médico-sanitaires tels les laboratoires, les centres médicaux et les cliniques. Toutes ces infrastructures appartiennent au secteur parapublic de soins avant qu'elles ne soient annexées au secteur public de soins. Néanmoins, la sécurité sociale recèle encore quelques infrastructures sanitaires<sup>190</sup> et sociales<sup>191</sup> pour lesquelles elle consent d'ailleurs un budget propre destiné à l'action sociale et sanitaire.

En effet, la CNAS qui représente la caisse la plus importante du système de la sécurité sociale est doublement compétente pour mener à bien toutes actions à caractère sanitaire et social et ce, d'un point de vue institutionnel, puisqu'elle possède plusieurs structures lui permettant d'exercer ces différentes actions, et d'un point de vue juridique comme le stipule, d'ailleurs, l'article 92 de la loi 83/11 du 02 juillet 1983 modifiée par l'article 45 de l'ordonnance 96/17, néanmoins c'est le décret exécutif N° 05-59 du 06-02-2005 qui fixe les formes d'actions sanitaires et sociales revenant aux organismes de la sécurité sociale telles : l'approvisionnement en médicaments de leurs différentes structures, le diagnostic, les soins, le dépistage précoce de certaines maladies, la réadaptation sociale et professionnelle des accidentés de travail, la protection sanitaire de l'enfance et de l'environnement, la promotion et l'encouragement de campagnes d'éducation sanitaire, la contribution au recyclage des personnels de santé,...

Le budget consacré à toutes ces actions a presque doublé de l'année 2000 à 2004 puisque le montant de budget pour l'année de référence est égal à 1,532 milliards de dinars algériens tandis que le budget de 2004 avoisine les trois milliards (2,936 milliards de dinars).

## **5- Les conventions internationales**

La sécurité sociale algérienne à travers sa caisse nationale des assurances sociales des salariés (CNAS) parvient à signer des conventions avec des cliniques privées nationales et même internationales et ce notamment dans la prise en charge de certaines pathologies à l'exemple des enfants atteints de cardiopathies en Algérie sans qu'il ait de transfert de ces enfants à l'étranger. En effet, la signature de la

---

<sup>189</sup> Segment public de soins, segment privé de soins, soins à l'étranger et enfin, segment parapublic détenu par les caisses de la sécurité sociale.

<sup>190</sup> La sécurité sociale possède des infrastructures sanitaires telles les trois (03) cliniques (une clinique à Bou-Ismaïl, unique structure algérienne, de chirurgie cardiaque infantile spécialisée dans la prise en charge des cardiopathies congénitales et une autre clinique en chirurgie orthopédique d'El Harrach et une clinique de chirurgie ORL « Ibn Sina »). Elle recèle également, 34 centres médico-sociaux, 60 pharmacies dont 58 officines fonctionnelles et un centre de rééducation et de réadaptation professionnelle à Misserghin.

<sup>191</sup> En plus, des structures sociales telles les crèches et jardins d'enfants au nombre de 31 et 01 complexe touristique à Bejaia.

convention<sup>192</sup> entre la clinique médicochirurgicale infantile (CMCI) de Bou-Ismaïl et les cliniques universitaires Saint Luc de Belgique entre dans le cadre du programme tracé par le secteur de la sécurité sociale concernant la prise en charge des enfants relevant de la chirurgie cardiaque infantile.

Cette quête de conventionnement avec des partenaires nationaux et étrangers vise en dernier ressort :

- ✓ à l'amélioration continue des performances de la clinique médicochirurgicale infantile (CMCI) ;
- ✓ la prise en charge des enfants souffrant de pathologies complexes qui dépassent les capacités techniques actuelles de la CMCI ;
- ✓ la résorption de la liste d'attente des enfants relevant de la chirurgie cardiaque infantile dont le nombre dépasse les capacités d'accueil de la (CMCI) auquel s'ajoute les nouveaux cas ;
- ✓ le renforcement du transfert de technologies à travers la formation des équipes médicochirurgicales de la (CMCI) et l'intervention des équipes étrangères sur site en Algérie ;
- ✓ a terme, l'objectif recherché c'est la réduction puis l'arrêt des transferts des enfants nationaux atteints de cardiopathies à l'étranger.

Par ailleurs, la sécurité sociale est liée par des conventions avec certains pays notamment la France, La Belgique, la Tunisie et la Jordanie. Ces conventions concernent la prise en charge médicale des travailleurs salariés en fonction à l'étranger qui relèvent du régime algérien d'assurances maladie, maternité, accidents de travail et maladies professionnelles. Le montant des frais remboursés<sup>193</sup> par la CNAS durant les quatre années à savoir de 2000 à 2003, s'élève à 0,044 milliards de dinars algériens, à 0,009 milliards de dinars, à 0,047 milliards de dinars et enfin, à 1,451 milliards de dinars respectivement.

## **6- Le financement du secteur privé**

Constatant avec impuissance l'hémorragie constante du public vers le privé des médecins et autres spécialistes<sup>194</sup>, l'Etat algérien a fini par donner plus de liberté au secteur privé de soins. En effet, les lois de 1982 sont venues accorder un nouveau statut social et juridique au secteur privé national en levant tous les obstacles juridiques existants jusque là inhérents à l'exercice de la médecine libérale et à l'ouverture de cliniques privées en Algérie.

---

<sup>192</sup> Cette information est relevée sur le site web du ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : [www.mtess.gov.dz](http://www.mtess.gov.dz) « Signature de convention entre la clinique de Bou Ismaïl et les cliniques universitaires Saint Luc de Belgique ».

<sup>193</sup> Benhamouda. A & Ould Amrouche.K « Les relations des systèmes sécurité sociale et santé : examen de la mise en œuvre des nouvelles relations contractuelles santé- sécurité sociale », mémoire de post graduation spécialisée en management de la sécurité sociale, Alger, 2005.

<sup>194</sup> Salmi.M « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas : secteur sanitaire de Larbaa Nath Irathen. », mémoire de magister, Tizi-Ouzou, juin 1999.

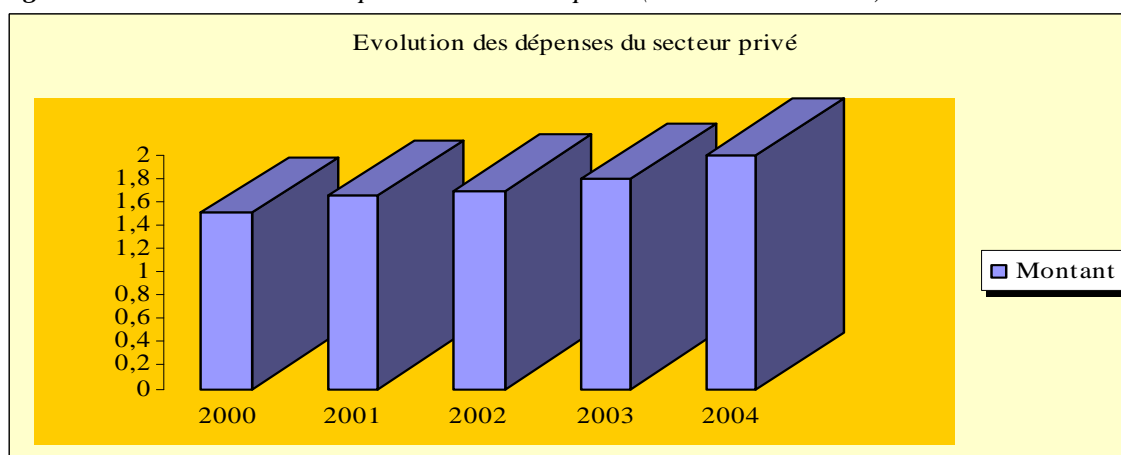
Depuis, l'exercice à titre privé de la médecine, a connu une grande expansion puisque les praticiens privés installés offrent une gamme de soins aussi large que variée, ce qui incite d'ailleurs les malades solvables à recourir à leurs prestations. Les honoraires pratiqués par les médecins privés ne sont pas ceux remboursés par la sécurité sociale. En effet, les frais remboursés sont ceux relevant de la tarification de la nomenclature générale des actes professionnels. Cette nomenclature détermine des tarifs communément appelés « tarifs officiels » ou « tarifs de responsabilité » sur la base desquels sont remboursés les malades recourant aux services des praticiens privés. Or, ces derniers pratiquent des honoraires qui dépassent de très loin ces tarifs servant de base aux remboursements. Ceci dit, la sécurité sociale aura moins de frais à rembourser. Il n'en est rien puisque l'extension de la médecine à l'acte finit par alourdir les charges financières de la sécurité sociale.

**Tableau N°48 : évolution des dépenses du secteur privé**

année	Montant (en milliards de DA)	Taux d'évolution
2000	1,51	0
2001	1,652	9,4
2002	1,7	2,9
2003	1,8	5,8
2004	2	11,11

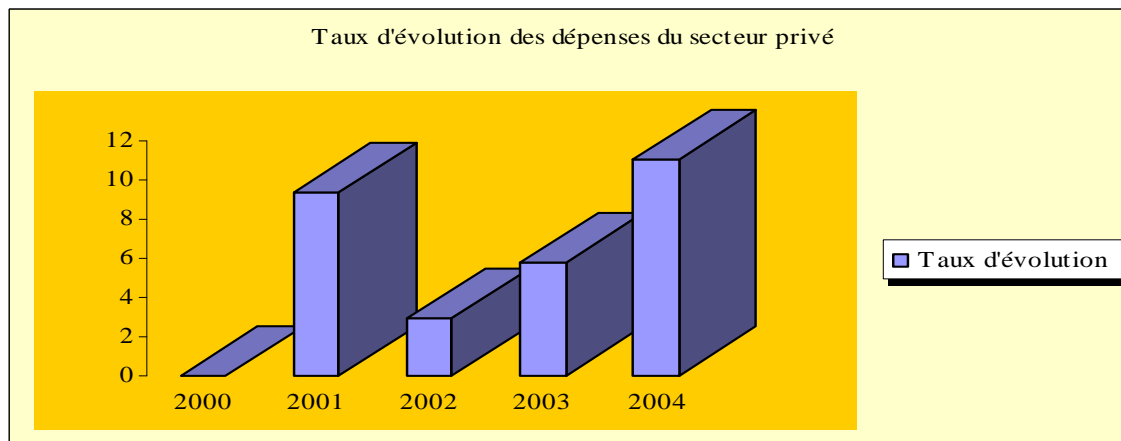
*Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.*

**Figure n°54 : évolution des dépenses du secteur privé (en milliards de DA)**



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°48*

**Figure n°55 : taux d'évolution des dépenses du secteur privé**



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°48*

## **7- Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles**

La loi 83/13 du 02.07.1983 prévoit la prise en charge contre les risques accidents de travail et maladies professionnelles. En effet, le texte de loi protège toute personne contre les risques « accidents de travail » survenus à l'occasion du travail ou d'accidents de trajets et contre les maladies professionnelles répertoriées faisant l'objet d'une liste.

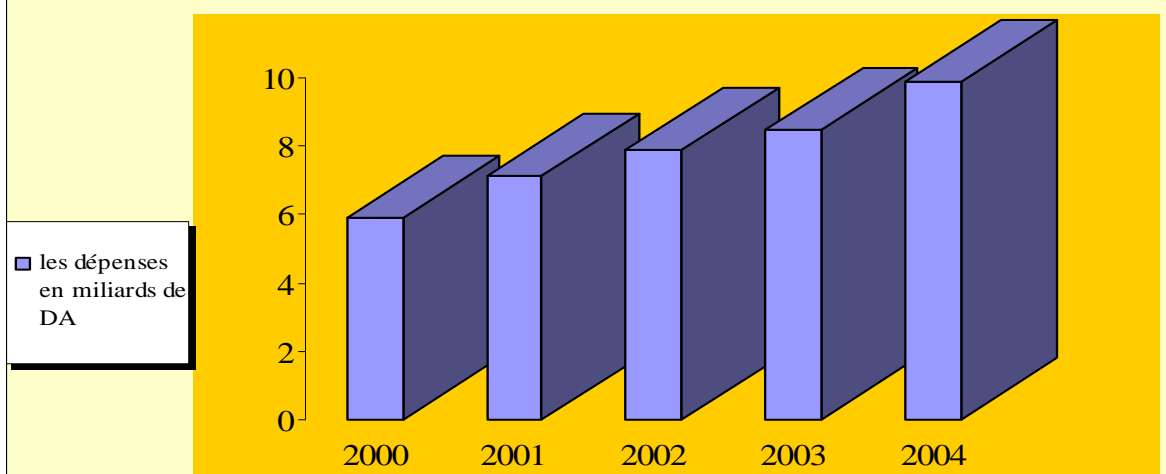
Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles connaissent une augmentation considérable. En effet, les dépenses de cette branche de la sécurité sociale se sont accrues d'une manière considérable puisque ces dernières ont presque doublé de l'année 2000 à 2004. (Voir le tableau n°49)

**Tableau n°49 : évolution des dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles**

année	les dépenses en milliards de DA
2000	5,93
2001	7,16
2002	7,88
2003	8,49
2004	9,9

*Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.*

**figure n°56:** Evolution des dépenses des accidents de travail et maladies professionnelles



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°49*

Cette augmentation des dépenses dues aux accidents de travail et maladies professionnelles trouve son explication dans les facteurs ci après :

- ✓ revalorisation du salaire national minimum garanti ce qui a pour incidence l'augmentation du montant des rentes ;
- ✓ le taux de cotisation destiné aux accidents de travail et maladies professionnelles est le même quel que soit le secteur d'activité dont les personnels exercent alors que le niveau de risque est disparate ;
- ✓ l'abaissement du taux de cotisation à 1,25% au lieu de 2% a pour conséquences d'amoinrir les recettes réparties par la CNAS à cette branche de la sécurité sociale ;
- ✓ le non respect des conditions et des règles d'hygiène et de sécurité sur les sites de travail ;
- ✓ faiblesse des actions de prévention en milieu professionnel ;
- ✓ enfin, la sécurité social intervient en aval lorsqu'il s'agit d'apporter réparation aux personnels victimes des accidents de travail ou ayant attrapé des maladies professionnelles alors qu'il faut inverser la tendance en intervenant en amont afin de prévenir tous ces risques.

## **8- Les dépenses de l'assurance sociale : les prestations en espèces et en nature**

Les assurances sociales englobent plusieurs risques entres autre on peut citer : le risque maladie, le risque maternité, le risque invalidité et le risque décès. Ces derniers peuvent donner lieu à deux types de prestations : des prestations en espèces ou en nature.

Les prestations en espèces sont représentées par les indemnités journalières pour maladie, maternité ou pour accidents de travail et maladies professionnelles, la pension d'invalidité, l'allocation décès, les prestations familiales dont l'allocation

familiale pour enfants à charge et la prime de scolarité, la pension de retraite personnelle ou de reversion, la retraite anticipée et enfin, les indemnités d'assurance chômage.

Les prestations en nature comportent les remboursements de frais médicaux et de médicaments, les remboursements de frais de soins et de réadaptation pour les accidentés du travail ou pour ceux attrapant des maladies professionnelles et enfin, des séjours en centres de vacances pour les enfants et fonctionnaires des caisses de la sécurité sociale

- **Les indemnités journalières pour maladie :** le montant des indemnités journalières pour maladie, du premier au quinzième jour de l'arrêt de travail est égal à 50% du salaire soumis à cotisation après déduction des cotisations et des impôts qui représentent la part des prélèvements obligatoires opérés par l'Etat et l'administration de la sécurité sociale. Cette indemnité journalière ne peut pas être supérieure à 1/30ème du salaire soumis à cotisation perçu antérieurement. En cas, de maladie de longue durée, le montant de ces indemnités s'élève à 100% du salaire de référence.
- **Les indemnités journalières pour maternité :** le droit à l'indemnité journalière pour cause de maternité est accordé pour toute femme salariée contrainte d'interrompre son travail et ce, pendant 14 semaines, 06 semaines avant la date présumée d'accouchement et 08 semaines après l'accouchement. Le montant de cette indemnité journalière est égal à 100% du salaire journalier soumis à cotisation.
- **Les indemnités journalières pour accidents de travail et maladies professionnelles :** les accidents du travail sont ceux survenus à l'occasion du travail ou des accidents de trajets. Les maladies professionnelles sont celles répertoriées faisant l'objet d'une liste. Un accident qui occasionne une incapacité temporaire de travail donne lieu à une indemnité journalière qui est égale au salaire de poste journalier sans dépasser 1/30ème du salaire mensuel perçu. L'accident occasionnant une incapacité permanente donne lieu à une rente dont le montant est calculé en multipliant le salaire de poste moyen perçu par la victime au cours des 12 mois qui précèdent l'arrêt de travail par le taux d'incapacité qui est déterminé par le médecin conseil exerçant au niveau des organismes de la sécurité sociale.
- **La pension d'invalidité :** l'invalidité est toute personne assurée qui présente une invalidité réduisant au moins de moitié sa capacité de travail ou de gain. Il existe 03 catégories d'invalides, à savoir les invalides encore capables d'exercer une activité, les invalides absolument incapables d'exercer une activité et enfin, les invalides absolument incapables d'exercer une activité et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'aide d'une tierce personne. Le montant annuel de la pension d'invalidité représente un pourcentage de 60% pour la première catégorie et 80% pour les deux catégories restantes du

dernier salaire de poste perçu ou du salaire annuel moyen de trois dernières années. Néanmoins, les invalides de troisième catégorie bénéficient d'une majoration de 45% du montant annuel de la pension qui ne peut être inférieure à 13.230 DA par an laquelle est accordée pour la tierce personne assistant la personne invalide. Lorsque ces personnes invalides atteignent l'âge de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes, la pension d'invalidité qui leur est servie est transformée en pension de vieillesse d'un montant au moins égal à celui de la pension d'invalidité.

- **L'allocation décès** : est une allocation forfaitaire dont bénéficient les ayant droits d'un assuré social décédé. Cette allocation représente 12 fois le montant du salaire mensuel le plus favorable perçu durant l'année précédant le décès du travailleur actif, mais en aucun cas cette allocation ne peut être inférieure à 12 fois le montant du salaire national minimum garanti (SNMG). Pour les titulaires de pension d'invalidité, de retraite, de retraite anticipée ou de rentes accidents du travail à un taux au moins égal à 50%, leur ayant droits ouvrent droit au capital décès dont le montant est égal au montant annuel de la pension sans que ce montant soit inférieur à 12 fois le montant du SNMG.
- **Les prestations familiales dont l'allocation familiale pour enfants à charge et la prime de scolarité** : les prestations familiales sont servies aux travailleurs ayant à charge des enfants. Ces prestations sont soit des allocations familiales, soit des allocations annuelles de scolarité pour des enfants scolarisés. Les allocations familiales dont le montant est modulé, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1995, en fonction des revenus de l'allocataire et du rang de l'enfant. Pour un allocataire ayant des revenus mensuels inférieurs ou égaux à 15.000 DA, le montant des allocations familiales s'élèvera à 600 DA par enfant du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> enfant et à 300 DA à partir du 6<sup>ème</sup> enfant, une allocation versée mensuellement. Pour les allocataires dépassant les 15.000 DA de revenus mensuels, les allocations familiales s'élèvent à 300DA par enfant quel que soit son rang. Quant à l'allocation de la prime de scolarité celle-ci est annuelle donc versée une seule fois dans l'année pour chacun des enfants scolarisés âgés de 6 à 21 ans. Le montant de cette allocation est fonction des revenus de l'allocataire. Si ce dernier dispose d'un revenu mensuel inférieur ou égal à 15.000DA la prime de scolarité est égale à 800 DA du 1<sup>er</sup> au 5<sup>ème</sup> enfant, à partir du 6<sup>ème</sup> enfant cette prime descend à 400DA. Si l'allocataire dispose d'un revenu mensuel supérieur à 15.000DA le montant de l'allocation est égal à 400 DA par enfant quel que soit son rang.
- **La pension de retraite personnelle ou de réversion** : le droit à la pension de retraite est ouvert à partir :
  - De 60 ans pour les hommes (à condition de réunir au moins 15 années d'assurance dont 7 ans et demi au moins de travail effectif ayant donné lieu à versement de cotisations) ;
  - De 55 ans pour les femmes avec une réduction d'une année par enfant élevé et dans la limite de trois enfants ;

-Sans condition d'âge à condition d'avoir accompli 32 ans d'assurance.

Le montant de la pension de retraite est égal à 2.5 % multiplié par le nombre d'années d'assurance multiplié par le salaire moyen soumis à cotisation au cours des cinq dernières années précédant la mise à la retraite. Les pensions et allocations de retraite ont fait l'objet d'une revalorisation qui prend effet à compter du 1<sup>er</sup> mai 2004. Cette revalorisation est de 6 % pour les pensions et allocations dont la date d'effet est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 1992 et de 4 % pour celles dont la date d'effet se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier 1992 et le 31 décembre 2002. La pension de retraite peut être majorée si le titulaire a un conjoint à charge dont les ressources sont inférieures au montant minimum de la pension de retraite. Le montant de cette majoration est de 1000DA/mois et de 1731DA/mois respectivement pour les pensions liquidées postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2000 ou liquidées antérieurement à cette date.

Peuvent prétendre à la pension de réversion, le conjoint, les enfants à charge âgés de moins de 18 ans, de 21 ans en cas de poursuite d'études ou de 25 ans en cas d'apprentissage ainsi que les ascendants à charge. Le montant de la pension de réversion se calcule :

-Pour la veuve sans ayants droit : 75 % de la pension du « de cujus » soit 5.625 DA / mois ;

-Pour la veuve et un ayants droit : 50 % de la pension du « de cujus » pour le conjoint et 30 % pour l'ayants droit soit 3.750 DA pour la veuve et 2.250DA pour l'ayant droit ;

-Pour la veuve et plusieurs ayants droits : 50 % pour le conjoint, les autres ayants droits se partagent 40 % de la pension soit 3.750 DA pour la veuve et 3.000 DA entre les autres ayants droits ;

-S'il n'existe qu'un seul ayant droit enfant : 45 % lorsque l'ayant droit est un enfant du montant de 90 % de la pension du « de cujus » ;

-S'il n'existe qu'un seul ayant droit ascendant : 30 % lorsque l'ayant droit est un ascendant du montant de 90 % de la pension du «de cujus ».

- **La retraite anticipée** : elle est réservée à des travailleurs salariés qui perdent de façon involontaire leur emploi pour des raisons économiques. Le montant de la retraite anticipée se calcule de la même façon que la pension de retraite personnelle à l'âge légal mais le résultat obtenu est minoré de 1 % par année d'anticipation. Cependant, le montant ne peut pas être inférieur à 75 % du SNMG. Le titulaire d'une pension de retraite anticipée peut bénéficier d'une majoration pour conjoint à charge d'un montant égal à 1.250 DA le mois.
- **Les indemnités d'assurance chômage** : ces indemnités sont versées à des travailleurs salariés qui perdent leur emploi de façon involontaire pour des raisons économiques. La loi sur l'assurance chômage est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 1994 pour palier aux effets sociaux du programme d'ajustement structurel (PAS) élaboré et exécuté en étroite collaboration avec les

institutions financières internationales (FMI et la banque mondiale). Ces indemnités seront versées pendant une période qui ne peut être inférieure à 12 mois ou être supérieure à 36 mois. Le salaire de référence servant de base au calcul de ces indemnités est établi de la manière suivante : on divise par deux la somme « du salaire mensuel des douze derniers mois ayant précédé le licenciement » et du « salaire national minimum garanti ». La période totale de versement des indemnités est divisée en quatre parties égales :

- Pendant la première période l'assuré perçoit 100% du salaire de référence ;
- Pendant la deuxième période l'assuré perçoit 80 % du salaire de référence ;
- Pendant la troisième période l'assuré perçoit 60% du salaire de référence ;
- Pendant quatrième période l'assuré perçoit 50% du salaire de référence.

A signaler que l'indemnité mensuelle ne peut être inférieure à 75% du SNMG ni supérieure à 03 fois le SNMG.

- Les prestations en nature : le remboursement des frais médicaux et de médicaments sont servis à l'assuré et à ses ayants droits (conjoint qui n'exerce pas d'activité, enfants âgés de moins de 18 ans, enfants âgés de 21 ans en cas de poursuite d'études, enfants âgés de 25 ans en cas d'apprentissage, quel que soit leur âge en cas d'infirmité ou lorsqu'ils sont dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunératrice quelconque).

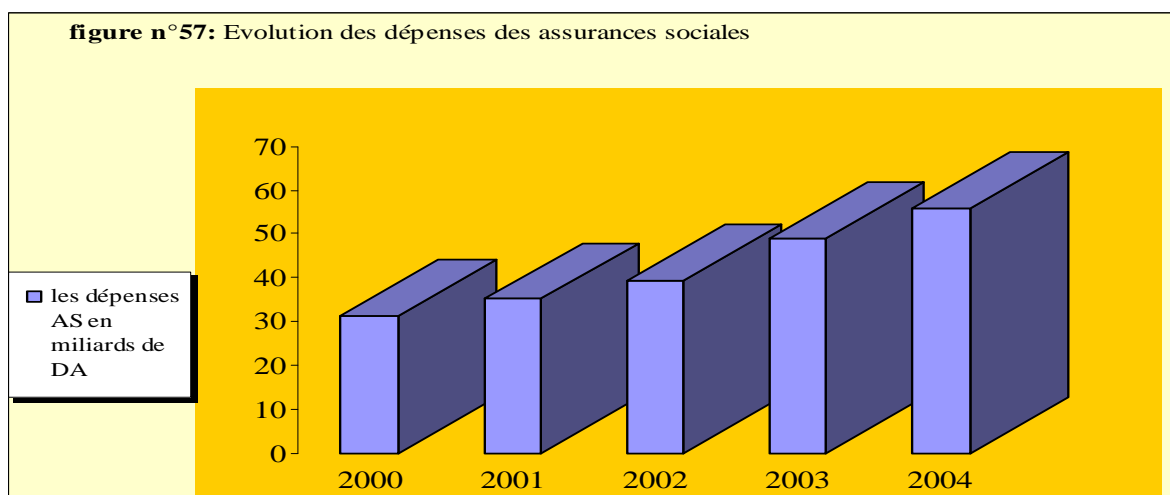
Les frais de cures sont remboursés quand la sécurité sociale délivre une prise en charge à l'assuré. Pour le remboursement des frais d'appareillages et de prothèses de grande importance, un accord préalable du devis estimatif de l'organisme de la sécurité sociale est nécessaire. Les frais de séjours et de soins, à l'occasion d'une hospitalisation dans les structures sanitaires publiques, sont pris en charge sur la base des conventions conclues entre les organismes de la sécurité sociale et ces structures. Quant aux frais relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, de même que les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant, pendant une durée maximale de huit jours, ces derniers sont remboursés au taux de 100% des tarifs fixés par voie réglementaire.

Toutes les dépenses des assurances sociales durant les années 2000 à 2004 sont récapitulées dans le tableau ci après :

**Tableau n°50 : évolution des dépenses des assurances sociales (en milliards de DA)**

année	les dépenses des assurances sociales (AS) en milliards de DA
2000	31,27
2001	35,18
2002	39,41
2003	49,12
2004	55,89

*Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.*



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°50*

De ce qui précède, il apparaît clairement que toutes les rubriques en ce qui concerne les prestations offertes par le système de la sécurité sociale connaissent un accroissement de dépenses. Ce système offre une gamme variée de prestations. Il est vrai, que ce dernier a prospéré dans un contexte de croissance économique florissant combiné à une politique sociale qui fait du recrutement massif de personnel un levier pour le développement du pays. En effet, le système de sécurité sociale est né durant la faste période où les entreprises ne sont pas assignés à réaliser un quelconque profit mais à faire du social. La période allant de 1970 au début des années 80 constitue la phase principale du développement économique et sociale du pays. Les investissements consentis pendant cette période sont importants au point où des centaines de milliers de postes de travail sont créés surtout dans l'industrie. C'est donc, dans l'euphorie de ces années fastes que se consolide le système de sécurité sociale en Algérie. La base de cotisants ne cesse d'augmenter avec les créations d'emploi. Ce système est arrivé à drainer beaucoup de ressources tandis que le niveau de prestations est relativement faible. Aujourd'hui, le système de sécurité sociale offre une large couverture contre de nombreux risques. De nouvelles dépenses sont régulièrement transférées à ce système. Le système a connu, certes, des moments forts lorsqu'il dégage des excédents mais il reste à signaler que ce système a connu, par ailleurs, des moments difficiles où il accuse des déficits sous l'effet de certaines contraintes qui font l'objet de la section suivante.

#### **IV- La sécurité sociale face à de multiples contraintes**

Avant d'aborder la section sur les contraintes rencontrées par la sécurité sociale dans l'exercice de ces nombreuses missions, penchons nous sur les recettes des organismes de la sécurité sociale et voyons d'où proviennent ces dernières ?

Ces recettes proviennent essentiellement des prélèvements sociaux obligatoires qui s'opèrent sur les revenus d'activité à la charge des employeurs et des employés. En effet, les cotisations sociales se subdivisent en cotisations patronales et cotisations salariales. Le montant des cotisations à la charge de l'employeur s'élève à 25,5% tandis que celui à la charge de l'employé est de l'ordre de 9% du salaire soumis à cotisation. Il existe d'autres taux qui sont appliqués à des catégories particulières qui

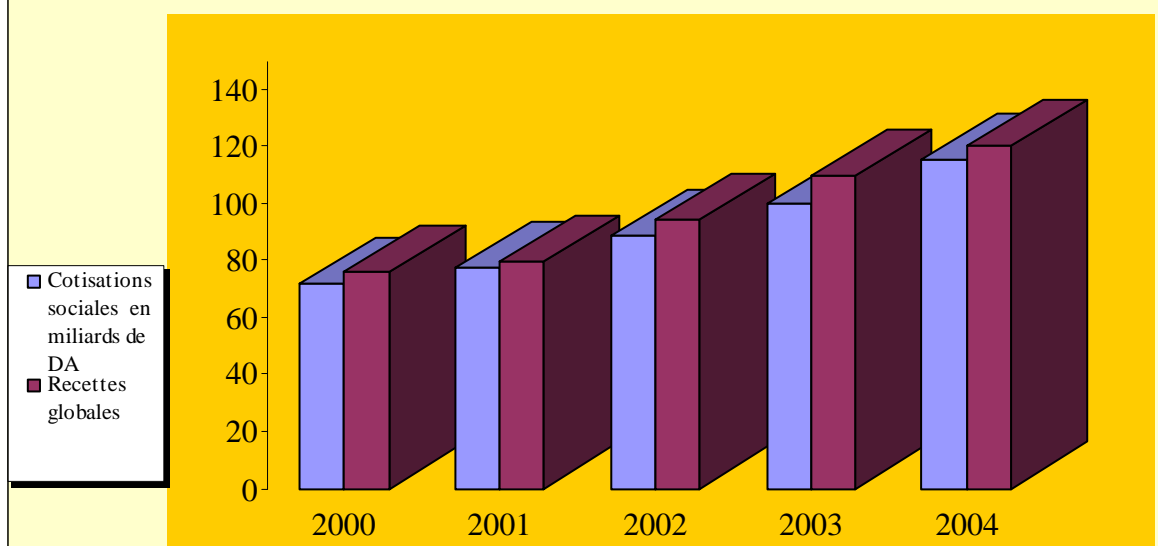
oscillent entre 2% à 7%. A ces ressources viennent s'ajouter des recettes diverses<sup>195</sup> néanmoins, les cotisations sociales obligatoires représentent près de 95% du total des recettes de la sécurité sociale.

**Tableau n° 51 : évolution des cotisations sociales de l'ensemble des recettes de la sécurité sociale**

année	Cotisations sociales en milliards de DA	Recettes globales	Part des cotisations dans les recettes globales en %
2000	72	75,97	94,77 %
2001	77,32	79,66	97,06 %
2002	88,95	94,34	94,08 %
2003	99,79	109,54	91,09 %
2004	115,58	120,42	95,89 %

*Source : CNAS (direction générale d'Alger)/ direction des finances.*

**figure n°58: Evolution des cotisations dans les recettes globales de la sécurité sociale**



*Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau N°51*

<sup>195</sup>Des ressources provenant pour la plupart : des officines pharmaceutiques, des crèches et jardins d'enfants...En d'autres termes des infrastructures appartenants aux organismes de la sécurité sociale.

## **1- Le financement de la sécurité sociale**

La première des contraintes qui se posent avec acuité au système de sécurité sociale consiste en son financement. Le financement de ce système constitue donc la condition « sine qua non » pour sa pérennité afin que ce dernier puisse s'adonner à une politique sociale. Le système de la sécurité sociale n'a pas pour vocation de faire des bénéfices. Néanmoins, ce système n'a pas à dépenser plus qu'il n'a collecté de ressources. En effet, ce système est financé à travers les cotisations sociales qui dépendent, à leur tour, de la situation économique et sociale qui prévaut dans le pays.

## **2- La situation économique et sociale**

Les montants des cotisations sociales donc des recettes collectées par le système de la sécurité sociale se trouvent intimement liés aux conditions socioéconomiques du pays. Aussi, il existe un lien direct entre les recettes ainsi engrangées et la situation qui prévaut dans le pays sur le plan économique et social. En d'autres termes, ces montants sont fonction du niveau de l'emploi, du chômage qui sévit, de l'importance prise par l'emploi précaire, de la proportion de la population ayant un travail permanent, du travail informel, .... Par conséquent, la situation financière de la sécurité sociale est étroitement liée à la conjoncture économique. Tant que cette conjoncture est favorable, la sécurité sociale arrive à dégager des bénéfices, à contrario elle subit les contrecoups du retournement de cette conjoncture.

## **3- Le chômage**

Le chômage fait diminuer les ressources de la sécurité sociale car il constitue un manque à gagner en raison de la contraction de la base des cotisants pouvant contribuer à renflouer les caisses des organismes de la sécurité sociale puisque leur financement est fondé quasi-exclusivement sur des cotisations sociales prélevées sur les revenus des travailleurs et de leurs employeurs. Le chômage constitue donc un écueil considérable pouvant entraîner des déséquilibres financiers de la sécurité sociale.

En 1994, notre pays signe l'accord stand by avec les instances internationales à savoir : le fonds monétaire international (FMI) et la banque mondiale (BM). L'Algérie est appelée à rompre avec la précédente gestion de son économie basée sur la planification centralisée. L'une des mesures décidées dans le cadre de ce plan est la réhabilitation de l'entreprise comme lieu de création de richesses au lieu de la réalisation de la politique sociale comme objectif préalablement assigné. Par conséquent, l'entreprise se doit de réaliser des bénéfices.

Les entreprises qui connaissent une pléthore d'effectifs entament de vastes opérations de compressions de personnel. Du coup, des dizaines de milliers de

travailleurs sont ainsi licenciés<sup>196</sup>. Ces licenciements concernent surtout les ouvriers les moins qualifiés car les éléments compétents sont maintenus en poste en vue de contribuer à l'amélioration des performances et du développement de ces entreprises. Les années quatre vingt (80) sont caractérisées par l'arrêt des investissements productifs induisant une diminution de l'emploi et les années quatre vingt dix (90) sont marquées par des licenciements massifs de personnels conduisant au gonflement du nombre de chômeurs ramenant le taux de chômage en Algérie à des proportions alarmantes.

**Tableau n°52: Evolution du taux de chômage en Algérie**

année	1985	1986	1989	1991	1994	1995	1996
%	16%	18%	19,1%	21%	24,4%	28,1%	28,3%

*Source : Arhab .Baya « les effets sociaux du PAS dans le cas de l'Algérie » In cahiers du CREAD n° 46-47, Alger, 4<sup>ème</sup> trimestre 1998 et 1<sup>er</sup> trimestre 1999*

Ces chiffres donnant le taux de chômage entre 1985 et 1996<sup>197</sup>, semblent ne pas concorder avec l'ampleur que prend ce phénomène en Algérie car ces chiffres ne reflètent pas toute la réalité du chômage dans notre pays en cette période. Aussi, ces chiffres annoncés sont en dessous des taux réels du chômage qui sévit dans notre pays. En effet, le chômage n'épargne aucune couche sociale, touchant les diplômés des universités ou des centres de formation, les hommes comme les femmes, les jeunes et même des travailleurs ayant déjà exercé et qui se retrouvent en situation de chômage suite aux décisions prises par les entreprises décidées à en finir avec les pléthores d'effectifs.

Les données statistiques disponibles sur les taux de chômage ne tiennent pas compte de certains paramètres dans le calcul de ce taux. Par conséquent, ces données tendent à réduire de l'acuité du problème étant donné que les femmes qui recherchent un emploi ne sont pas, pour la plupart, comptabilisées et aussi des milliers de jeunes arrivés à l'âge de travailler sont, pour la majorité d'entre eux, versés dans « les études » que ce soit dans l'enseignement secondaire ou de l'enseignement supérieur préférant redoubler des années retardant ainsi la dure confrontation avec la vie active ou tout simplement pour échapper au chômage les guettant à leur sortie des lycées et des universités. L'évolution du taux de chômage en Algérie, a conduit de larges couches de la société à vivre au jour le jour, s'adonnant à des activités informelles qui se traduisent par le développement de

<sup>196</sup> Certains ont été licenciés vraiment, d'autres ont été contraints aux départs volontaires tandis que d'autres bénéficient d'une retraite anticipée.

<sup>197</sup> Arhab.Baya « les effets sociaux du PAS dans le cas de l'Algérie » in cahiers du CREAD n° 46-47, Alger, 4<sup>ème</sup> trimestre 1998 et 1<sup>er</sup> trimestre 1999

l'emploi précaire et par la marginalisation de pans entiers d'une jeunesse oisive prête à nuire qu'à servir son pays, voulant à tout prix en découdre avec les siens.

La situation du chômage, à l'heure actuelle, s'est nettement améliorée. En effet, le boom économique qui caractérise le pays depuis le début de la décennie 2000 a ramené les taux de chômage en Algérie à des taux oscillant entre 10% et 15% de la population active. Le plan de relance de l'activité économique et les différents dispositifs de lutte contre le chômage de jeunes constituent les vecteurs de ce changement. Toutefois, la création de l'emploi ne doit pas rimer avec la précarité c'est-à-dire que les emplois créés doivent être des emplois permanents.

#### **4- L'emploi précaire<sup>198</sup> en Algérie**

Selon un rapport récent<sup>199</sup> publié par le fonds monétaire international en ce qui concerne le chômage en Algérie, il est établi clairement que les différents mécanismes de création d'emploi à l'instar de l'agence nationale du soutien pour l'emploi des jeunes (ANSEJ), les contrats du pré emploi et les emplois salariés d'initiative locale qui sont mis en place par le gouvernement algérien manquent, à vrai dire, d'efficacité car ces programmes arrivent à créer 1,4 millions d'emplois entre 1997 et 2001 mais la majorité sont des emplois provisoires. Dans ce rapport, le FMI estime que l'informel alimente de façon soutenue le marché du travail algérien. Sans le travail irrégulier, souligne le rapport, le taux de chômage aurait été d'environ 22% en 2004 et 21% en 2005.

#### **5- Le développement du travail informel**

Le travail informel ou ce qui est communément appelé le travail au noir est un phénomène qui a toujours existé dans la plupart des pays du monde mais sa recrudescence n'est, nul part ailleurs, aussi développée que dans les pays en voie de développement où l'emploi précaire semble être une réponse au manque de dynamisme caractérisant ces économies qui poussent la population à se tirer d'affaire par le sens de la débrouillardise. La désarticulation des économies de ces pays, provoquée pour l'essentiel par l'absence de l'industrie, fait augmenter le taux d'emploi de la population dans le secteur « des services » qui correspond à des petits boulots exercés çà et là qui ne permettent pas à leurs titulaires de s'enrichir mais leur donnent tout de même une sensation « de gagner leur vie ».

Les travailleurs exerçant au noir ne sont pas des assurés sociaux puisqu'ils ne cotisent pas à la sécurité sociale. Certes, ces derniers ne bénéficient pas directement de prestations sociales fournies par les caisses de sécurité sociale, mais gagnent des revenus qui échappent aux prélèvements obligatoires opérés par les administrations publiques. Il est vrai qu'une imposition excessive, que ce soit en matière fiscale ou parafiscale concernant donc les cotisations sociales, peut, dans le cas de l'absence

---

<sup>198</sup> Les emplois précaires ne rapportent pas de ressources au système de la sécurité sociale puisque leurs occupants ne sont pas affiliés aux différents régimes de la sécurité sociale.

<sup>199</sup> Kangni Kpodar (responsable du département Afrique au sein de l'administration du FMI) « Pourquoi le chômage est-il si haut en Algérie ? », rapport du FMI sur l'Algérie, Washington, 2007.

des contrôles de l'administration, donner lieu à l'évasion fiscale<sup>200</sup> ou à la fraude fiscale et ce en dissimulant des revenus gagnés sans toutefois, les déclarés au fisc.

Les prélèvements parafiscaux sont importants suite à l'augmentation du taux de cotisation sociale, qui, est ramené à 34,5% du salaire de référence. Ajouté à cela, les prélèvements fiscaux opérés par l'Etat pour financer ses diverses activités. Dès lors, les prélèvements obligatoires atteignent des proportions telles qu'ils constituent de sérieuses barrières à l'embauche des entreprises mais encore poussent le secteur privé à la non déclaration de revenus pour échapper ainsi à davantage de dépenses. Cette situation affecte, aussi bien, l'équilibre financier du budget de l'Etat puisque celui-ci ne récupère pas tout l'argent qu'il dépense au profit de toute la population y compris de celle qui ne lui rend aucun compte, mais également l'équilibre de la sécurité sociale puisque ses dépenses tendent de plus en plus à augmenter et l'Etat n'hésite pas à puiser dans les caisses des organismes de la sécurité sociale quand cela est nécessaire.

L'amélioration du système de recouvrement des cotisations sociales passe par la traque des employeurs indéclicats qui établissent de fausses déclarations. La structure des recettes de la sécurité sociale fait apparaître une forte contribution de l'administration qui arrive en tête<sup>201</sup> avec une part importante de financement suivi du secteur public économique et enfin, du secteur privé dont la part de financement reste très faible ou en dessous du dynamisme qui le caractérise à l'heure actuelle et les chiffres sont éloquentes à ce sujet : 43% des travailleurs n'ont pas été déclaré en 1999<sup>202</sup>.

---

<sup>200</sup> L'évasion fiscale est l'utilisation habile des lois afin de parvenir à ne pas payer l'impôt auquel on est normalement assujéti.

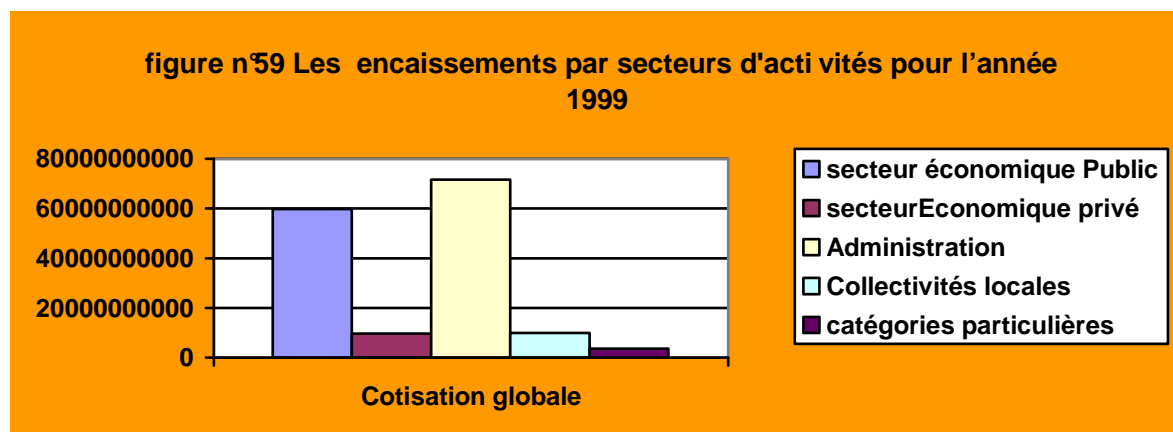
<sup>201</sup> Avec le boom économique qu'a connu le pays les données changent en ce qui concerne le chômage puisque le secteur économique vient en tête avec une part importante de financement de la sécurité sociale suite aux emplois créés et aux mesures prises pour traquer les employeurs indéclicats.

<sup>202</sup> Nous n'avons pas de données actualisées en ce qui concerne les encaissements par secteurs d'activités.

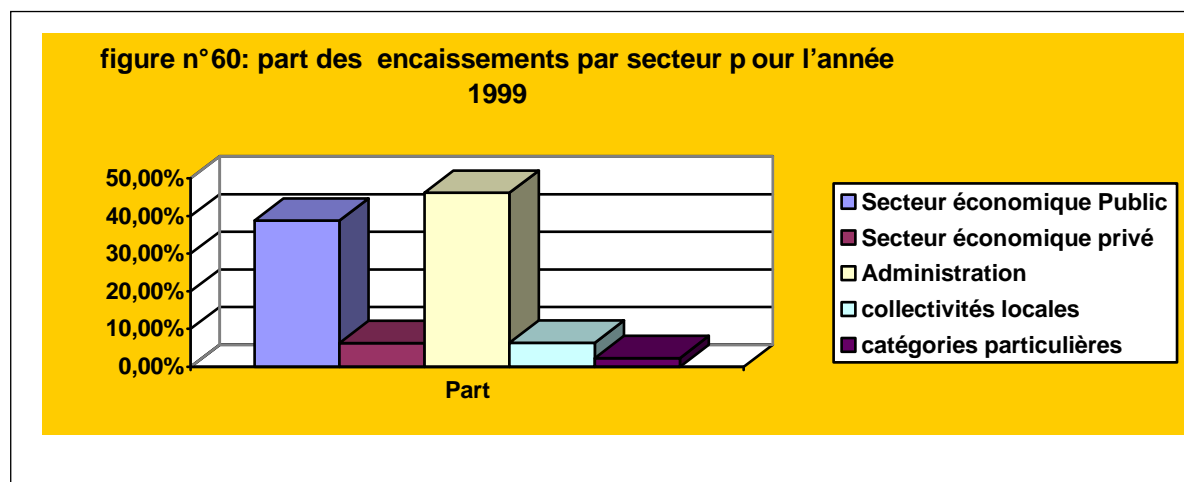
**Tableau n°53 : encaissements par secteurs d'activités pour l'année 1999**

Secteur	Assiette moyenne De cotisation	Taux de cotisation	Cotisation globale	Part
Economique public	9.336	34,50	59. 890. 306. 528	<b>38,8%</b>
Economique privé	4.000	34,50	9.782.068..503	<b>6,3%</b>
Administration	12.300	34,50	71.611.711.134	<b>46,2%</b>
Collectivités locales	-	34,50	9.988.516.389	<b>6,44%</b>
Catégories particulières	6000	Variable	3.596.077.198	<b>2,32%</b>
<b>Total</b>			<b>154.868.679.752</b>	<b>100%</b>

Source : CNAS (données du service recouvrement)



Source : effectué sur la base des données contenues dans le tableau n°53



## **6- Le transfert des dépenses sociales vers les organismes de la sécurité sociale**

Le coup d'arrêt donné aux investissements durant les années 80 et la baisse des ressources énergétiques en 1986, ont conduit l'Algérie à entreprendre des réformes sur plusieurs plans. Ces dernières concernent le volet économique mais également le volet social. En effet, les dépenses sociales qui reviennent essentiellement à l'Etat, aux entreprises publiques et aux collectivités locales sont toutes transférées vers les organismes de la sécurité sociale contraints à prendre en charge ces nouveaux types de dépenses.

## **7- Tendances à l'augmentation continue des rubriques de dépenses de la sécurité sociale**

L'autre contrainte qui se dresse au système de la sécurité sociale consiste en une tendance à l'augmentation continue des rubriques de ses dépenses. Cette situation est liée aux emplois des ressources qui tendent à augmenter du fait de plusieurs facteurs entre autres : l'augmentation du nombre d'ayants droits, l'augmentation des forfaits hospitaliers ou la part du financement des secteurs sanitaires et des investissements socio sanitaires publics qui incombent à la sécurité sociale, les transferts de malades pour soins à l'étranger, la hausse des prix des produits pharmaceutiques et enfin, les mesures sociales décidées pour la catégorie de moudjahidines (régime particulier de retraite).

En effet, toutes les rubriques de dépenses connaissent un accroissement. Néanmoins, ce sont les deux importantes rubriques à savoir : les forfaits hospitaliers et les dépenses pour les produits pharmaceutiques qui absorbent l'essentiel des recettes collectées par les organismes de la sécurité sociale. Quant à l'augmentation des dépenses des assurances sociales (qui englobent les remboursements des produits pharmaceutiques), elle revient à l'augmentation du nombre d'affiliés à la sécurité sociale ainsi qu'à leurs ayants droit. Ces derniers sont des personnes qui bénéficient des prestations de la sécurité sociale du fait qu'elles sont à la charge de la personne de l'assuré. L'ordonnance 96/07/1996 a arrêté les ayants droit au conjoint donc à l'époux (se) non assuré (e) et non divorcé (e), aux enfants à charge de moins de 18 ans, aux enfants de 21 ans s'ils poursuivent encore leur scolarité, aux enfants de 25 ans s'ils font un apprentissage dans des centres de formation ou quel que soit leur âge s'ils sont infirmes, aux jeunes filles non mariées et inactives quel que soit leur âge et enfin, aux parents à charge quand ils ne disposent pas de revenus supérieurs à la moitié du SNMG ou ne disposent pas de pension de retraite. Par conséquent, la sécurité sociale algérienne assure des prestations aux assurés sociaux ainsi qu'à leurs ayants droit, soit au total, à plus de 24 millions<sup>203</sup> d'algériens qui bénéficient des avantages servis par ses organismes, cela équivaut à une

---

<sup>203</sup> [www.cnas.dz](http://www.cnas.dz)

protection sociale contre la quasi-totalité des risques de la vie quotidienne desservie à plus de 80% de la population.

## **8- L'équilibre financier des caisses : la contrainte majeure de la sécurité sociale**

L'analyse de la situation financière de la sécurité sociale peut être portée sur deux niveaux d'analyse. En effet, on peut constater les résultats financiers de chaque caisse ou faire un constat des résultats financiers globaux des différentes caisses réunies. L'essentiel pour le système en l'ayant pris dans toute sa globalité, c'est d'arriver à un équilibre financier peu importe les résultats obtenus par les différentes caisses. Néanmoins, un déficit prononcé de quelques caisses peut, s'avérer périlleux pour l'ensemble du système lorsque l'équilibre global se trouve rompu.

### **Conclusion du chapitre VI**

Les mécanismes de la sécurité sociale font face à l'accroissement considérable des rubriques de leurs dépenses. Pour certaines rubriques, à l'exemple, de l'augmentation des dépenses de produits pharmaceutiques, il s'agit de renforcer le contrôle médical afin de réduire ces dépenses ou de rendre la prescription des médicaments génériques une obligation aux médecins installés à titre privé et ce, en collaboration avec les pouvoirs publics.

Ainsi présentés ces mécanismes sont, par ailleurs, réduits à jouer le rôle de simples supports pour les pouvoirs publics. En effet, l'Etat continue de tronquer des fonds des organismes de la sécurité sociale et de les affecter sans qu'aucun droit de regard ne soit accordé à ces organismes. Le budget de la santé, auquel participe la sécurité sociale à travers les forfaits hôpitaux, est fixé en fonction des crédits alloués à des précédents exercices de certains établissements de santé complété par des crédits nécessaires en prévision de leurs nouvelles dépenses pour les exercices à venir. Cette façon de procéder pour déterminer les financements de la santé ne tient pas compte du souci d'efficacité et de rationalisation des ressources accordées aux structures publiques de santé. En effet, le montant forfaitaire que doit supporter la sécurité sociale n'est pas établi sur la base d'une évaluation rigoureuse pour une meilleure utilisation de ressources. Par conséquent, il est impératif d'asseoir de nouvelles relations entre la sécurité sociale et le secteur de la santé en Algérie. Ces relations doivent être établies sur la base des contrats liant la sécurité sociale aux établissements publics concernés en d'autres termes sur la base de la contractualisation des relations entre les bailleurs de fonds et le système de soins. Cette contractualisation est l'objet d'étude du prochain chapitre.

## Chapitre VII

# La contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale

### Introduction

La sauvegarde du système de la sécurité sociale en tant qu'institution et acquis des travailleurs, est étroitement liée à la sphère économique, sociale et politique. La pérennité de ce système se pose, aujourd'hui plus que jamais, comme un défi à relever étant donné que sur le plan strictement financier ce système fait face à un accroissement considérable de ses rubriques de dépenses alors que ses marges de manœuvres sont extrêmement réduites du point de vue de l'accroissement de ses ressources<sup>204</sup>. De ce fait, il est primordial que les ressources allouées par le système de la sécurité sociale soient utilisées à bon escient en d'autres termes, de la manière la plus rationnelle que possible.

Le système de santé algérien est encore insuffisamment performant, comme l'indique d'ailleurs le rapport sur la santé dans le monde 2000<sup>205</sup>, qui fustige les lacunes des systèmes de santé en les considérant comme « la cause d'un très grand nombre de maladies et incapacités évitables, de souffrances inutiles, d'injustices, d'inégalités et du non respect des droits fondamentaux de l'individu. Leur impact est particulièrement grave chez les pauvres que l'absence de protection financière contre la mauvaise santé enfonce encore plus dans la misère »<sup>206</sup>. Pour l'Algérie, ces lacunes sont dues à plusieurs facteurs que l'on peut résumer comme suit :

- une organisation du système de soins tourné essentiellement vers le curatif plutôt que vers le préventif ;
- un relâchement que ce soit de la gestion administrative ou de la gestion médicale suite à la mise en place de la gratuité des soins dans les structures publiques de santé ;
- une pléthore de personnel dans le secteur de la santé rendant les dépenses en personnel incompressibles et de plus en plus importantes tandis que les autres dépenses à l'exemple des dépenses en médicaments et consommables qui tendent à s'amoindrir ;
- un financement annuel, forfaitaire et préétabli destiné aux structures publiques de santé sans tenir compte des activités réalisées ;
- des contraintes pour l'exercice du secteur privé de soins avant de décider de sa libéralisation à partir des lois de 1982.

---

<sup>204</sup> Benhamouda. A & Ould Amrouche.K « Les relations des systèmes sécurité sociale et santé : examen de la mise en œuvre des nouvelles relations contractuelles santé- sécurité sociale », mémoire de post graduation spécialisée en management de la sécurité sociale, Alger, 2005, page 138.

<sup>205</sup> «Pour un système de santé plus performant ».

<sup>206</sup> Rapport sur la santé dans le monde 2000 « pour un système de santé plus performant » op cité.

## I- Evolution de l'organisation de la distribution de soins en Algérie

L'Algérie est un pays qui a expérimenté un socialisme fortement centralisateur<sup>207</sup>. Le secteur public est souvent présenté comme plus efficace, mais surtout plus juste que le secteur privé d'où la prépondérance accordée à tout ce qui est collectif par rapport à ce qui est individuel. C'est cette conception qui a dominé toute la politique économique algérienne jusqu'au tournant des années 80 lorsque la chute drastique des cours du pétrole secoue la classe politique algérienne et rappelle à celle-ci que le tout Etat a son revers de la médaille. La prépondérance du secteur public concerne tous les secteurs d'activité économique sans exception aucune. Dans le secteur social, en général, et celui de la santé, en particulier, ce sont ces mêmes procédures qui sont affirmées et appliquées d'où, par ailleurs, l'édification progressive d'un système public de distribution de soins et la mise en place de procédures de prise en charge collective de la charge financière relevant de la maladie<sup>208</sup>.

Le système de santé en Algérie s'est construit sur le « legs colonial » constitué par une infrastructure hospitalière et sanitaire relativement importante bien que déséquilibrée dans son implantation géographique parce que conçue pour et en fonction de la minorité européenne et des franges urbaines qui gravitent autour<sup>209</sup>. La structure du système de santé, telle que nous la connaissons aujourd'hui, a connu plusieurs étapes de construction successives. En 1962, il y a eu reconduction de beaucoup de pratiques antérieures en matière de politique de santé de l'ère coloniale. Ainsi l'assistance médicale gratuite (AMG)<sup>210</sup> est reconduite et s'adresse expressément aux indigents ou aux démunis sociaux. La médecine libérale existe mais elle est l'apanage de ceux qui ont un emploi et possèdent des revenus importants<sup>211</sup>. On a rattaché à l'hôpital toutes les structures de lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires de même que les structures de prévention existantes qui vont constituer le noyau dur du secteur public de soins en Algérie. Ce dernier amorce toute une série d'actions de santé publique de grande envergure (programmes nationaux de santé) pour lutter contre certaines maladies prévalentes alors, à l'exemple, de maladies transmissibles considérées comme des fléaux sociaux. La généralisation des vaccins est lancée pendant ce temps là.

Les investissements publics en matière d'infrastructures sanitaires n'ont pas eu lieu en raison de l'existence de suffisamment de structures pouvant répondre aux besoins en matière de soins, surtout pour la population urbaine algérienne. On assiste, par contre, à l'apparition et à l'extension de centres médicaux sociaux au niveau des organismes de la sécurité sociale ainsi qu'au niveau des entreprises industrielles et commerciales. Ce segment parapublic de soins constitué connaîtra un formidable essor grâce aux ressources abondantes dont disposent les organismes

---

<sup>207</sup> Oufriha. F.Z « la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? » in cahiers du CREAD n° 35/36, 3eme et 4eme trimestre 1993, page 07.

<sup>208</sup> Oufriha.F.Z. « la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? » in cahiers du CREAD n° 35/36, 3eme et 4eme trimestre 1993, page 07.

<sup>209</sup> Oufriha.F.Z. « la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? », page12.

<sup>210</sup> La loi sur l'AMG fut promulguée en France en juillet 1893, elle est étendue à l'Algérie en 1902.

<sup>211</sup> Oufriha.F.Z « la difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? »

initiateurs et dont profiteront les responsables de ces organismes et leurs travailleurs jusqu'au tournant des années 80 où ce segment sera totalement absorbée par le secteur public de soins.

En 1974, il y a eu instauration de la gratuité des soins au sein du secteur public jusqu'à 1984, date de la remise en cause partielle de cette gratuité avec la mise en place du ticket modérateur. La généralisation<sup>212</sup> de l'accès aux soins est inscrite dans les textes doctrinaux de l'Algérie qu'il faut à tout prix concrétiser sur le terrain. Les dispensaires antituberculeux, les centres d'hygiène scolaires sont rattachés aux établissements hospitaliers formant, peu à peu, ce qui devient les secteurs sanitaires actuels qui ont la charge de la distribution de soins à toute la population algérienne qu'elle soit citadine ou rurale. L'absence de contraintes financières est, sans nul doute, l'hypothèse la mieux plausible de l'instauration de la médecine gratuite, prise en charge par l'Etat voulant instaurer à l'instar des pays socialistes le même système de gratuité des soins en vue de la promotion de la santé de toute la population. Le système de santé ainsi généré manque d'efficacité surtout au plan des objectifs qui ne sont pas, hélas, clairement et préalablement définis. Les politiques de santé suivies jusque là sont axées sur le curatif en occultant la prévention et sur l'hospitalo-centrisme en marginalisant les structures de soins légères qui prodiguent les soins de base.

Le rétablissement du ticket modérateur a vu un certain nombre d'actes et de soins médicaux à titre ambulatoire ainsi que les analyses de laboratoire et de biologie devenir payants. Ce revirement d'attitude vis à vis de la médecine gratuite est la conséquence d'une consommation abusive de soins par les ménages algériens et surtout par le glissement opéré dans la politique algérienne de santé qui est passée d'une logique de la satisfaction des besoins à celle de l'endiguement des dépenses de santé.

En 1987, il y a création de centres hospitalo-universitaires qui sont des entités sanitaires autonomes par rapport aux secteurs sanitaires et sont dévolues de missions purement curatives. Les années 80 ont vu le législateur algérien s'orienter vers la libéralisation du secteur privé de soins en votant des lois qui autorisent l'ouverture de cliniques privées et accordent un nouveau statut social et juridique à l'exercice privé en levant tous les obstacles juridiques et artifices existants jusque là qui l'empêchent d'exercer pleinement ses missions.

La ponction des ressources de plus en plus poussée des agents de financement traditionnels de la santé, en l'occurrence la sécurité sociale et l'Etat ne va pas sans poser la question de la capacité de ces agents à s'adapter continuellement aux dépenses de santé ne connaissant pas, hélas, de limites d'accroissement car la contraction et la rationalité économique interpellent tous les acteurs intervenant dans le financement à plus de rigueur quant aux ressources allouées.

---

<sup>212</sup> La gratuité des soins est mise en application par l'ordonnance n°73.65 du 28 décembre 1973.

L'Etat participe au financement de la santé au moyen d'une subvention ou d'un budget global. Cette modalité de financement se caractérise par le fait qu'elle est annuelle, forfaitaire et préétablie. La contribution est annuelle car elle s'étale sur une période d'une année civile ou d'un exercice budgétaire. Elle est forfaitaire du fait que cet apport financier ne tient pas en ligne de compte les activités ou le volume de soins réalisés qui peut se mesurer par le nombre de malades fréquentant les structures de soins du pays. Enfin, cette contribution est préétablie en raison d'être allouée sans qu'elle soit accompagnée par des programmes de santé ou par un quelconque objectif sanitaire.

La sécurité sociale participe au financement des secteurs sanitaires à travers un forfait hôpital. Le désengagement progressif de l'Etat quant au financement des dépenses de santé s'est fait aux dépens de la sécurité sociale puisqu'elle devient le premier bailleur de fonds du secteur de la santé en Algérie. La part de l'Etat dans le financement de ces dépenses est passée de 75% en 1974 à moins de 35% en 1987 tandis que la part de la sécurité sociale représente respectivement 24% et 65%. A l'heure actuelle, la tendance s'est inversée puisque la part de financement de l'Etat est prépondérante par rapport à celle supportée par la sécurité sociale.

Ce seuil de participation est très élevé car la sécurité sociale est constamment appelée à tronquer de ses fonds sans qu'un droit de regard quant au contrôle des ressources fournies ne lui soit accordé. D'autant plus, qu'elle procède au financement des structures hospitalières et extrahospitalières sans qu'elle ait la possibilité de définir au préalable la part revenant à chacune des deux types de structures. Cette difficulté de distinction des fonds alloués est due à l'unicité du budget affecté directement aux secteurs sanitaires qui a, pour conséquences, la marginalisation des structures extrahospitalières face aux structures hospitalières en plus de la difficulté de mener séparément une quelconque étude comparative concernant la gestion budgétaire de ces différentes structures.

### **1- Les réformes entreprises en vue de l'amélioration de la performance du système de santé en Algérie**

Améliorer la performance du système de santé constitue l'objectif essentiel des pouvoirs publics, de la tutelle et partant, de toute personne et de toute institution travaillant dans le secteur de la santé. Face à l'insuffisante performance de son système de santé, l'Algérie a mis en place des réformes qui visent essentiellement à corriger les erreurs ou anomalies des politiques de santé déjà élaborées et à redynamiser un secteur pesant de plus en plus lourd sur les ressources de la sécurité sociale et sur les finances publiques mais dont les résultats sont souvent mitigés. Toutes ces réformes engagées visent, en dernier ressort, à entraîner des recompositions institutionnelles, opérées, sans un brin de doute, par un ensemble de mesures qui s'offrent au décideur algérien tels :

- la levée de toutes les barrières au développement d'un secteur privé apte à décharger l'Etat et la sécurité sociale du financement des prestations de soins ;

- la privatisation de l'exercice médical par la levée de toutes les contraintes pesant jusque là sur l'offre de soins à l'exemple de l'autorisation de s'installer qui est supprimée à partir de 1986, année où le contre choc pétrolier est ressenti comme un phénomène dévastateur pour l'économie algérienne mais aussi pour le système de santé qui ne tarde pas à connaître des réformes comme celles qui admettent la privatisation par simple opposition au secteur public<sup>213</sup> ;
- l'autorisation d'ouverture de cliniques privées décidée à partir de 1988 ;
- l'autorisation est accordée aux personnels médicaux les plus élevés dans la hiérarchie hospitalo-universitaire d'exercer dans ces cliniques privées ;
- la levée du monopole de l'Etat sur les importations, la production, et la distribution en gros des produits pharmaceutiques ;
- l'élargissement des options de financement des prestations de soins aux usagers du système public en leur faisant endosser une contribution forfaitaire dans les structures publiques de santé à partir de 1995 ;
- la décentralisation administrative qui a permis de transférer à des collectivités locales des responsabilités en matière de santé à l'exemple de la construction des salles de soins ou la prise en charge de la surveillance des eaux de sources afin de se prémunir contre toutes les maladies à transmission hydrique en s'occupant par ailleurs de l'hygiène du milieu ;
- une autonomie du secteur public de soins basée sur un statut juridique ;
- une déconcentration permettant de donner davantage de responsabilités aux responsables locaux du ministère de la santé ou aux directions de la santé (DSP) des différentes wilayas du pays en ce qui concerne la réalisation de certains investissements de santé tels les polycliniques sachant que ces directions sont en outre chargées de l'application de la réglementation, de l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé, de la coordination du fonctionnement des structures de santé sur le plan local, etc. ;
- amorce d'une politique de maîtrise des dépenses de santé qui se traduit par un ensemble de mesures allant dans le sens de faire bénéficier les organismes de la sécurité sociale de quelques économies, à l'exemple, de l'envolée des prix des médicaments dont les remboursements pèsent de plus en plus sur sa branche assurances sociales (le remboursement des médicaments sur la base des prix réels est supprimée à partir de 2001 et son remplacement par un remboursement sur la base d'un tarif de référence qui est en fait un tarif de responsabilité de la caisse de la sécurité sociale)
- enfin, la politique de contractualisation, inspirée par les organisations internationales est, quant à elle, lancée en 1993 en vue de la performance du secteur public de soins.

Toutes ces recompositions devront se traduire logiquement par une multiplication, une diversification et surtout par une implication plus soutenue des acteurs de la santé dans le devenir de leur institution. Néanmoins, ces acteurs continuent à vivre en isolation et ne cherchent pas les synergies propices qui s'offrent

---

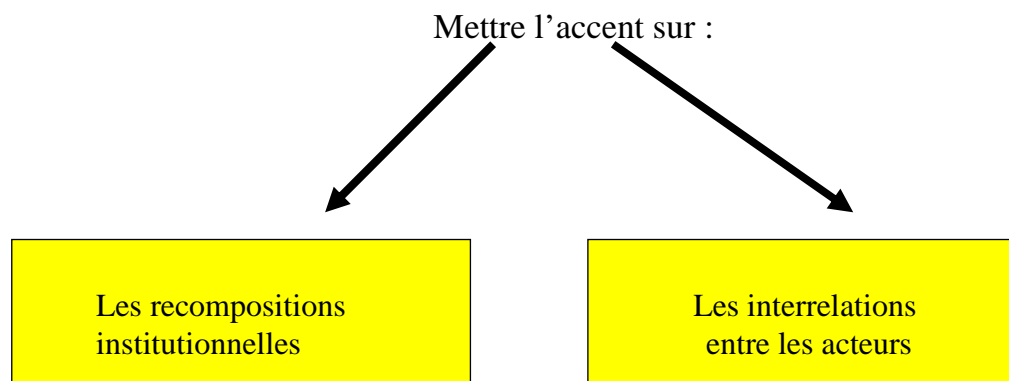
<sup>213</sup> Oufriha. F.Z. et collaborateurs « les réformes du système de santé en Algérie » in cahier du CREAD de réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins, Alger, 2006 page 105

à eux pendant que le mode d'organisation de l'offre de soins reste largement basé sur le pouvoir hiérarchique, c'est à dire sur un commandement vertical, qui ne favorise pas la participation de tous<sup>214</sup>.

L'isolement qui caractérise souvent les acteurs traditionnels de la santé n'est plus possible aujourd'hui. En effet, l'Etat et la sécurité sociale sont désormais dans l'incapacité de supporter, d'une part, les errements d'un système de soins dont les besoins en matière de financement tendent à une augmentation continue car les dépenses effrénées de santé amenuisent les ressources de la puissance publique mais peuvent, également entraîner des déséquilibres structurels des différentes branches de la sécurité sociale. D'autre part, ces dépenses engagées sont censées améliorer les prestations sanitaires pour des patients qui deviennent exigeants en sollicitant de plus en plus des soins de meilleure qualité car l'offre de services de santé, publique ou privée, ne leur donne pas toujours satisfaction. Ainsi, les acteurs de santé sont amenés à reconsidérer les modalités de leurs relations. Celles ci reposent de plus en plus fréquemment sur des arrangements contractuels, lesquels formalisent les ententes entre des acteurs qui s'obligent mutuellement<sup>215</sup>.

Les reformes engagées ont mis d'avantage l'accent sur la logique des recompositions institutionnelles que l'on considère comme un préalable à toute amélioration de la performance du systèmes de santé. Néanmoins, pour rompre l'isolation continue dans lequel se trouvent les acteurs de la santé, il faut en parallèle mettre l'accent sur la logique de l'interrelation entre ces acteurs que nous appellerons par commodité la contractualisation.

### Schéma n°19 : les réformes du système de santé



**Source :** Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » discussion paper, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004.

<sup>214</sup> Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » discussion paper, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004.

<sup>215</sup> Site OMS « la contractualisation dans les systèmes de santé »

## **2- L'arrangement contractuel : un outil pour l'amélioration de la performance du système de santé**

Pour améliorer la performance du système de santé, il convient de mettre en place une stratégie qui repose, dans un premier temps, sur une action concertée des acteurs en vue d'améliorer leur efficacité et ce, par une meilleure coordination et combinaison des efforts de chacun dans la mise en œuvre d'une politique de santé. Traduire ensuite, dans un deuxième temps, cette efficacité individuelle en efficacité du système dans son ensemble. Cette transformation ne peut s'opérer qu'à la condition d'envisager des modalités concrètes pour la construction de relations qui dépasseront le cadre de l'informel pour placer la barre haute avec des engagements et des arrangements plus formels. L'arrangement contractuel constitue l'outil qui répond aux attentes des uns et des autres en vue de donner plus de consistance à leur relation.

Une des voies empruntées pour sortir les acteurs du système de santé de leur isolement consiste donc à une meilleure coordination des efforts de chacun qui peut prendre plusieurs formes :

- **la reconnaissance de l'autre** : les acteurs de santé doivent se reconnaître les uns les autres. Une telle démarche paraît facile, mais il est difficile dans la réalité de se débarrasser de ses sentiments de supériorité (pour l'administration par exemple) en considérant celui qui est en face comme un interlocuteur valable ;
- **la concertation** : ou l'échange d'information et de points de vue entre les acteurs de santé sur un fond commun ou des valeurs fondamentales qui les unissent et sur la conduite de leurs activités respectives. Des réunions de concertation peuvent ainsi déboucher sur l'élaboration de principes communs d'intervention en faisant une déclaration commune ou en élaborant une charte dont l'engagement est moral sans que les relations qui se tissent ne créent d'obligations au sens juridique du terme.

Les deux formes de coordination énumérées ci dessus présentent toutefois, des limites car les acteurs qui interagissent entre eux ont conscience que les rapports qu'ils entretiennent n'ont rien de formels, ce qui suppose, qu'ils ne créent pas d'obligations réciproques, d'où leurs engagements moraux mais sans plus.

L'arrangement contractuel, quant à lui, « est une alliance volontaire, sur un objet donné, de partenaires indépendants ou autonomes qui s'engagent avec des devoirs et des obligations réciproques et qui attendent chacun des bénéfices de leur relation<sup>216</sup> ». Cette définition comporte quelques éléments clés qui nous paraissent importants à citer :

---

<sup>216</sup>Perrot Jean « le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » discussion paper, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004.

- ◆ l'alliance est volontaire, ce qui veut dire qu'il n'est pas possible de contraindre un acteur à entrer en relation avec d'autres partenaires. Néanmoins, le fait qu'ils disposent tous d'un statut ou d'une personnalité juridique, cela leur permet d'aller vers cette alliance avec une égalité de droit, mais la réalité révèle une irrégularité entre les acteurs d'une relation contractuelle car même si chacun est indépendant, il existe bien une asymétrie ou un déséquilibre des pouvoirs entre eux, à l'exemple, d'une tutelle exerçant un pouvoir sur une entité publique ;
- ◆ toute relation contractuelle fait naître des devoirs et des obligations réciproques ;
- ◆ un contrat est un engagement contraignant au sens où il doit être rigoureusement respecté par les parties contractantes, néanmoins la manière dont le contrat sera respecté varie selon qu'il s'agit d'un contrat, au sens classique du terme, où l'objet du contrat est clair, sa durée est bien limitée et les parties contractantes savent exactement à quoi elles s'attendent ou de quoi il s'agit, d'un contrat relationnel basée sur la confiance que se font les acteurs pour agir dans l'intérêt commun. Dans ce cas précis les acteurs s'entendent sur les objectifs de la relation, sur les méthodes de travail à suivre et enfin, sur les moyens qui seront mobilisés pour réaliser des actions communes. Ce type de contrat est plus flexible que le contrat classique qui peut prévoir d'ailleurs des sanctions en cas de non respect des engagements pris ;
- ◆ les acteurs qui s'engagent dans des relations contractuelles attendent désormais des bénéfices sinon à quoi bon s'allier si ce n'est pour tirer avantage. Toutefois, les bénéfices tirés peuvent ne pas s'apprécier nécessairement en termes directement financiers même si toute relation contractuelle entraîne quant à elle des coûts.

## **II- La contractualisation en Algérie**

Les lois de finances successives depuis 1993, disposent toutes que la contribution des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements publics de santé (secteurs sanitaires, CHU et EHS) doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels<sup>217</sup>. Cette contribution est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leur ayants droit. Les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et les soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La concrétisation de ces dispositions est entamée par la mise en place progressive de mesures dans divers domaines notamment :

- l'organisation, le fonctionnement et l'évaluation des activités dans les établissements publics de santé ;

---

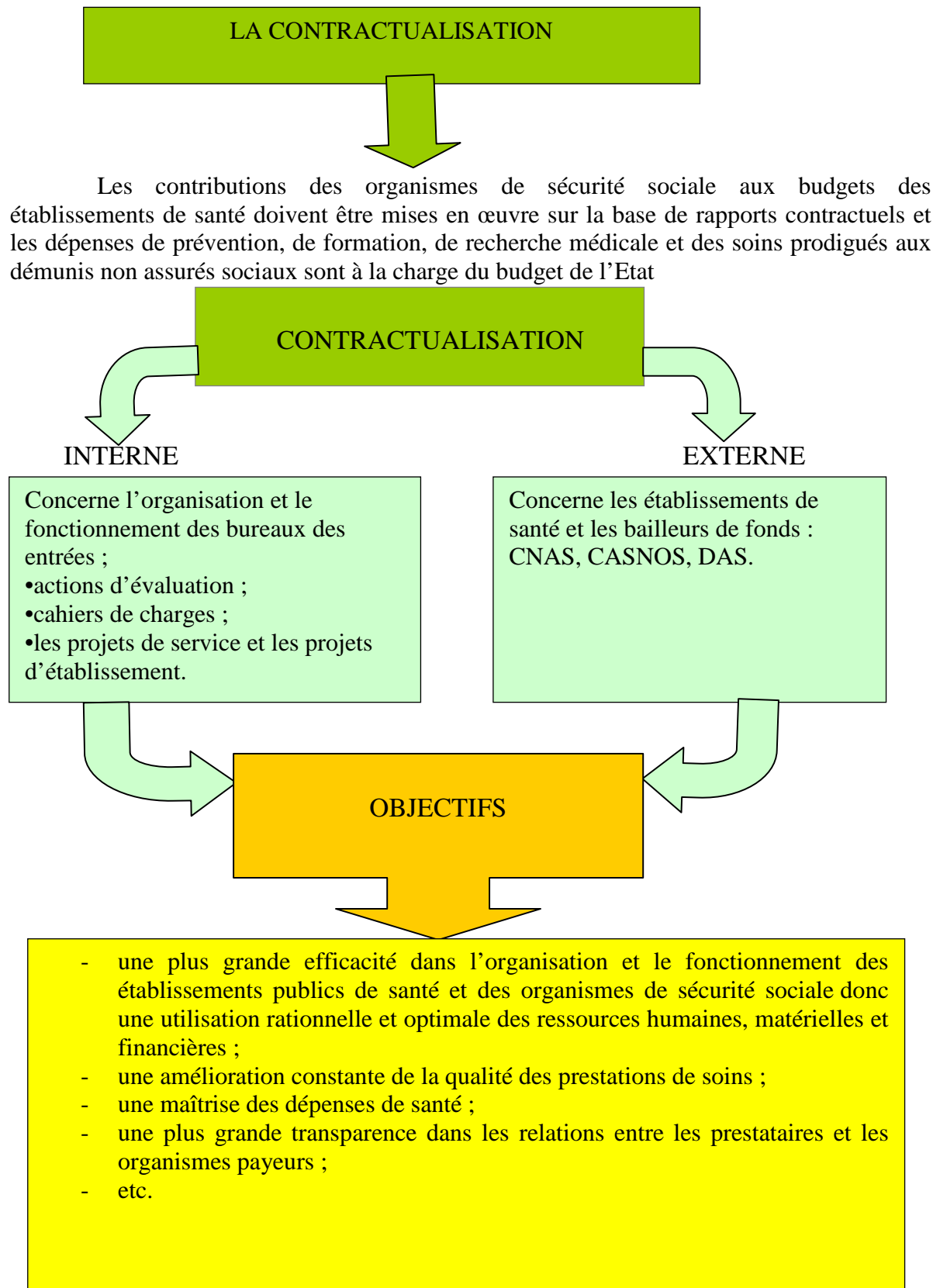
<sup>217</sup> Préambule de l'instruction interministérielle relative à la mise en œuvre de relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas.

- l'amélioration de l'organisation, du fonctionnement et des prestations des organismes de sécurité sociale ;
- l'installation d'un comité interministériel chargé de la contractualisation le 10 avril 1995 ;
- la promulgation d'une instruction en septembre 1997 (20/09/1997) relative à la mise en œuvre du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements de santé pour réactiver l'article 128 de la loi de finances de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre ces établissements et les organismes de la sécurité sociale ;
- la réhabilitation et la réorganisation des bureaux des entrées, source principale du système d'information et d'évaluation périodique des activités de soins (instruction N°03 du 07/12/2000) ;
- la définition des modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux (décret exécutif n° 01-12- du 21 janvier 2001) ;
- l'installation du groupe interministériel chargé de l'élaboration des modalités de mise en œuvre de la contractualisation des relations entre établissements publics de santé, organismes de sécurité sociale et direction de l'action sociale des wilayas (DAS) le 16/03/2002 ;
- une première phase de la mise en œuvre de la contractualisation par une opération de simulation de facturation est engagée dans dix établissements publics de santé en date du 14/01/2003 sur instruction interministérielle de la même date. Cette opération concerne dix (10) établissements de santé à savoir : • les centres universitaires de Mustapha – Constantine - Blida, • les établissements hospitaliers spécialisés de centre Pierre et Marie Curie (Alger) - El Bouni (Annaba) - El Riadh (Constantine) • les secteurs sanitaires de Médéa – Ouargla – Arzew et Ain Turk ;
- la création d'un comité interministériel de suivi et d'évaluation ainsi que des comités intersectoriels dans les wilayas concernées auxquelles sont intégrées les directions de l'action sociale en raison de la nécessité de l'identification des démunis non assurés sociaux en vue de leur prise en charge (décision interministérielle du 14/01/2003) ;
- l'opération de délivrance des cartes de démunis est entamée en mai 2003 ;
- les modalités de versement de la contribution des organismes de la sécurité sociale au financement des budgets des établissements publics de santé sont fixées par le décret exécutif n°04-101 du 11 safar 1425 correspondant au 1<sup>er</sup> avril 2004 qui stipule que la contribution est annuelle, mais versée par fractions trimestrielles. La mise en œuvre de ce financement est effectuée sur la base des informations relatives aux assurés sociaux et à leur ayants droit que fourniront trimestriellement les établissements publics de santé aux caisses de sécurité sociale compétentes ;
- la généralisation du dispositif de contractualisation à l'ensemble des établissements de santé (circulaire N°09 du 15/04/2004) qui portera sur les aspects liés à l'organisation et au fonctionnement des bureaux des entrées et à la collecte des données nécessaires à l'évaluation objective des activités hospitalières. Elle concernera également l'identification de plus en plus

précise du statut social des patients admis dans les établissements hospitaliers ;

- la prise de dispositions utiles et de mesures nécessaires afin d'apporter des améliorations en vue de l'humanisation des services hospitaliers, de l'accueil des citoyens, d'assurer un meilleur séjour pour les patients en leur offrant les meilleures prestations possibles, de s'occuper de l'hygiène du milieu en générale ainsi que de la lutte contre les infections nosocomiales en particulier (instruction n°04/MSPRH/ du 25/05/2004 ;
- la mise en œuvre des dispositions du décret exécutif n°04-101 du 01/04/2004 à compter du 01/01/2005.

### Schéma n°20 : la contractualisation en Algérie



*Source : direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la wilaya de Constantine « contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale »*

## **1- La mise en œuvre de la contractualisation**

La mise en œuvre des relations contractuelles entre les établissements publics de santé, les organismes de la sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas est prévue pour le premier janvier 2005. Ainsi, les contributions des organismes de la sécurité sociale aux budgets des établissements de santé doivent être mises en œuvre sur la base de rapports contractuels et les dépenses de prévention, de formation, de recherche médicale et des soins prodigués aux démunis non assurés sociaux sont à la charge du budget de l'Etat.

La contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne. La contractualisation externe a pour objet de mettre en relation les établissements de soins et leurs bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale, la solidarité nationale et les assurances économiques. Quant à la contractualisation interne, elle se fera entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle mettra l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faudra mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaître quel type de travail remplit effectivement par chaque membre du personnel<sup>218</sup>.

## **2- La contractualisation externe**

Le financement de la santé a montré jusque-là ses limites eu égard à une forte mobilisation de ressources essentiellement à l'occasion de la gratuité des soins lancée en grande pompe, ressources pour l'essentiel gaspillées pour des résultats de santé mitigés, plus encore c'est un financement qui se heurte à des limites dans la mobilisation de ressources additionnelles pour assurer la prise en charge d'une demande supplémentaire de santé en augmentation continue, compte tenu du contexte démographique et épidémiologique propre à l'Algérie.

La mise en œuvre de la contractualisation externe va induire de nouveaux rapports entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins ce qui, en définitive, impose pour ces derniers le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi, l'évaluation et le contrôle des prestations médicales et paramédicales dispensées à leurs clients. Ces actes vont devoir être transcrits sur un support quelconque que ce soit la fiche navette et/ou le dossier médical, la durée d'hospitalisation doit être soigneusement indiquée, que l'on trouve trace de tous les médicaments servis voire des examens complémentaires exigés pour la pose du diagnostic et du suivi du patient dans les structures de soins en vue de la détermination des coûts des prestations offertes car le financement de ces structures en dépend. Ce financement s'effectuera au réel c'est-à-dire que chaque structure aura des ressources en fonction de son niveau d'activité. En effet, tous les éléments précités entrent dans la facturation des soins pour les malades solvables (assurés

---

<sup>218</sup>Déclaration faite par le ministre de la santé Mourad Redjimi en mars 2005 (Contractualisation : la gratuité des soins c'est fini)

sociaux) pris en charge par la sécurité sociale ainsi que pour les malades indigents pris en charge par l'Etat. Le développement de ces fonctions permet, par ailleurs, d'évaluer la qualité de la prise en charge médicale et des conditions de séjour puisque les soins seront méticuleusement reportés sur des supports d'informations normalisés et que l'on mettra précisément l'accent sur les éléments qui entrent dans le confort des malades.

Le groupe interministériel chargé du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation, installé le 16 mars 2002, adopte comme préalable deux modes de paiement à savoir : le prix moyen d'une journée d'hospitalisation et le forfait par pathologie<sup>219</sup>. La facturation selon le premier mode de paiement sera établie sur la base d'un prix moyen d'une journée d'hospitalisation par type d'établissement (EHS, CHU, secteurs sanitaires) et par groupes de spécialités homogènes (médicales, chirurgicales, psychiatriques, spécialités lourdes et coûteuses, maternité). Quant au deuxième mode de paiement, ce dernier nécessite le recours à des travaux d'experts devant aboutir à l'élaboration de consensus thérapeutiques par pathologie. Les schémas diagnostiques et thérapeutiques arrêtés par ces experts servent à l'évaluation des forfaits par pathologies auxquels s'ajoutent les forfaits d'hôtellerie et de restauration.

La facturation est actuellement faite sur la base d'une ancienne nomenclature des actes et de la tarification professionnelle établie en 1987 qui doit être impérativement soumise à la révision. Or le décret portant commission de nomenclature et de tarification des actes attend toujours sa signature. Ceci dit, l'un des premiers aspects liés à la mise en œuvre de la contractualisation se trouve ainsi négligé et ignoré étant donné que la nouvelle nomenclature fait partie intégrante des mécanismes de ce processus enclenché qui ne peut pas être réussi et évalué sans ce point précis<sup>220</sup>.

### **3- La contractualisation interne**

La contractualisation externe doit permettre à chaque établissement de se procurer des ressources des différents partenaires à hauteur des activités réalisées. Quant à la contractualisation interne, celle-ci concerne une meilleure organisation et fonctionnement des bureaux des entrées, l'élaboration des cahiers de charges internes et propres à chaque établissement à l'effet de fixer les objectifs en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir et l'évaluation du travail que fait effectivement chaque membre du personnel au sein de l'établissement sanitaire.

---

<sup>219</sup> C'est l'attribution d'un budget pour chaque pathologie traitée, cela nécessite une maîtrise parfaite de l'ensemble des coûts liés à chaque maladie. Cette démarche nécessite plus de temps et exige le recours à des travaux d'experts pour l'élaboration des consensus thérapeutiques par pathologie ou des schémas diagnostiques et thérapeutiques. Une fois ces schémas arrêtés, ils serviront à l'évaluation des forfaits par pathologie auxquels il faudrait ajouter les frais d'hôtellerie et de restauration.

<sup>220</sup> Déclaration faite par le ministre de la santé Mourad Redjimi en mars 2005 (Contractualisation : la gratuité des soins c'est fini)

La contractualisation interne au niveau d'un hôpital s'établit lorsque des relations contractuelles se tissent entre la direction générale et les différents services médicaux et non médicaux. Il n'y a qu'une seule entité au sens juridique du terme et la relation s'établit entre des composantes de cette entité relevant directement de la même autorité. Cette relation entre les éléments d'un même ensemble n'est pas réellement un contrat puisque celui-ci n'est pas « opposable » au sens où des sanctions seront prévues en cas de non respect des engagements pris néanmoins, il s'agit bien d'une relation contractuelle du fait qu'il y a négociation et accord entre les parties en présence.

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

La définition du projet d'établissement est l'apanage de la direction générale. Il est défini sur la base du projet médical, retient les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers. Les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs retenus qui doivent être minutieusement déterminés et répartis entre les différents centres de responsabilité en fonction des actions arrêtées.

## **Conclusion du chapitre VII**

La contractualisation ne peut aboutir en Algérie qu'à la condition préalable de définir le projet d'établissement. Ce dernier va contenir toutes les orientations à même de guider les établissements de santé dans leur quête de la « *performance* » à condition que ces derniers jouissent pleinement de leur autonomie quant à la fixation des objectifs tout en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir. Dans les conditions actuelles, il apparaît clairement que les marges de manœuvre de ces responsables sont extrêmement réduites au vu des modalités de fonctionnement et de gestion de ces établissements.

Cependant, la définition de ce projet d'établissement est certes nécessaire mais elle reste insuffisante. En effet, sans *l'accréditation/certification* des

établissements de santé et la valorisation de la ressource humaine en tant que moteur de changement, ces établissements se retrouvent dans l'incapacité d'entreprendre des actions visant à répondre aux impératifs de la contractualisation, à savoir : une rationalisation dans l'emploi des ressources allouées et une meilleure qualité des soins dispensés aux malades. Ce sont là les deux volets essentiels qui feront l'objet des prochains chapitres.

## **Chapitre VIII**

### **Processus d'accréditation des établissements de soins en Algérie : du virtuel vers le réel ?**

#### **Introduction**

L'accréditation<sup>221</sup> est une démarche qui vise, simultanément, une évaluation de la qualité des soins et la promotion de toutes les démarches mises en œuvre dans les établissements de santé, et ayant pour finalité l'obtention d'un changement effectif dans les pratiques médicales, paramédicales et managériales. Le développement de la fonction « qualité » dans le système de soins doit constituer une réponse aux besoins et attentes des usagers de ce système, des attentes qui n'évoluent pas toujours dans le sens souhaité par les professionnels chargés de leur apporter des réponses adéquates car ceux-ci considèrent que leurs prestations sont, en général, des prestations de qualité. Néanmoins, le système de soins est plus complexe et les acteurs qui le composent sont fort nombreux pour que cette fonction « qualité » devienne une équation ne mettant en corrélation que deux de ses nombreuses composantes. Chacune étant consignée un rôle bien précis à remplir pour la continuité de ce système. Bien que les rôles soient, en général bien identifiés, il n'en demeure pas moins que les objectifs poursuivis et les logiques qui animent chacun des acteurs en présence sont loin de converger dans un même sens. Dès lors, il faudrait que cette fonction « qualité » ne soit pas prise en compte dans le cadre restrictif de chacune des composantes du système de soins en cherchant à l'amener à bien faire, mais plutôt de prendre la fonction « qualité » en termes collectifs, c'est à dire de mettre en place les conditions nécessaires du « bien-faire » de tous les acteurs en présence. C'est là, à notre sens, le rôle de l'accréditation. Dans ce qui suit, il sera question d'analyser les possibilités de la mise en place de l'accréditation des établissements de soins tout en mettant en exergue l'impact de cette démarche sur l'amélioration de la qualité des soins en Algérie.

La qualité des soins ne peut plus être restreinte à la seule qualité des pratiques médicales, même si ces dernières, forment toutes les autres pratiques qui s'y rattachent. La formation et la qualification des médecins ont été considérées comme les garants d'une médecine de qualité. Néanmoins, plusieurs facteurs ont concouru à des changements dans les certitudes anciennes pour intégrer d'autres considérations qu'elles soient d'ordre diagnostiques ou thérapeutiques, devenues plus complexes ou des considérations liées à la prise en charge des malades qui exigent, de plus en plus, des soins de qualité, des pouvoirs publics qui deviennent régulateurs après s'être arrogés le rôle de simple bailleur de fonds passif. Il en est de même de la sécurité sociale dans son rôle de payeur, qui exige des preuves, à priori, que la ponction de ressources effectuée sur ses fonds serve à financer des activités de soins plutôt que des structures de soins.

---

<sup>221</sup>Aux Etats-Unis d'Amérique l'accréditation des établissements de soins est un préalable à l'octroi des financements pour ces établissements.

Depuis quelques années, la question de la qualité des soins fait l'objet d'études dans la plupart des pays du monde. Dans les pays développés, plusieurs dispositions réglementaires, sont introduites en vue de la gestion de la qualité dans les établissements de soins. C'est ainsi qu'on voit naître la notion d'accréditation des établissements de soins où l'ultime objectif poursuivi par les acteurs du changement est de donner l'assurance que la qualité des soins est prise en charge effectivement, en d'autres termes qu'elle est le résultat d'une démarche et d'un processus volontairement initié et non le fruit d'un pur hasard et qui constitue une preuve supplémentaire que les attentes des acteurs en présence, dans le système de soins, sont véritablement prises en compte. La mise en place de la démarche qualité a été introduite auparavant dans les entreprises et a donné des résultats probants quant à l'amélioration de la qualité des produits lancés et des systèmes de gestion.

## **I- Les définitions et évaluations de la qualité des soins**

La notion de qualité de soins, précédemment passée en revue, est truffée de sens. Elle est, de surcroît, diversement perçue par les acteurs du système de soins car les attentes des uns et des autres sont loin de converger dans un même sens. Par conséquent, une définition de la qualité, acceptée de tous, s'impose. Pour cela, on retiendra la définition proposée par un panel international sous la conduite de l'organisme international chargé de standardiser la qualité (ISO) qui considère la qualité comme : « l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites »<sup>222</sup>.

Cette définition est universellement acceptée. Elle s'applique aussi bien au monde des entreprises qu'à la production des soins. Cependant, elle introduit des éléments que l'on ne retrouve nulle part dans les définitions déjà évoquées à savoir : que la qualité des soins doit répondre simultanément à des besoins clairement énoncés, c'est à dire à ceux exprimés et attendus par leurs auteurs et à des besoins inexprimés et donc non formulés comme ne pas être exposé à des erreurs médicales ou être victime d'une infection nosocomiale et donc contracter une maladie à l'occasion d'un séjour dans un hôpital.

### **1-Comment évaluer la qualité dans le système de soins ?**

Selon Avedis Donabedian, il existe trois dimensions pour l'évaluation de la qualité dans le système de soins. En effet, pour ce médecin, la qualité des soins est appréciée à travers une articulation entre trois éléments clefs, objets de l'évaluation, à savoir : les moyens mis en œuvre dans les structures de santé, la façon dont ces moyens sont mis en œuvre pour atteindre l'objectif fixé, et enfin les résultats obtenus bien que ces derniers soient difficilement évaluables. En effet, il est presque impossible de mesurer un acte médical, à fortiori une prestation de soins complexe à l'exemple de la pose d'une prothèse où plusieurs facteurs s'imbriquent, allant du

---

<sup>222</sup> Segouin. C & Bérard A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005

niveau de fonctionnalité de la prothèse au temps nécessaire pour l'obtention d'un résultat fonctionnel jusqu'au suivi indispensable du malade, durant la durée de vie de la prothèse, en vue d'éviter la survenance d'événements non désirés. On conçoit alors que l'évaluation du résultat ne peut-être immédiate car elle constitue un long processus qui permet d'enrichir les connaissances concernant la qualité des soins et d'aplanir toutes les difficultés inhérentes à une évaluation instantanée du résultat obtenu. Il est donc primordial de se fixer des règles de fonctionnement et de pratiques professionnelles qui permettent d'atteindre l'objectif tracé, en matière de résultats.

Toutefois, cela ne suffit guère à donner l'assurance que les objectifs fixés seront inévitablement atteints. Il s'agit alors de mettre préalablement en place, dans les établissements de soins, des évaluations régulières de l'application des bonnes règles et de garder trace de ces dernières et de leurs résultats. On dépasse, dans ce cas, le simple contrôle de la qualité, qui consiste à évaluer si des procédures ont été effectivement appliquées car il s'agit ici d'une assurance qualité qui dépasse le contrôle ou l'audit qualité par le fait qu'on se donne toutes les chances et les garanties pour assurer la qualité du résultat. L'assurance qualité se définit donc comme « l'ensemble des actions préétablies et systématiques mises en œuvre dans le cadre du système qualité, et démontrées en tant que de besoin, pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité »<sup>223</sup>. Qu'en est il alors de l'accréditation en général et de l'accréditation en Algérie?

## **2- Une perception différenciée de la qualité par les acteurs du système de soins**

La qualité des soins est perçue différemment par les innombrables acteurs du système de soins :

**2-1- Les professionnels de santé :** ils ont une représentation personnelle de la qualité des soins car ils considèrent que les actions médicales qu'ils mènent, dans les établissements de santé, sont en parfaite adéquation avec la formation suivie dans les facultés de médecine complétée par l'expérience du terrain. Néanmoins, la qualité ne peut en aucun cas se résumer à la somme des compétences professionnelles individuelles car même si elles sont, en fait, nécessaires, elles restent insuffisantes eu égard à l'interaction des divers professionnels qui exercent leur métier en étroite collaboration. La qualité des soins doit être perçue, en conséquence, non comme la somme des compétences individuelles des professionnels de santé mais comme la résultante de l'action réciproque de plusieurs compétences complémentaires agissant pour un même objectif.

**2-2- Les malades :** ces derniers ont, au contraire une perception différente de la qualité des soins. Ils considèrent cette dernière comme une réponse à leurs attentes et besoins lesquels ne dépendent pas de la seule expertise

---

<sup>223</sup> Définition de L'assurance qualité donnée par l'ISO.

médicale ou de la simple relation médecin malade. En plus d'être bien pris en charge par leurs médecins traitants, les malades expriment d'autres besoins à savoir : être écoutés et pouvoir exprimer leurs attentes en toute quiétude, être informés sur leur état de santé, recevoir des explications quant aux traitements prescrits, ne pas être exposés aux maladies nosocomiales et à des erreurs médicales, bref bénéficier de meilleures conditions d'hébergement et de séjour en milieu hospitalier ...etc.

**2-3-Les gestionnaires des établissements de soins :** ils sont plutôt préoccupés par des considérations budgétaires et cherchent à amoindrir les dépenses de santé. Leur perception de la qualité de soins est liée à une meilleure ou une utilisation efficiente de ressources, c'est à dire l'obtention du résultat attendu en ayant mobilisé la quantité de ressource nécessaire ou optimale.

**2-4-La sécurité sociale,** considérée pendant longtemps comme le principal bailleur de fonds du système de soins en Algérie, elle est constamment mise en difficulté aussi bien par les dépenses induites par le secteur privé, que par celles du secteur public caractérisées par un perpétuel accroissement et par la non maîtrise de ces dépenses par les agents chargés d'exécuter les budgets des établissements de santé, ces derniers étant eux mêmes cantonnés dans des rôles et des situations qui ne leur permettent que de consommer des budgets alloués en respectant des procédures administratives bien précises. Les perspectives de la sécurité sociale consistent à financer des activités de soins et non les structures chargées de les prodiguer. Aussi, le financement de ces structures est fonction d'une relation contractuelle assortie de l'exécution d'un programme ou des activités de soins.

**2-5-Les pouvoirs publics :** ils ont des préoccupations plus larges car en plus des politiques de santé qu'ils élaborent et des financements qu'ils allouent aux établissements de santé, ces derniers sont plus que jamais interpellés par la qualité des soins prodigués aux malades qui doit être en parfaite adéquation avec les ressources allouées au secteur de la santé. Par ailleurs, c'est aux pouvoirs publics qu'incombe la charge d'insuffler toutes les mesures et démarches allant dans le sens de la prise en charge, des acteurs en présence dans le système de soins, de la fonction qualité. En effet, les pouvoirs publics sont tenus de réunir toutes les conditions nécessaires pour introduire dans nos établissements de soins une démarche visant à une amélioration continue de la qualité des soins et de faire en sorte que cette démarche ait toutes les chances de réussite.

De tous les agents pré-cités, les pouvoirs publics jouissent de la plus grande capacité pour transformer radicalement toutes les pratiques dans le système de soins car leurs actions peuvent se matérialiser à travers des interventions ponctuelles dans les établissements de soins en apportant concours financiers et autres subventions. Ils

peuvent aussi intervenir directement par tout un arsenal de textes juridiques et réglementaires qui peuvent transformer le système de soins dans toute sa globalité, afin d'assurer sa continuité et ce à travers l'accréditation ou charger des organismes indépendants qui se substitueront à eux dans cette démarche.

## **II- L'accréditation des établissements de santé**

Elle est un outil indispensable pour l'amélioration de la qualité de soins. L'accréditation est, certes une preuve et une garantie supplémentaire pour les malades séjournants dans les établissements de santé. En effet, les malades sont rassurés quant au bon fonctionnement de ces établissements selon un certain nombre de standards et de normes bien établies et que les pratiques exercées (médicales, paramédicales et gestionnaires) sont régulièrement contrôlées.

### **1- définition de l'accréditation**

L'accréditation constitue une procédure **d'évaluation externe** réalisée par un organisme indépendant qui se veut être une approche visant l'amélioration continue de la qualité des soins. Elle se définit comme « une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses tutelles, et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont tenus en compte par l'établissement de santé »<sup>224</sup>. On peut donc retenir plusieurs éléments clés qui sont à même de nous éclairer, un tant soit peu, sur cette procédure pour arriver à cerner ses contours :

#### **1-1-Les organismes de l'accréditation**

Elle est opérée par un organisme indépendant. Néanmoins, quand un organisme extérieur propose d'organiser la « fonction qualité » d'un établissement quelconque pour le récompenser ou pour lui reconnaître son mérite, plusieurs cas de figures peuvent alors se présenter :

- l'organisme peut ne pas appartenir à la tutelle, mais ayant le pouvoir d'imposer ses points de vues, dans ce cas là ses recommandations seront suivies ;
- dans le cas contraire, il sera difficile aux professionnels de soins de suivre des recommandations ou de simples conseils, émanant d'un organisme qui n'a pouvoir ni de les imposer ni de les appliquer.

---

<sup>224</sup>Segouin.C & Bérard.A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » op. cité

## **1-2- Les institutions chargées de l'accréditation des établissements de soins**

La prise en charge de la fonction qualité doit être de l'initiative de l'Etat ou des pouvoirs publics qui doivent créer des institutions chargées de l'accréditation des établissements de santé. Ces institutions ou organismes, se verront constituer dans leur majorité par des professionnels de santé, car les médecins sont peu enclins à accepter des recommandations n'émanant pas de leurs pairs.

## **1-3- champ de l'évaluation**

L'évaluation concernera l'ensemble du fonctionnement de l'établissement de santé et de toutes les pratiques qui s'y exercent que ce soit les pratiques médicales ou les pratiques gestionnaires. Pour cela, il faudrait s'appuyer sur des standards ou des référentiels permettant de mener à bien cette entreprise. La médecine, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, de par le monde se soucie davantage des coûts qu'elle génère et de la qualité de soins qu'elle dispense. En effet, les phénomènes d'optimisation ont gagné même la pratique médicale, c'est-à-dire que cette dernière s'exerce selon des référents et des standards. Traditionnellement, la médecine relevait d'une étroite relation entre le médecin et son patient. Par contre, la médecine "moderne" tente de dépasser cette relation étroite médecin-patient pour intégrer à la justesse de l'acte médical, les pratiques considérées comme étant des références dans l'exercice de l'activité médicale.

Il existe des protocoles de soins, censés diminuer la variabilité des traitements à prescrire pour une même pathologie. Les sommités de l'exercice médical peuvent, dans certains cas de pathologies avérées, prescrire un même traitement ou un seul processus de soins qui peut être pratiqué par tous les médecins. Cependant, dès lors qu'il existe une variabilité des pratiques médicales, elle peut être, entre autres, à l'origine du gonflement des dépenses de santé. Ceci dit, ces protocoles ont pour vocation d'éliminer tous les gestes et pratiques inutiles comme d'exiger des patients tout un arsenal de tests et le recours à des techniques d'aide au diagnostic pas toujours appropriées.

Quant aux pratiques des gestionnaires qui sont aujourd'hui limitées à l'administration des structures de soins publiques, ces pratiques tendent à intégrer de nouveaux outils de management dans leur processus de prise de décision. Des outils, longtemps utilisés dans la sphère de la prise de décision privée, mais ayant peu à peu intégré la sphère de la décision publique. La gestion des structures de soins en Algérie relève d'une gestion purement administrative, c'est-à-dire qu'une structure principale de soins en l'occurrence, un hôpital, dispose d'un budget annuel ce dernier est exécuté selon des procédures administratives précises. Les gestionnaires se soucient davantage du strict respect de la procédure budgétaire que de la réduction des coûts. Ceci dit, les secteurs de soins connaissent, à travers le monde, des réformes. Ces dernières s'inscrivent dans une démarche de réduction des coûts liés à la maladie. Le succès de toute réforme en matière de santé publique doit reposer tant

sur l'amélioration de la qualité des soins que sur la réduction des coûts générés par la prise en charge des malades.

#### **1-4- La définition de standards**

Ils peuvent être désignés comme un certain nombre de normes décrivant le niveau minimum, le niveau optimal ou le niveau acceptable d'une procédure ou d'un résultat. Un standard peut être utilisé pour définir une condition idéale, une condition habituelle ou une condition de référence. Enfin, les standards sont des mesures de la qualité ou de la quantité, établies par une autorité, par une profession ou par les consommateurs et qui servent de critères d'évaluation<sup>225</sup>. Les référentiels ou les standards de qualité peuvent être établis comme on vient de les définir soit par une autorité (organisme chargé de l'évaluation de la qualité des soins), une profession (les sommités de l'exercice médicale) ou enfin, par des consommateurs de soins (les patients) et peuvent concerner aussi bien l'évaluation des structures, des procédures de soins et des résultats obtenus par ces dernières.

Par ailleurs **ces standards** peuvent concerner plusieurs rubriques et regroupent en fait plusieurs thématiques à savoir :

**1-4-1-la rubrique patient et sa prise en charge** : Il s'agit de prendre en considération les droits des patients quant à une médecine de qualité, de porter à leur connaissance toutes les informations utiles, de trouver trace de tous les actes diagnostiques et thérapeutiques effectués sur les malades transcrits dans un dossier appelé « le dossier médical » du patient, lequel permettra une traçabilité de ces actes qui peuvent être soumis à l'évaluation par des médecins plus aguerris en cas d'erreur médicale.

**1-4-2-la rubrique management et la gestion au service du malade** : Il s'agit du management des établissements de soins et de toutes les activités concourant à la pose du diagnostic et au traitement des malades. Il s'agit ensuite de la gestion des ressources humaines pour une meilleure implication de cette ressource stratégique dans l'accomplissement des tâches respectives qui lui incombent, enfin de la gestion des fonctions logistiques ou de l'organisation des services qui doivent répondre aux besoins explicites et implicites des malades. Bref, il s'agit de mettre en place et de gérer un système d'information chargé du recueil, du traitement, de la mémorisation et de la transmission de l'information en temps utile ;

**1-4-3-la rubrique qualité et prévention<sup>226</sup>** : Elle est destinée à une meilleure gestion de la qualité et de la prévention de tous les risques susceptibles d'affecter les malades lors de leur séjour hospitalier en mettant l'accent sur l'hygiène et la salubrité de leur environnement immédiat.

---

<sup>225</sup> Sous la direction de Yves Matillon – Pierre Durieux « L'évaluation médicale : du concept à la pratique », médecine sciences Flammarion, Paris, 1994.

<sup>226</sup> Segouin. C & Bérard. A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005

## **2- L'accréditation des établissements de santé en Algérie**

La question de l'accréditation des établissements de santé, en Algérie, n'est pas posée avec acuité à l'heure actuelle. Voilà pourquoi nous avons dénommé ce chapitre l'accréditation du virtuel vers le réel ? En effet, les pouvoirs publics semblent se donner le temps nécessaire pour amorcer l'inéluctable processus à savoir : l'introduction de la fonction-qualité dans les structures publiques de soins. Pour l'heure, il s'agit de mettre en place les préalables à l'accréditation à travers les différentes mesures qui ont pour ultime objectif de doter les établissements de soins d'outils nécessaires à un fonctionnement rationnel. Par contre, la question de l'évaluation est définitivement levée puisque les décideurs algériens veulent, désormais, rompre avec les anciennes pratiques de gestion qui n'accordent pas de place particulière à une meilleure prise en charge des malades dans les structures publiques. Cette évaluation est interne à l'établissement puisque aucun organisme extérieur n'intervient pour insuffler la démarche à suivre. Néanmoins, les établissements sont tenus de réaliser un certain nombre d'actions émanant de décisions prises à l'échelle ministérielle telles la tenue d'un certain nombre de documents normalisés à l'exemple de la fiche navette censée refléter l'activité d'un quelconque service hospitalier, d'un dossier médical où seront transcrits tous les actes accomplis sur les malades qui reflète, quant à lui, la qualité des soins prodigués. Par ailleurs, tant d'autres actions, considérées comme des préalables à une médecine de qualité, ont été entreprises à l'exemple de la qualité de l'accueil qui doit être améliorée, de la salubrité de l'environnement en introduisant de nouvelles mesures concernant l'hygiène du milieu hospitalier, de l'acquisition de nouveaux équipements pour faciliter la pose du diagnostic et ou de la valorisation des salaires pour la motivation du corps médical. Enfin, les établissements de soins sont tenus de déterminer le coût de prise en charge des malades en milieu hospitalier, et ce en simulant la facturation de toutes les prestations fournies.

## **3- Les objectifs de l'accréditation**

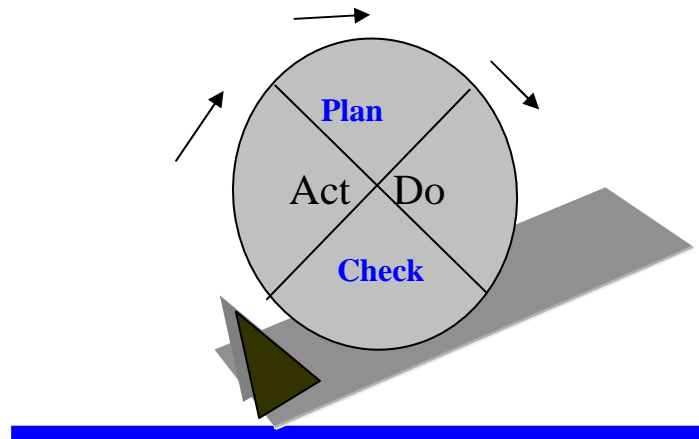
Les objectifs de l'accréditation sont nombreux eu égard aux différents acteurs intervenant dans le système de soins, néanmoins la finalité ou l'objectif ultime de l'accréditation, reste l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette amélioration continue de la qualité s'acquiert par le management de la qualité totale (ou la gestion de la qualité totale) qui est « un mode de gestion d'un organisme centré sur la qualité, basé sur la participation de tous ses membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et a des avantages pour les membres de l'organisme et pour la société »<sup>227</sup>. En effet, la nouvelle tendance qui se dessine, consiste à appliquer le modèle d'amélioration continue de la qualité initialement appliqué au secteur industriel sous l'influence de Deming qui a représenté son modèle d'amélioration de la qualité sous la forme d'une roue posée sur une pente laquelle possède une cale qui fait allusion à la nécessité du maintien de l'effort pour ne pas descendre du niveau de qualité atteint antérieurement. Par contre, la roue symbolise la continuité de l'action tandis que la pente fait référence à la

---

<sup>227</sup> Giraud. A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », éditions Economica, Paris, 1992.

permanence de l'effort. Dans cette roue quatre phases sont symbolisées : « plan » ; « do » ; « check » et « act ». Par « plan » Deming sous entend la planification des actions qualité ; « do » signifie la mise en œuvre de ces actions ; « check » veut dire évaluation des actions entreprises sous leur aspect économique et médical et enfin la phase « act » symbolise la mise en œuvre d'actions correctives suite aux résultats de l'évaluation.

**Schéma n° 21 : Roue de Deming**



**Source :** Segouin, C & Bérard, A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » in la revue du praticien, Paris, 2005

#### **4- Les principaux enjeux de l'accréditation**

Les enjeux de l'accréditation sont multiples et nombreux. Néanmoins, les plus méritoires à citer sont ceux de l'optimisation des décisions prises à différents échelons et de la rationalisation des pratiques au sein de nos organismes hospitaliers, de leur mode d'organisation et de régulation au sens de contrôle de la régularité de fonctionnement de ces derniers. L'optimisation au sens de prendre en considération l'efficacité des actions entreprises, en d'autres termes que lorsqu'on engage une dépense cela nécessite de parvenir à un résultat et de tenir compte de l'efficience qui signifie de parvenir à ce résultat au moindre coût. Par contre, par rationalisation, en général, on entend que les décisions prises se matérialisent par des actions, souvent onéreuses, ces dernières ne peuvent en aucun cas être le pur fruit du hasard ou du tâtonnement mais quelque chose de mûrement réfléchi qui doit reposer sur des démarches scientifiques. Les médecins doivent prendre pleinement conscience que les traitements qu'ils prescrivent entraînent des dépenses que supportent la collectivité dans son ensemble, que la prise en compte d'éléments économiques, ne réduit en rien la pratique médicale, mais la conforte dans son éthique puisqu'on arrive à créer plus de santé en tenant compte des contraintes de ressources dont dispose la Collectivité. L'administration de la santé, peu encline à prendre en considération l'efficacité et l'efficience de ses décisions, se rétracte. Il lui faudra

dorénavant développer des méthodes de gestion du secteur de la santé plus économiques et moins administratives<sup>228</sup>.

### **5-Les conditions de réussite d'une démarche qualité**

Pour qu'une démarche qualité réussisse, il faut préalablement procéder à une création institutionnelle, en d'autres termes créer un organisme indépendant composé de professionnels de santé ayant toutes les compétences nécessaires pour insuffler toutes les procédures en vue d'introduire une démarche qualité au sein des établissements de soins. Elle doit être une démarche collective qui permette d'envisager des améliorations de pratiques qui ne peuvent être atteintes par des initiatives isolées. En effet, il faut impliquer toutes les parties prenantes dans ces établissements en leur fixant des objectifs bien définis à atteindre en réunissant toutes les conditions nécessaires que ce soit des moyens humains, matériels ou financiers, de se donner le temps requis pour que cet effort collectif soit piloté sur le long terme et non plus pour répondre ponctuellement aux besoins de l'accréditation. Par ailleurs, cerner le concept de qualité avec précision en lui donnant un sens qui ne soit pas en contradiction avec les appréciations de chacun des acteurs en présence dans les établissements de santé constitue l'autre condition de réussite de cette démarche. La recherche des soins de qualité est de ce fait nécessaire pour l'amélioration des services offerts par les organismes de santé à leurs usagers.

### **Conclusion du chapitre VIII**

L'accréditation doit être un outil qui sert au fonctionnement optimal et au développement des services offerts aux patients par les organismes de santé et non une finalité en soi. Cet outil peut aider à l'amélioration continue de la qualité en mettant à la disposition des établissements des normes et des mesures de performance. Une fois ces normes et mesures validées, l'accréditation devient un outil de la reconnaissance et de l'incitation à la qualité des soins.

---

<sup>228</sup> G. Parmentier « accréditation et qualité dans les établissements de soins pourquoi ?- Pour quoi faire ? Contributions aux réflexions du conseil d'administration de l'ANAES », Paris, 1998.

## **Chapitre IX**

### **Gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel des établissements de soins en Algérie**

#### **Introduction**

A l'origine l'hôpital était un centre d'hébergement charitable destiné à accueillir les indigents. Il se voit aujourd'hui chargé d'une mission bien spécifique à savoir : la production des soins. En effet, l'hôpital devient un lieu à haute technicité puisqu'il fait appel à des techniques médicales et managériales qui requièrent de nouveaux savoirs et tend, de plus en plus, à la recherche d'une nouvelle organisation qui place l'homme au centre de toutes les préoccupations. Le personnel de l'hôpital constitue donc une pierre angulaire dans la perspective de l'émergence d'un nouveau management hospitalier.

L'hôpital est, en effet, le lieu d'une activité de production de services de soins. A cette fin, il combine des facteurs humains et matériels qui se caractérisent par leur coût et par leur « productivité ». Ces caractéristiques sont importantes pour l'hôpital qui doit veiller à la meilleure utilisation de son potentiel humain et matériel du fait de leur coût donc générateurs de dépenses qui sont supportées, en dernier ressort, par toute la collectivité mais également du point de vue des « rendements » attendus.

Les services offerts par l'hôpital reviennent de plus en plus cher à cette collectivité appelée constamment à déboursier plus d'argent pour qu'à l'évidence se soigner mieux mais il ne faut pas perdre de vue qu'il y a lieu d'être judicieux en matière d'utilisation des ressources consenties. Certes l'hôpital est l'élément central du système de santé mais c'est également l'élément le plus coûteux. Voilà pourquoi ce dernier fait l'objet de plusieurs études qui tendent à le comparer à « l'entreprise » afin de rendre les actions qu'il entreprend plus efficaces.

Certes, il est difficile de comparer l'hôpital à une entreprise sans restrictions ou limites. L'hôpital présente, à bien des égards, des particularités qu'il faut prendre en ligne de compte comme celui d'être un service public assigné d'une mission bien particulière qui est celle d'apporter aide et assistance à des malades dans n'importe quelles circonstances. Il a, en plus, d'autres missions d'enseignements et de recherches. Toutes ces missions ne sont, pour la plupart, pas du tout rentables si l'on ne se projette pas sur le long terme.

La différence nette entre une entreprise et un hôpital tient au fait que l'output d'un établissement de santé est différent de celui d'une entreprise du fait que les usagers ou les malades ne sont pas les payeurs véritables des prestations qui leur sont offertes puisque les assurances maladie et le ministère de la santé se substituent à eux en matière de financement, de même que ces usagers ne peuvent décider à eux seuls de leur hospitalisation car cela relève de l'apanage des médecins et enfin, les usagers ne sont pas aptes à contrôler l'action de ces établissements. Par contre dans une prestation offerte par une entreprise, le client décide lui-même d'acheter ou de ne pas

acheter, débourse de son propre gré de l'argent pour payer la prestation et dans le cas d'insatisfaction, il sanctionne l'entreprise prestataire par le fait de rechigner de se procurer les produits qu'elle lui offre.

Les lourdes sommes allouées par la tutelle afin d'assurer le fonctionnement de ces établissements pour qu'ils puissent prodiguer des soins et l'association pour cette entreprise d'organismes payeurs, à l'exemple des assurances maladie, font que des méthodes de gestion modernes sont régulièrement introduites au sein de l'hôpital par ces mêmes autorités administratives voire que sont introduites des tentatives de rationalisation des actions, programmes et orientations de l'hôpital public.

L'activité de l'hôpital reste essentiellement une activité de services malgré la sophistication des équipements utilisés dans la production de soins. En effet, dans ses facteurs de production des soins, il y a prédominance des personnels. Une partie importante de ce personnel est qualifiée voire même hautement qualifiée tels les médecins généralistes et spécialistes. La diversité des spécialisations va en s'accroissant à l'hôpital puisqu'on trouve des ingénieurs biomédicaux et des informaticiens ayant reçu des formations différentes. Les statuts en sont très diversifiés puisque le corps médical et paramédical possède chacun des statuts différents. Les autorités compétentes sont, en outre, différentes puisque les administrateurs sont des ordonnateurs de dépenses alors que les médecins le sont également lorsque ces derniers prescrivent des traitements à leurs malades. La hiérarchie au niveau d'un hôpital n'est pas toujours claire puisque si on prend le corps paramédical, on trouve que celui-ci dépend des médecins à l'occasion des actes de soins mais dépend aussi des administrateurs quant au traitement perçu. Par conséquent, cette diversité de formations suivies, de spécialisations et des statuts fait naître des difficultés de communication et de participation.

A la lumière de ce qui précède, on est tenté de dire qu'il existe en fait à l'hôpital deux « appareils » à même de diriger une seule institution. Le premier de ces appareils est de nature technique incarné par les médecins spécialistes, les médecins généralistes et les paramédicaux dont les formations suivies sont toutes orientées vers les techniques de guérison et les meilleures façons d'apporter du réconfort pour les malades. Tandis qu'il existe un autre appareil bureaucratique incarné par les administrateurs qui tentent de « gérer » au mieux tous ce qui en réalité relève d'une simple administration du fait qu'ils n'ont pas une large marge de manœuvre quant à une gestion plus souple et intrinsèque à l'établissement. Disons que ces deux appareils sont appelés à joindre leurs efforts en vue de la constitution d'une véritable équipe de direction associant tous ceux qui incarnent les différentes fonctions au sein d'un hôpital.

La tentative d'introduction d'une gestion dynamique des ressources humaines dans l'hôpital public en Algérie concerne non le corps médical puisque celui-ci possède un statut particulier qui lui confère l'aptitude au partage de la l'autorité avec l'administration mais concerne tous les autres personnels des différentes fonctions

assumées par une telle institution à savoir : les fonctions médico-techniques, les fonctions d'administration et de services et enfin, les fonctions logistiques.

Le service personnel d'un établissement de soins en Algérie est appelé à administrer la masse du personnel y exerçant. Il est, de surcroît, le service chargé de gérer des carrières professionnelles car différents corps de personnel en activité accèdent après formation ou ancienneté à des niveaux de qualifications supérieurs donc il y a avancement et reclassement professionnel qu'il faudrait gérer à bon escient<sup>229</sup>. Il est appelé, également, à gérer pour toutes ces catégories de personnels des situations variées, à savoir : le recrutement, la rémunération, la formation, la promotion, la sanction, les interruptions et la fin de carrière. Toutes ces tâches peuvent paraître, à première vue, nombreuses et lourdes de conséquences pour un même service qui s'astreint le plus souvent à une stricte application des textes pour mener à terme ces nombreuses missions. L'aspect juridique est souvent contraignant car tous les aspects liés à la gestion du personnel sont régis par des textes. C'est là, une raison principale de considérer et d'appréhender la gestion du personnel de la santé en Algérie comme étant une administration du personnel. Aussi, la stricte application des textes juridiques pour l'administration de ce personnel serait-elle en mesure de remplacer une véritable politique de personnel émanant de la gestion endogène de la structure sanitaire ? Il s'agit donc, de mettre en exergue, l'enjeu de l'introduction d'une gestion dynamique des ressources humaines dans les structures sanitaires publiques en Algérie.

## **I- La gestion des ressources humaines (GRH) dans l'organisation sanitaire**

La gestion du personnel représente l'une des tâches les plus importantes des activités du secteur de la santé car l'activité sanitaire est tributaire d'une utilisation massive de la ressource humaine et reste un organisme employeur de nombreux corps de personnels. Certains d'entre eux disposent de statuts particuliers tels que le corps médical et paramédical. Le personnel employé dans les structures sanitaires est varié étant donné la variété des missions qu'il accomplit. De ce fait, la structure sanitaire pourrait être assimilée à une microsociété car on y trouve une coexistence de plusieurs catégories de professions telles que des médecins, des aides soignants, des manipulateurs d'appareils de radiologie, des techniciens de laboratoires, des préparateurs en pharmacie, des cadres administratifs, des agents d'entretien et de maintenance, des plombiers, des électriciens. Les femmes occupent généralement un pourcentage très élevé des emplois dans le secteur de la santé.

---

<sup>229</sup> Salmi.M « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas : secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Iraten », Tizi-Ouzou, juillet 1999. Mémoire de Magister.

## 1- le domaine d'activité de la gestion des ressources humaines

La gestion de la ressource humaine recouvre un domaine d'activités très étendu. Ces activités sont nombreuses eu égard à la ramification de cette gestion. En effet, elle intègre plusieurs tâches entre autres on citera : les activités liées à la paye, aux avantages en nature, aux remboursements divers, aux dossiers du personnel, à la gestion physique des effectifs, aux procédures administratives et financières de la formation, aux procédures de recrutement, aux conditions de travail, au suivi statutaire d'une manière générale<sup>230</sup>, à la gestion des emplois, à la gestion des carrières, à la formation et la gestion des compétences, au climat et dialogue social et à la communication interne.<sup>231</sup> Toutes ces activités ou tâches liées à la gestion des ressources humaines (GRH) peuvent se subdiviser et s'organiser autour de deux pôles :

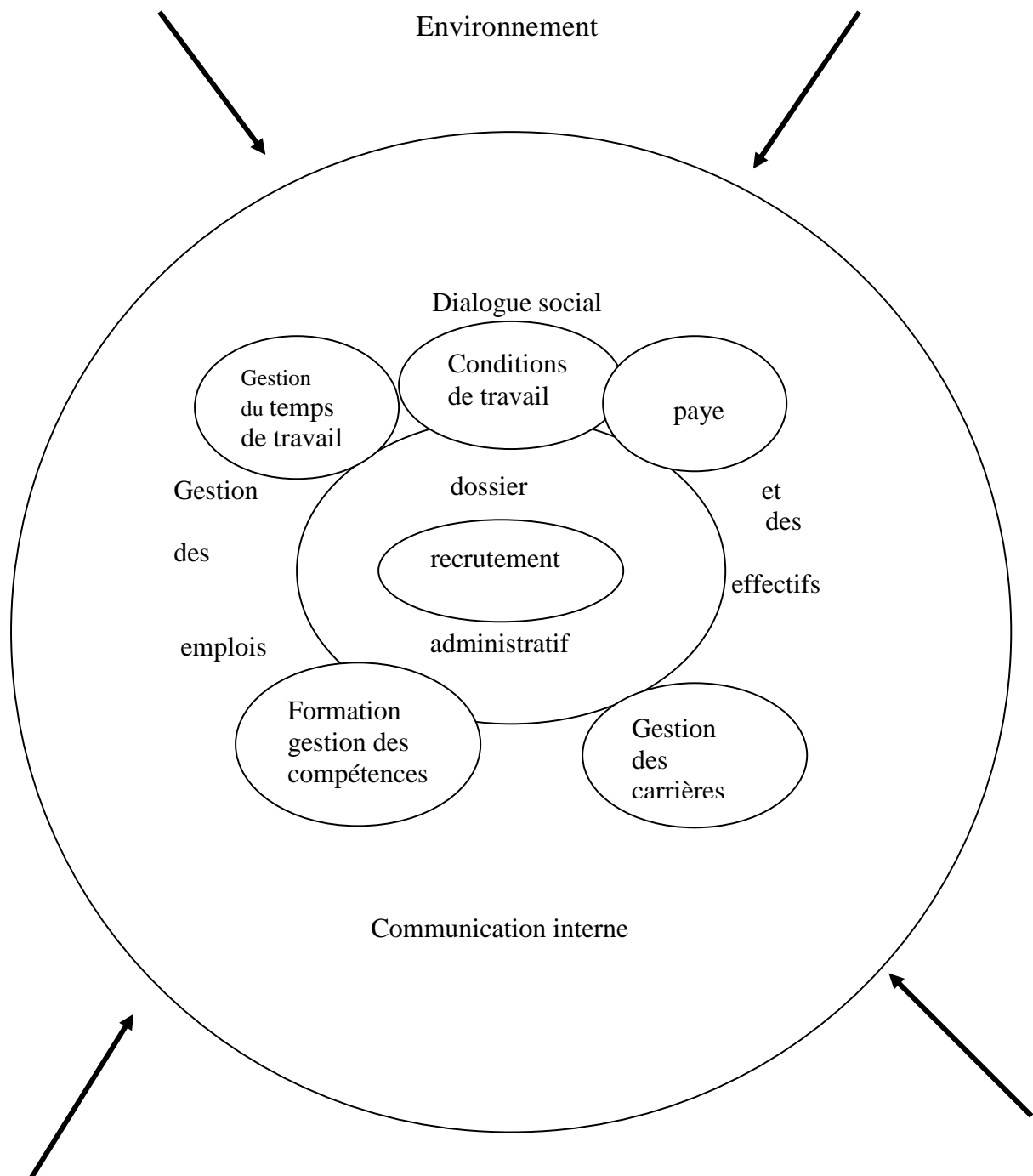
- **un pôle administratif** tourné essentiellement vers le respect de la réglementation et des procédures administratives bien précises ;
- **un pôle managérial** tourné vers une utilisation optimale des ressources humaines, le strict respect de la stratégie adoptée par l'établissement, la communication et la participation.

---

<sup>230</sup> Les activités organisées autour du pôle administratif sont : les activités liées à la paye, aux avantages en nature, aux remboursements divers, aux dossiers du personnel, à la gestion physique des effectifs, aux procédures administratives et financières de la formation, aux procédures de recrutement, aux conditions de travail, au suivi statutaire d'une manière générale.

<sup>231</sup> Les activités organisées autour du pôle managérial sont : les activités liées à la gestion des emplois, à la gestion des carrières, à la formation et gestion des compétences, au climat et dialogue social et à la communication interne.

Schéma n°22 : Le domaine d'activité de la gestion des ressources humaines (GRH)



**Source :** les dossiers de l'assistance publique des hôpitaux de Paris « la maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne », éditions Lamarre, Paris, 2003.

## **2- La prééminence des ressources humaines dans l'organisation sanitaire**

« Il n'y a de richesse ni de force que d'hommes ». Le capital humain est la vraie richesse de toutes les institutions. Cela est d'autant plus vrai qu'il s'impose avec force, pour tout observateur averti, y compris pour l'institution sanitaire. La place qu'occupent les ressources humaines est très importante du fait de leur savoir-faire, de leur compétence, de leur maîtrise qui devient un impératif pour toute réussite et surtout pour leur caractère stratégique, d'abord au sein des entreprises et aujourd'hui plus que jamais pour toute institution. En effet, la ressource humaine est toujours prise en compte comme un facteur de production à part entière car la maîtrise de la dimension humaine et sociale permet de participer à la maîtrise des dimensions technique et économique de l'hôpital considéré comme l'entité sanitaire par excellence. Cette ressource humaine est pesante du fait qu'elle représente la part la plus importante du budget de l'hôpital. Elle absorbe, en effet, 70% voire même plus du budget affecté à l'institution sanitaire sous forme de rémunérations des différents corps de personnels. Par conséquent, elle représente un coût considérable. L'absence d'une bonne maîtrise de cette ressource revient à dire que l'on passe à côté des avantages liés à une meilleure utilisation d'un potentiel considérable et surtout que l'on participe, activement, à un gaspillage de ressources appartenant à la collectivité. Par conséquent, les services personnels devraient être appelés à ne plus administrer des hommes, mais chercher plutôt à optimiser des ressources qui tendent à devenir stratégiques. Pour cela, ils sont tenus de ne pas appliquer des règles et des textes préétablis pour des situations présentes, mais doivent envisager, par ailleurs, d'organiser les ressources humaines en vue d'atteindre les objectifs à plus long terme. Les gestionnaires des ressources humaines ne se verront plus dans l'obligation d'appliquer uniquement des règles statutaires en respectant le cadre budgétaire puisque le personnel représente un coût, mais de gérer à l'optimum une ressource dans le cadre d'une politique bien élaborée par l'ensemble des acteurs impliqués dans le devenir de leur institution.

Les individus qui agissent dans les organisations qu'elles soient sanitaires ou autres, constituent l'atout principal de ces dernières quantitativement et qualitativement. Quantitativement, les organisations sanitaires voient la part la plus importante de leur charges affectées à des dépenses incompressibles (60 à 70% et même plus du budget hospitalier est affecté à la dépense en personnel). Qualitativement, l'organisation du travail, au sein de l'hôpital, doit s'assurer d'une amélioration significative de l'efficacité et de l'efficience du travail ainsi que de la qualité des services rendus par ces hommes et ces femmes, appelés en grand renfort, à travailler dans le milieu hospitalier en apportant soins et confort aux malades. Cette prise de conscience de la prééminence des ressources humaines doit marquer de manière indélébile les organisations (entreprises, administrations et aujourd'hui les structures sanitaires) qui doivent promouvoir ces hommes et ces femmes au rang de « ressources » au même titre que les ressources financières ou matérielles. La valorisation des personnes intervenant dans les organisations sanitaires doit faire l'objet d'une plus grande attention pour maintenir la qualité de la force de travail et son niveau de compétence.

De tous les moyens d'action mis à la disposition des gestionnaires<sup>232</sup> hospitaliers en terme d'administration des ressources qu'ils soient matériels, financiers ou humains, la gestion du personnel constitue le moyen le plus délicat mais sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management. En effet, les autres ressources dépendent des financements collectifs et les gestionnaires n'ont pas de prise directe sur leur affectation et leurs montants qui relèvent, en dernière instance, des arbitrages opérés au niveau des administrations centrales. Par contre, la gestion de la ressource humaine demeure un levier à leur portée et dont l'influence est déterminante pour atteindre les objectifs fixés et à remplir les missions de l'organisation sanitaire. Il est vrai que l'effort de management qui doit être entrepris en direction de la fonction ressources humaines est considérable pour la promouvoir au rang de fonctions nobles et reconnues. La définition d'une authentique politique du personnel reste le défi à relever par les gestionnaires hospitaliers dans un souci de mobilisation de la ressource humaine.

## **II- Les ressources humaines : « un capital » à optimiser**

La valorisation de l'institution sanitaire appelle une nouvelle organisation fondée sur une démarche stratégique pour assurer son évolution qui requiert une nouvelle approche de la gestion des ressources humaines en tant que moteur du changement et de la modernisation du service public hospitalier dans un univers en pleine mutation. Les bouleversements ressentis dans l'univers de l'hôpital sont nombreux et de plusieurs ordres, entre autres, les attentes des malades qui deviennent plus exigeants et l'impératif de la maîtrise des coûts pour sa pérennité est recherché en dépit de son caractère de service public

Les ressources humaines constituent une force d'intervention puissante pour accroître l'efficacité du service public hospitalier. Elle est l'un des atouts essentiels de l'organisation sanitaire à condition de la mettre en œuvre dans le cadre d'un management organisé, entretenu et fortifié. En effet, la détermination des conditions de mise en œuvre d'une stratégie de changement au sein de l'organisation sanitaire doit être l'une des préoccupations majeures des gestionnaires hospitaliers qui tiendra compte de la recherche de critères objectifs pour orienter les restructurations et les réorganisations de services. Ce n'est qu'à partir de là qu'on pourrait rechercher la meilleure façon d'optimiser le « capital humain » à la disposition des organisations sanitaires. Cette optimisation repose sur une amélioration continue de l'adéquation des ressources humaines aux missions arrêtées par l'institution sanitaire.

La mise en œuvre d'une stratégie de changement au sein de l'institution sanitaire en ce qui concerne la gestion des ressources humaines nécessite d'entreprendre des réformes pour relever les défis auxquels elle est confrontée en adoptant de nouvelles logiques de réponse qui irriguent les politiques sociales, entre autres la personnalisation, l'adaptation, la mobilisation, le partage et l'anticipation

---

<sup>232</sup> Levy.E & Bungener.M & Dumenil.G & Lafarge.H «Introduction à la gestion hospitalière », Bordas, Paris 1977.

qui vont transformer les pratiques de la GRH. Enfin, interviendra le contrôle interne qui est le processus de gestion par lequel les différents niveaux de management obtiennent une assurance raisonnable que leurs objectifs soient atteints<sup>233</sup>. La démarche pour la mise en œuvre de cette stratégie peut être représenté par le schéma ci dessous :

Démarche pour une mise en œuvre d'une stratégie de changement au sein de l'institution sanitaire en ce qui concerne la gestion des ressources humaines :  
**DEFIS → LOGIQUES DE REPONSE → PRATIQUES → CONTROLE INTERNE**

Les réformes devant être engagées sont celles qui substitueront à une logique de pénurie et de démotivation, une logique d'évaluation et d'optimisation. L'institution sanitaire est appelée à soigner mieux en dépensant moins car le financement se fera dorénavant sur la base de relations contractuelles. Une grande partie des dérives budgétaires provient d'une défaillance au niveau de l'organisation sanitaire où les dysfonctionnements sont légions. En effet, des cloisonnements qui plombent l'institution sanitaire existent entre les services administratifs et les services médicaux et existent par ailleurs au sein même de chacun de ses services. La non maîtrise des dépenses inutiles devient difficile suite à ces dysfonctionnements qui ont comme effet pervers la discontinuité dans la prise en charge des patients alors que toute l'organisation sanitaire doit être centrée autour de la satisfaction et d'une meilleure prise en charge des malades. Ce sont des réformes qui doivent par ailleurs s'inscrire dans une vision lointaine où les réflexions sur les projets sociaux à long terme s'imposent, soutenue par une vision organique et structurelle qui privilégie avant toute autre considération financière ou matérielle, l'homme au travail. En effet, il faut établir au plus vite la suprématie de la ressource humaine comme une nouvelle dynamique de changement au sein de toutes les organisations économiques, sociales et sanitaires du pays. Par conséquent, les réformes engagées dans le domaine de la santé doivent être accompagnées d'un nouveau management de caractère social qui exige une mobilisation des acteurs en présence à l'hôpital autour d'un projet partagé caractérisé par un certain nombre de convictions :

- lutter contre les cloisonnements, sources de dysfonctionnements et de gaspillages ;
- ériger la gestion des ressources humaines et le projet social en une fonction stratégique ;
- définir et susciter les conditions d'une mobilisation et de responsabilisation de la ressource humaine et ce en valorisant les réussites avec rétribution à la mesure de la contribution ;
- actualiser en permanence les savoirs professionnels.

---

<sup>233</sup> Les dossiers de l'assistance des hôpitaux publics de Paris « la maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne »

## 1- Les défis à relever

L'institution sanitaire est confrontée à des défis fondamentaux qu'elle se doit de relever. Certains de ces défis s'imposent comme des contraintes externes à prendre en ligne de compte à l'exemple de son évaluation à travers l'**accréditation**, un concept qui renvoie à une appréciation de la qualité globale et pour un établissement sanitaire il porte sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les établissements publics de soins devant faire l'objet de l'accréditation doivent mettre en place un programme d'évaluation avant de s'engager dans cette procédure car il est clair que cette disposition aura un impact considérable sur l'ensemble des acteurs en présence à l'hôpital.

La démarche qualité ne peut se faire sans la qualité des hommes chargés de la mettre en œuvre. Elle suppose un réel management des ressources centré sur la performance, la formation-motivation, la qualification, l'anticipation et la mobilisation de tous. Sans cette mise en commun des énergies, l'accréditation restera sans effet. De même qu'il ne pourrait être délivré de certification d'un établissement sans une évaluation des moyens humains disponibles et de leurs compétences, il est donc impératif d'identifier les activités dotées en sur-effectifs et celles qui fonctionnent en sous-effectifs et, partant, celles qui manqueront à l'avenir de personnels qualifiés.

La **contractualisation**<sup>234</sup> constitue l'autre défi que doit relever l'organisation sanitaire. Elle se présente comme une chance pour le renouveau de l'hôpital public en Algérie car elle lui offre un espace nouveau, riche de solidarités, de partenariats et une lisibilité sur la politique à suivre. En effet, les contrats d'objectifs et de moyens passés avec les partenaires des établissements hospitaliers, à savoir les bailleurs de fonds, représentent des engagements à leur égard, à celle de la collectivité intra et extrahospitalière car ces contrats sont la traduction en termes clairs et négociés d'objectifs bien précis à atteindre en mettant, pour ce faire, les moyens nécessaires. L'institution sanitaire est tenue, au préalable, d'adopter une nouvelle organisation centrée sur la création de centres de responsabilités<sup>235</sup> fonctionnant dans le cadre de la délégation de gestion. Ceci dit, la contractualisation doit permettre, en dernier ressort, de créer les conditions qui permettent la participation des équipes hospitalières à la vie quotidienne et au devenir de leur établissement puisque les décisions seront prises au niveau le plus proche des personnes qu'elles concernent. Par conséquent la contractualisation va constituer un facteur clé de réussite d'une gestion de la ressource humaine en introduisant un nouveau management animé par le souci d'implication et d'engagements réciproques de tous. En outre, elle a pour finalité le développement d'une logique de responsabilité individuelle et collégiale.

---

<sup>234</sup> Perrot Jean « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé » discussion paper, numéro 1- OMS Genève EIP/FER/DR.F.04.1 2004.

<sup>235</sup> Centre de responsabilité : Au sein de l'hôpital, ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités, et doté d'un budget par délégation du directeur de l'hôpital. Un service hospitalier clinique peut constituer un centre de responsabilité sous l'autorité du chef de service.

Individuellement, chacun peut contribuer à la prise de décision au sein de l'équipe dont il fait partie. Collectivement, les décisions prises engagent les équipes à tous les niveaux de la hiérarchie des services. La définition des niveaux d'exigence relève également du caractère et des obligations d'exercice du service public. Les décroissements entre tous les services et la mise en réseaux de toutes les activités de soins au sein de l'hôpital doivent venir renforcer les exigences de responsabilité et de qualité que requièrent la contractualisation et l'accréditation des établissements de soins. Pour cela, il est crucial d'associer les équipes hospitalières à la gestion de leur établissement qui ne doit pas être l'apanage des seuls administrateurs. C'est la contractualisation interne qu'il faudrait donc développer en permettant de décliner ou d'énumérer pour chaque équipe hospitalière les objectifs à atteindre en s'assurant de ses engagements quant au suivi des activités qu'elle développe. Par conséquent, la contractualisation interne devient une méthode de gestion participative à l'instar de la direction participative par objectif (DPO) que l'on retrouve dans le monde des entreprises. Ce mode de gestion devant permettre de développer les initiatives des équipes hospitalières en impliquant le corps médical dans la gestion par le biais d'une négociation interne d'objectifs à atteindre. Des équipes multidisciplinaires devront être ainsi créées associant administrateurs, médecins et soignants pour définir des actions prioritaires à entreprendre en conformité avec les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sanitaire élaboré par les décideurs politiques tout en restant dans le cadre des enveloppes budgétaires dégagées pour chaque établissement.

Les contrats d'objectifs et de moyens ou la contractualisation devient alors un véritable instrument de pilotage. Il importe donc que les co-contractants à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement hospitalier explicitent clairement les objectifs à atteindre en arrêtant les moyens pour y parvenir. Afin de permettre l'élaboration, la conclusion et le suivi de leur réalisation, il faudrait au préalable, définir le contenu et la forme de ces contrats entre les co-contractants en commençant par :

- définir le projet d'établissement sur la base du projet médical ;
- définir les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers ;
- déterminer les moyens humains, matériels et financiers dont l'établissement doit disposer pour réaliser les objectifs assignés ;
- arrêter, si nécessaire, des plans de formation pour le personnel employé au sein de l'hôpital que ce soit pour les administrateurs ou les personnels médicaux ;
- mettre en place de nouvelles organisations de soins axées sur un partage équitable de ressources sur la base des contrats négociés ;
- mettre en place un système d'information pour la collecte, la transmission, le traitement et le partage de l'information qui permette le décroissement des services et la mise en réseaux de toutes les activités développées ;
- associer les équipes hospitalières à la gestion de leur établissement en renforçant l'idée de la gestion participative.

D'autres défis viendront s'ajouter à ceux déjà cités pour déterminer, dans une large mesure, le devenir des établissements sanitaires tels que :

- la recherche de l'amélioration continue de la qualité des soins qui se trouve directement liée aux nouvelles exigences des usagers du système de santé et ce notamment dans la perspective d'une médecine payante ;
- le système de soins est appelé à s'adapter continuellement à la transition plurielle que connaît le pays qui porte dans son sillage des répercussions à l'exemple de la transition démographique ou épidémiologique qui donnent naissance à de nouveaux besoins, donc à de nouvelles exigences des patients ;
- le changement du cadre législatif et réglementaire apportant de nouveaux développements assez importants renforçant les obligations des établissements sanitaires dans plusieurs domaines qu'ils remplissent à l'exemple des évaluations régulières qu'ils doivent mener sur le plan de la qualité des soins ou de l'évaluation quantitative des coûts ;
- les incertitudes économiques qui pèsent, de plus en plus fort, sur les établissements sanitaires appelés à élaborer des prévisions fiables de telle sorte à augmenter leur visibilité à court, moyen et long terme et ce, en adoptant des stratégies pour réduire ces incertitudes et mettre en confiance leurs partenaires ou leurs co-contractants.

## **2- Les logiques de réponse<sup>236</sup>**

Pour répondre aux défis majeurs auxquels ils sont confrontés les établissements sanitaires sont amenés à adopter de nouvelles logiques de réponse qui vont irriguer les politiques sociales : la personnalisation (individualisation), l'adaptation (flexibilité), la mobilisation, l'anticipation et le partage constituent l'ensemble de ces réponses.

**La personnalisation<sup>237</sup>** concerne la politique de l'emploi : recrutement, rémunération, formation, aménagement du temps de travail, communication et gestion de carrière. Elle suscite l'apparition et le développement de certaines pratiques telles les systèmes d'évaluation des personnes, de leurs compétences et potentiels voire même le suivi de carrière. Les établissements sanitaires vont devoir mettre en œuvre des projets professionnels personnels, des plans individuels de formation en fonction des besoins ressentis, des bilans de compétences, des bilans professionnels personnalisés tout en tenant compte des attentes et des aspirations de chacun. Néanmoins, toute cette politique nécessite une nouvelle gestion des temps et des rythmes de travail de même qu'elle implique la décentralisation des décisions.

---

<sup>236</sup> Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » éditions Vuibert, Paris, 2003.

<sup>237</sup> Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » op cité

**L'adaptation ou la flexibilité**<sup>238</sup> signifie que les établissements sanitaires sont tenus de s'adapter rapidement et de façon efficace à toutes les évolutions de l'environnement pour répondre aux sollicitations externes tout en satisfaisant celles qui sont internes. Cette flexibilité doit être recherchée dans cinq directions :

- **la flexibilité quantitative externe** : comme négociateur des contrats de travail à durée déterminée, lorsque ces établissements connaissent des difficultés financières ;
- **la flexibilité quantitative interne** : suppose de recourir aux heures supplémentaires quand les services sont submergés de malades, au chômage partiel quand ils sont désertés par les malades et de façon plus générale à la modulation du temps de travail en faisant intervenir la récupération ;
- **la flexibilité qualitative ou fonctionnelle** : exige la mobilité ou le changement de profession et de qualification ainsi qu'une polyvalence du personnel dont les aptitudes et les capacités sont variées pour supplanter une vacance d'emploi ou tout simplement pour lutter contre le phénomène de l'absentéisme ;
- **la flexibilité salariale** doit être en outre recherchée à l'exemple de l'intéressement du personnel lorsque les ressources financières se font abondantes ou par une augmentation salariale réversible sur le plan collectif ou individuel ;
- **la flexibilité optimale** qui implique la décentralisation des décisions.

La rapidité d'adaptation à un environnement changeant est un impératif pour tout établissement, mais cela suppose de l'intelligence, un esprit d'initiative, une aptitude à communiquer et à négocier.

La performance de toute organisation y compris sanitaire résulte de **la mobilisation**<sup>239</sup> des ressources humaines. Pour mobiliser les énergies et l'intelligence humaine, les établissements sanitaires devront développer des formes de management participatif car la mobilisation repose sur l'implication de la hiérarchie et surtout sur sa capacité à motiver ses collaborateurs à condition que le climat social soit favorable et que l'on tienne un réel dialogue social en vue de la construction de nouveaux liens sociaux entre le personnel et leur établissement.

Le manque de visibilité exige une démarche anticipatrice favorisant les adaptations aux événements imprévus et à l'incertain car les risques liés à l'insuffisance **d'anticipation**<sup>240</sup> sont considérables. En effet, les mesures

---

<sup>238</sup> Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » éditions Vuibert, Paris, 2003.

<sup>239</sup> Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » éditions Vuibert, Paris, 2003.

<sup>240</sup> Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » éditions Vuibert, Paris, 2003.

d'adaptation prises au quotidien et qui ne s'inscrivent pas dans une vision stratégique sont vouées à l'échec. Toute prise de décision suivie d'action comporte des dangers lorsqu'elle n'est pas articulée avec des prévisions à moyen et à long terme. La réussite de la gestion à court terme que ce soit de l'emploi, des salaires ou de la formation n'a de sens que dans le cadre d'une stratégie ou vision lointaine prête à anticiper les événements futurs indésirables.

La fonction « ressources humaines » ne doit pas être l'apanage des directeurs de personnel. Tout cadre exerçant une fonction de commandement au sein d'un établissement sanitaire doit participer à la GRH car cette dernière est une fonction diffuse non circonscrite aux seuls gestionnaires des ressources humaines. En effet le mot d'ordre pour les établissements soucieux d'efficacité et de développement consiste à décloisonner les activités ou fonctions et à les **partager**. C'est ainsi qu'un cadre relevant d'une autre fonction peut prétendre à participer directement à tous les actes de la fonction ressources humaines et par voie de conséquence à huit missions essentielles de cette dernière :

- choisir les nouvelles recrues, les accueillir, les intégrer au travail ;
- gérer l'emploi et les temps de travail ;
- orienter les choix de carrière de ses collaborateurs, les suivre, utiliser les bilans de compétences ;
- former en identifiant les besoins de formation de ses collaborateurs et élaborer les plans individuels de formation ;
- rémunérer en évaluant les postes de travail, individualiser les rémunérations ;
- mobiliser en impliquant ses collaborateurs et toutes les compétences au sein de l'établissement ;
- négocier avec les partenaires sociaux : syndicats et personnalités influentes ;
- veiller à instaurer au sein des établissements sanitaires une vision stratégique des ressources humaines.

### 3- Les pratiques<sup>241</sup>

Les grandes missions de la fonction ressources humaines peuvent être appréhendées par rapport aux attentes exprimées par les différents acteurs évoluant au sein de l'institution sanitaire. Ces attentes sont adressées directement à la direction des ressources humaines et impliquent un changement dans ces pratiques lesquelles devraient répondre aux attentes des dirigeants, de l'encadrement, des salariés et enfin de leurs représentants.

---

<sup>241</sup>Barranger.P & Chen.J « Gestion : les fonctions de l'entreprise/ la gestion des ressources humaines au seuil de l'an 2000 » éditions Vuibert, Paris, 2003.

**Les principales attentes des dirigeants** (ou de la direction générale) par rapport à la DRH peuvent se résumer à trois éléments :

- l'identification et la réduction de tous les risques liés à la participation des hommes à la vie de l'hôpital ;
- une gestion des ressources humaines de qualité qui permette de mobiliser pleinement les hommes et d'accompagner les changements ;
- une direction des ressources humaines qui doit s'affirmer comme un partenaire stratégique en apportant un soutien très large à la mise en œuvre des stratégies adoptées par les établissements de santé.

**Les attentes de l'encadrement** se résument au partage de la fonction « ressources humaines » avec la direction de cette dernière afin que chacun des membres de l'encadrement puisse devenir à son tour « directeur des ressources humaines » de l'équipe qu'il dirige. Cela implique un partage de la fonction « ressources humaines » à trois niveaux :

- la définition en langage clair de la politique des ressources humaines de l'institution sanitaire en la communiquant largement et régulièrement à tout l'encadrement, cela suppose donc qu'il soit tenu informé de cette politique et partage la vision à long terme de l'hôpital en matière de ressources humaines ;
- le partage des savoirs qui veut dire que la direction des ressources humaines doit veiller à la formation et à l'information de l'encadrement afin de lui permettre de prendre les décisions personnalisées en ce qui concerne la GRH chacun dans l'équipe qu'il dirige ;
- le partage des pouvoirs qui veut dire la possibilité pour les membres de l'encadrement de faire des suggestions en matière de gestion des ressources humaines afin de permettre d'améliorer les procédures en vigueur et d'éliminer un certain nombre de dysfonctionnements liés à une gestion sans partage de la ressource humaine d'une part, de reconnaître d'autre part, à l'encadrement son pouvoir d'organisation qui doit permettre d'adapter les procédures aux spécificités propres à chacun des services hospitaliers, et de lui reconnaître, enfin, son pouvoir de décision en matière de GRH, chacun dans le cadre de l'équipe qu'il dirige à l'exemple de choisir le candidat à recruter, à partir d'une liste restreinte ou de décider des actions de formation pour l'ensemble du service que chacun des membres de l'encadrement coiffe et pour chaque collaborateur dont il est responsable.

**Les attentes des salariés ou du personnel** par rapport à la GRH peuvent être de plusieurs ordres notamment :

- un traitement équitable pour chaque salarié qui implique que la contribution de chacun soit effectivement évaluée et appréciée, une rétribution qui soit également connue et évaluée dans ses composantes monétaires et non monétaires ;
- une connaissance des compétences requises pour les postes de travail ;

- une connaissance des compétences actuelles de chaque salarié ;
- une connaissance de l'évolution des postes anciens et nouveaux et des compétences nécessaires pour les obtenir ;
- une connaissance des compétences que chaque salarié peut développer et des modalités pour y parvenir ;
- le respect des procédures légales en refusant de recruter sur recommandation, de donner une promotion par favoritisme, de licencier par abus de pouvoir, de décider une augmentation ou une non augmentation de salaires non justifiées. Enfin, que la DRH fasse preuve d'une rigueur et d'une transparence exemplaires dans la mise en œuvre des politiques en matière de GRH considérées comme les deux piliers d'une action efficace.

**Les représentants** du personnel expriment des attentes très diverses à savoir :

- que le directeur des ressources humaines doit être à l'écoute de ses salariés et de leurs représentants ;
- qu'il garantisse le respect des règles légales, conventionnelles et internes qui définissent les droits et les devoirs des salariés tant, individuels que collectifs.

#### **4- Le contrôle interne et la GRH<sup>242</sup>**

Le contrôle interne est le processus de gestion par lequel la direction générale et les différents niveaux de management obtiennent une assurance raisonnable que leurs objectifs soient atteints. Il peut s'appliquer à tous les domaines de gestion y compris la gestion des ressources humaines. Les objectifs permanents assignés à ce contrôle consistent à réaliser avec efficacité les opérations et activités afférentes à un établissement en respectant les politiques élaborées par la direction générale ainsi que les règles éthiques et déontologiques, les lois et règlements, les protocoles et les bonnes pratiques en s'assurant de la protection des biens et des personnels, de la fiabilité et la bonne diffusion des informations.

En matière de GRH, le contrôle interne vise à s'assurer que toutes les activités développées s'inscrivent dans le strict respect de la stratégie générale de l'établissement, des règles de la comptabilité publique, du budget, des procédures de gestion et de fonctionnement, du projet social et de la valorisation des projets personnels des acteurs en présence dans l'établissement sanitaire. Ce sont là, les différents aspects liés au contrôle interne qui porte aussi bien sur la **conformité** et la régularité des actions entreprises par les gestionnaires des ressources humaines par rapport aux textes et procédures en vigueur que sur l'**efficacité** et l'**efficience** du processus de gestion lui même permettant de répondre aux besoins de l'établissement dans un souci d'optimisation d'utilisation des ressources humaines ainsi que sur la **pertinence** dans la manière de maîtriser la cohérence de la GRH avec la stratégie de l'établissement. Toutefois les aspects liés au contrôle interne, à eux seuls, ne

---

<sup>242</sup> Les dossiers de l'assistance des hôpitaux publics de Paris « La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne »

suffisent guère pour atteindre les objectifs fixés par les responsables de la GRH, s'ils ne mesurent pas l'importance ou l'étendue des risques qui les guettent, en ce qui concerne les processus de gestion des ressources humaines. En effet, aux cotés des objectifs qu'ils se fixent et qu'ils cherchent résolument à atteindre, il existe, à plus d'un égard, des risques contre lesquels ils doivent se prémunir à l'exemple :

- du favoritisme, en d'autres termes faire preuve de partialité quant à l'application des procédures légales et réglementaires ;
- des salariés « fantômes » qui sont rémunérés sans contrepartie ;
- des paies indues ou excessives qui sont en réalité non méritées ;
- des faux diplômés recrutés pour occuper des postes clés au sein de l'établissement ;
- de la corruption sous toutes ses formes ;
- des incompétences très marquées de certains travailleurs ;
- des gaspillages de ressources appartenant à la Collectivité ;
- de la mauvaise répartition des ressources ou allocation inconsidérée de ressources pour des résultats médiocres ou mitigés ;
- de l'absentéisme préjudiciable aux malades, aux autres postes de travail et plus généralement à tout l'établissement ;
- du mauvais climat social porteur d'antagonismes et de rivalités ;
- des grèves à répétition qui constituent un frein pour entreprendre toute action bénéfique à l'établissement ;
- d'une gestion empirique à court terme au détriment des équilibres ultérieurs ;
- des dérapages budgétaires ou l'envolée de dépenses sans raisons apparentes qui les justifient.

Il est à noter que ces risques sont de nature différente. En effet aux activités relevant du pôle administratif sont liées plus spécifiquement les risques de fraude (salariés fictifs, paies indues, formations fictives, corruption, entente, favoritisme...) tandis que les risques sociaux et économiques (grèves, démotivation, incompétence, inadaptation, sous productivité...) sont susceptibles d'affecter les activités liées au pôle managérial. Tous ces risques sont les conséquences de l'existence de failles dans les circuits de décision, dus en grande partie, à l'absence de supervision, au manque de transparence, à la non prise en compte des aspirations individuelles des travailleurs, au déséquilibre des charges de travail et au manque de vision lointaine en favorisant une gestion empirique à court terme.

Le DRH doit réussir à mener à terme les nombreuses missions dont il est responsable. Pour ce faire, il doit considérer qu'il a pour mission de concourir efficacement à un certain nombre de processus clés. Ces derniers peuvent être considérés comme une suite d'activités agencées en ordre logique pour obtenir un résultat qui doit être une valeur ajoutée pour les différents partenaires représentés par les divers services hospitaliers coiffés par l'encadrement, les dirigeants, le personnel et leurs représentants, qui interagissent au sein de leur établissement pour prendre en charge leurs clients finaux, à savoir les malades. Toutes les missions qui incombent donc au DRH peuvent être considérées comme des processus clés et chacun de ces

processus peut être divisé en autant de sous processus opérationnels appelés séquences. Le DRH formalise donc les processus clés et les séquences concernant les différents domaines d'activités de la GRH. Ainsi donc le processus de recrutement ayant pour finalité de répondre à un besoin en personnel d'un service quelconque doit être divisé en trois grandes séquences, à savoir les préalables, la procédure, et le suivi du recrutement. A chacune des trois grandes séquences, correspond un certain nombre d'activités à réaliser. Il importe au DRH de les lister afin de pouvoir mettre en place les points de contrôle nécessaires. Aussi, concernant la procédure de recrutement engagée, les activités concourant à cette séquence peuvent être identifiées à l'exemple du choix du mode de sélection du candidat, l'ouverture du dossier et l'acte d'embauche. En somme, le DRH est tenu d'identifier clairement tous les processus et de les segmenter en un certain nombre d'activités bien définies afin de mieux contrôler<sup>243</sup> l'ensemble de ces processus car à l'issue de chaque processus, il doit y avoir un résultat en cohérence avec les objectifs généraux de l'établissement. La question des risques et les enjeux que comportent chacun des différents processus permet de donner la priorité à certains d'entre eux pour qu'ils bénéficient d'allocation de ressources mais aussi pour savoir où les contrôles doivent être intensifiés.

## **Conclusion du chapitre IX**

Les activités développées par la direction des ressources humaines sont en interaction constante. Les processus ne sont donc pas purement à caractère administratif ou purement à caractère managérial. C'est leur synergie qui permet d'assurer une cohérence de la gestion des ressources humaines qui nécessite, certes, le strict respect de la réglementation mais d'arriver, en outre, aux objectifs élaborés dans le cadre de la stratégie de l'établissement. Néanmoins, les activités relevant du pôle managérial sont très complexes car elles reposent sur une démarche qui obéit à certains principes à l'exemple de la prise en compte de l'environnement qui est constamment changeant alors que l'arsenal des textes juridiques élaboré est généralement rigide.

---

<sup>243</sup> Dans les activités relevant du pôle administratif, le contrôle à mettre en place est un contrôle de conformité et de régularité.

Dans les activités relevant du pôle managérial, le contrôle à mettre en place est un contrôle d'efficacité, d'efficience, de gestion voire de qualité et de stratégie.

## **Conclusion à la deuxième partie**

Les insuffisances qui caractérisent le système de santé en Algérie sont celles qui ont trait à son manque de performance sur un double plan : celui de la qualité des soins et de la maîtrise des coûts liés à la santé. Ce sont là les deux impératifs pour toutes réformes en Algérie. En effet, la recherche de la qualité n'est pas antinomique avec la recherche de la performance car la non qualité est synonyme de dysfonctionnement du système de soins dans toute sa globalité. Voilà, pourquoi nous avons insisté sur la qualité des soins en la traitant même dans la deuxième partie de notre travail de recherche lorsque nous avons abordé la question de l'accréditation des établissements de santé.

En ce qui concerne la recherche de la performance en vue de la réduction des coûts, celle-ci appelle à un changement radical en ce qui concerne les pratiques exercées dans les établissements de santé ou des modalités de leurs exercices. En effet, l'institution sanitaire telle que nous la connaissons, à l'heure actuelle, est à remanier de fond en comble. La contractualisation va, certainement, y contribuer fortement car les établissements de santé se verront dans l'obligation de justifier toutes leurs dépenses en réalisant des programmes ou des actions de santé. L'économie en matière de ressources appelle à une gestion rationnelle qui exige, à son tour, d'investir dans le capital humain, considéré comme la vraie richesse pour toute institution. Néanmoins, les vrais changements qui apporteront, sans aucun doute, des résultats probants pour notre système de santé sont ceux ayant trait à la définition des attributions de chacun des acteurs impliqués dans le devenir de ce système. La clarification des rôles, pour chacun des acteurs en présence, aura un impact considérable en levant toutes les ambiguïtés concernant les missions et fonctions des uns et des autres. L'Etat doit revoir son rôle en donnant plus d'autonomie de gestion à des établissements de santé qui doivent définir, à leur tour, leurs projets d'établissements en d'autres termes parvenir à se fixer des objectifs bien précis en arrêtant les moyens nécessaires pour leur réalisation.

## Conclusion générale

Au terme de ce travail nous mettons l'accent sur trois éléments essentiels capables de transformer radicalement les pratiques développées au sein de nos institutions sanitaires et par la même ces dernières :

- Il s'agit de situer le nouveau rôle qui incombe à l'Etat à l'aune des changements intervenus dans la sphère économique dans la mesure où la santé reste un secteur qui demande des efforts soutenus de la part de la puissance publique étant donné son caractère de service public et vu son importance au double plan économique et social. Le rôle qui incombe à l'Etat dans ce secteur est primordial. Il s'inscrit dans le sillage des attributions que s'assignent les pouvoirs publics face aux risques maladies et autres qui guettent la collectivité. Le désengagement de l'Etat dans le domaine économique, depuis quelques années déjà, semble toucher de plein fouet les secteurs sociaux entre autres : la santé. En effet, les dépenses de santé semblent connaître du recul, bien que la présence de l'Etat soit appréciée, dans ce domaine précis, puisqu'elle apporte aide et assistance aux plus nécessiteux dont les besoins en matière de santé sont considérables.

Repenser le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé est une nécessité qui s'impose d'elle-même puisque les secteurs sociaux sont étroitement liés au secteur économique qui connaît, à son tour, des bouleversements depuis la réorientation de l'économie algérienne du mode de gestion centralisé où l'Etat est omniprésent au mode guidé par la logique du marché. Le recul de l'Etat n'implique guère son absence totale de la vie économique et sociale. La question qui se pose avec acuité aux pouvoirs publics quant au nouveau rôle qui leur incombe dans le secteur de la santé : c'est comment passer de la situation de « faire » à celle de « faire faire » ? En d'autres termes, il s'agit pour l'Etat de redéfinir ses champs d'action : du rôle d'acteur économique omniprésent à celui de régulateur de la vie économique et sociale.

L'Etat n'a plus intérêt, de nos jours, au monopole de l'action car il existe de nouvelles formules pour « laisser faire » en associant de nouveaux « partenaires » à la prise de décision et ce, dans tous les domaines de la vie économique et sociale. La souveraineté en matière de décision, autrefois pratiquée par l'Etat, tend aujourd'hui, à connaître des limites puisque les partenaires économiques et sociaux commencent à jouir pleinement de leur autonomie en devenant des partenaires à part égale constituant des contrepouvoirs qui font éclater le pouvoir décisionnel de l'Etat.

L'intervention de ce dernier dans le domaine de la santé doit évoluer dans le sens de permettre d'une part « aux partenaires », qui, interviennent dans ce secteur de jouir pleinement de leur « autonomie » en faisant intervenir certains leviers ou mécanismes propres aux mains de l'Etat pour les amener à bien faire en agissant et en stimulant leur propre performance et ce, par le biais d'une évaluation régulière qui permette d'encadrer toutes les activités développées par ces derniers. Cette

évaluation doit se faire par des organismes extérieurs pour éviter tout « empiétement » de la tutelle dans ce qui s'entend comme les propres tâches dévolues aux partenaires. D'autre part, cette intervention doit être guidée par le souci qui anime chacun des usagers du système de soins en vue de leur permettre une amélioration continue de la qualité de soins qui contribue à son tour à la réduction et à une maîtrise des coûts liés à la santé. En effet, la non qualité est synonyme de dysfonctionnements multiples qui se traduisent par des gaspillages de ressources appartenant à la collectivité.

Le développement de la qualité des soins passe par l'accréditation des établissements de santé. Celle-ci s'entend comme une procédure d'évaluation effectuée par des organismes externes, indépendants de la tutelle représentée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. L'accréditation doit se développer simultanément avec une contractualisation interne et externe. La contractualisation externe se traduit par des contrats passés entre les établissements de santé et les bailleurs de fonds en d'autres termes les organismes de la sécurité sociale et les directions de l'action sociale au niveau des wilayas. Ces contrats sont la traduction en termes clairs et négociés d'objectifs d'organisation et d'amélioration de la qualité des soins. La contractualisation interne consiste à créer au sein des établissements de santé de centres de responsabilité qui prennent en charge la réalisation d'objectifs préalablement négociés avec les responsables ou les directions de ces établissements. La contractualisation externe et/ou interne a pour but de développer une logique de responsabilité au sein des établissements de santé ce qui implique donc une meilleure gestion des ressources humaines.

- Il s'agit, en outre, de revoir la gestion du personnel (médical ou non médical) dans le secteur de la santé en Algérie qui, hélas, prend souvent l'aspect d'une simple application des textes compte tenu de l'existence d'une réglementation très détaillée qui fixe les conditions générales du déroulement de la carrière des différents corps de personnels. C'est là une raison principale de considérer cette gestion et de l'appréhender comme étant une simple administration du personnel.

Certes la « fonction personnel » peut être définie à travers deux thématiques ou deux aspects qui sont souvent complémentaires. En effet, cette fonction a pour mission de s'intéresser à l'administration des personnes en cherchant à définir, pour chaque membre faisant partie d'un collectif de personnel, l'application la plus judicieuse de règles qui organisent clairement sa fonction au sein de ce collectif en vue de satisfaire ainsi les aspirations individuelles et légitimes de chacun. Cette fonction a, par ailleurs, pour objet d'aborder l'examen de la réalisation de la meilleure adaptation possible des ressources en personnel aux besoins de l'organisation en vue de réaliser ses différents objectifs.

La carence observée dans le deuxième aspect de la fonction personnel, dans nos différentes institutions y compris sanitaires, tient à la modeste place accordée à l'Homme au travail. Une carence de taille sachant que les responsables des

établissements sanitaires ont à gérer une activité tributaire d'une utilisation massive de personnel. Le nombre d'agents employés dans le secteur de la santé en Algérie dépasse les cents soixante dix mille agents (170.000) ce qui propulse l'activité sanitaire au troisième rang de pourvoyeur en postes de travail dans le pays.

Les changements qui s'opèrent dans notre pays dans les différents domaines et secteurs d'activité appellent une meilleure gestion de la ressource humaine en vue de transformer radicalement les pratiques qui s'y exercent. En effet, nul ne peut contester aujourd'hui que l'amélioration de la gestion des établissements de santé ainsi que l'amélioration de la qualité des services qu'ils rendent à leurs usagers passent nécessairement par la motivation, la valorisation et la rationalisation de la gestion des ressources humaines. La conduite du changement n'a donc de sens que dans la recherche d'une organisation qui place l'Homme au centre de toutes les préoccupations.

La gestion des ressources humaines doit s'exercer dans le strict respect du cadre réglementaire tout en restant soucieuse d'innovation, d'anticipation et d'adaptabilité à un environnement changeant. Par conséquent, associer règlement et management des ressources humaines n'est pas antinomique puisqu'ils constituent les deux faces d'une même fonction à savoir : la fonction personnel.

- Enfin, il est question de noter l'importance et l'apport des nouvelles technologies de l'information et de la communication pour le secteur de la santé. La grande capacité de mémorisation des ordinateurs et les autres possibilités offertes par l'informatique en termes de tri, comparaison et corrélation ouvre à l'Homme moderne des horizons impensables il y a de cela quelques années. Le rôle et l'intérêt de l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans tous les domaines et secteurs d'activités ne cessent de croître corrélativement à l'avancement de la technologie elle-même. Ces technologies ont été, au départ, de simples outils de stockage et de traitement de l'information. Elles ont vite imposé leur rythme pour devenir des systèmes d'aide au pilotage et à la décision à l'exemple des tableaux de bords pour en arriver aux systèmes experts. Ces derniers sont définis comme étant des logiciels<sup>244</sup> capables, à partir d'une base de connaissance utilisant des règles d'analyse spécialisée, de traiter ou résoudre une question ou un problème posé par un utilisateur. En médecine, les systèmes experts peuvent être employés pour déterminer le diagnostic ou le traitement à prescrire pour un malade. Néanmoins, il ne suffit pas d'avoir des technologies sophistiquées pour prendre les décisions les plus efficaces car ces technologies sont et restent avant tout des outils dont il faudrait au préalable optimiser et rationaliser l'emploi.

Utilisées à bon escient, les NTIC offrent des possibilités énormes en terme de réduction du temps, des coûts et parviennent même à changer la manière habituelle

---

<sup>244</sup> Ensemble de programmes, procédés et règles et éventuellement de la documentation permettant l'exécution d'un traitement informatique de l'information.

d'exercer une activité donc à repenser en profondeur et concevoir à nouveau radicalement les activités développées par une organisation donnée dans le but de parvenir à une amélioration spectaculaire du point de vue de la qualité du service rendu. La collecte et le traitement de l'information sont facilités par l'utilisation de logiciels qui éliminent les nombreuses erreurs de transcription et de calcul et permettent d'exploiter les données avec des risques encore plus réduits. Concrètement, le recours à ces technologies dans le domaine de la santé est nécessaire pour les besoins ci-après : -la conception du système d'information hospitalier, -les réseaux de santé, -la télémédecine, etc.

## Références bibliographiques

### • Ouvrages

1. Abbad.J « Organisation et management hospitalier », édition Berger Levrault, Paris, 2001.
2. Abeille.D « L'infirmière et l'administration des médicaments », édition Maloine, Paris, 1998.
3. Alfaro.R « démarche de soins : mode d'emploi « éditions Lamarre, Paris, 1990.
4. Anhoury.P & Viens.G « Gérer la qualité et les risques à l'hôpital », ESF éditeur, Paris 1994.
5. Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) « analyses des coûts et des activités de l'AP-HP », direction des finances- service analyse de gestion, Paris, année 2001, tome1.
6. Barral.E « Economie de la santé : faits et chiffres », édition Dunod, Paris, 1977.
7. Basset.B & Chaperon.J & Frattini.M.O & Jarno.P & Keller.C « Hôpital et santé publique », édition ENSP, Rennes Cedex. 1999.
8. Benachenhou.A « Le tiers-monde en jeu », CREA, Alger, octobre 1981.
9. Beresniak.A & Duru.G « Economie de la santé », 2<sup>eme</sup> édition Masson, Paris, 1994.
10. Bonnery.A.M & Gaba.Leroy.C & Macrez.A & Marande.D & Marzais.M & Pauchet-Traversat.A.F « Protocole de soins : méthodes et stratégies », édition Masson, Paris, 2003.
11. Breack.P « Hygiène et qualité hospitalières : évaluation et accréditation des structures et des procédures de soins », édition Herman éditeurs des sciences et des arts, Paris, 1996.
12. -Caire.G « Economie de la protection sociale », Bréal éditions, Paris, 2002.
13. -Castiel.D « Economie et santé quel avenir, éditions Management Société, Paris, 1999.
14. -Castier.D « équité et santé », édition ENSP, Rennes Cedex, 1995.
15. -Ciais.M & Gozlan.C & Phelippot.F & Rivet.M « Hygiène hospitalière : recommandations à l'usage des professionnels de santé », éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, Cedex, 2005.
16. -Dubois-Le frère.J & Coca.É « Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI », édition Berger-Levrault, Paris, 1992.
17. -Dupuis.J.M « Le financement de la protection sociale », Presses universitaires de France, Paris 1994.
18. -Dupuy.O « Le dossier médical », édition les Etudes Hospitalières, Paris, 2002.
19. -Echaudemaison.C.D « Dictionnaire d'économie et de sciences sociales » édition Nathan, Paris, 1989.
20. -Forciol.P « Le budget de l'hôpital », éditions Masson, Paris, 1999.

21. -Gaba-Leroy.C & Bonnery.A.M & Marande.D & Michot.P « Prévention des risques dans l'unité de soins », édition Masson, Paris, 2003.
22. -Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris, 1992.
23. -Giraud.A « Evaluation médicale des soins hospitaliers », édition Economica, Paris 1992.
24. -Gremy.F « Informatique médicale : introduction à la méthodologie en médecine et santé publique », édition Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1987.
25. -Grenier.B « Décision médicale », édition Masson, Paris, 1989.
26. -Grenon.A & Pinson.G & Gautier.P.H « L'analyse des coûts à l'hôpital », édition Bordas, Paris, 1981.
27. -Grenon.A « La maîtrise des activités à l'hôpital par le contrôle interne », édition Lamarre, Paris, 2003.
28. -Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement, ministère des affaires étrangères « mieux piloter l'hôpital : les tableaux de bord », édition la Documentation Française, Paris 2001.
29. -Hacquart.G « Aspects économiques de l'unité de soins hospitalière », éditions Médicales et Universitaires, Paris, 1976.
30. -Hannouz.M & Khadir.M « Précis de sécurité sociale à l'usage des professions de la santé et des assurés sociaux », OPU, Alger, 1996.
31. -Hart.J & Lucas.S « Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres » édition Lamarre, Paris, 2003.
32. -Lambert.D.C « Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparés dans les grands pays industriels », édition du Seuil, Paris, avril 2000.
33. -Levy.E & Bungener.M & Dumenil.G & Lafarge.H « Introduction à la gestion hospitalière », Bordas, Paris 1977.
34. -Martina.D & Arnaud.C & Forgeat.T « Economie générale », Nathan.
35. -Mougeot.M « la Régulation du système de santé », édition la Documentation Française, Paris, 1997.
36. -OMS « Principes généraux de l'évaluation des programmes de santé », Genève, 1978.
37. -Oufriha.F.Z « Cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie », OPU, Alger, 1992.
38. -Oufriha.F.Z « Système de santé et population en Algérie », édition ANEP, Alger, 2002.
39. -Parmentier.G « Accréditation et qualité dans les établissements de soins. Pourquoi ? Pourquoi faire ? Contribution aux réflexions du conseil d'administration de l'agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES) », union Hospitalière privée (U.H.P), Pontoise, janvier 1998.
40. -Perrot.J « Le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé », discussion paper n°1, OMS, 2004.

41. -Perrot.J « La contractualisation dans le système de la santé des pays de l'OCDE, discussion paper n°04, OMS, 2006.
42. -Perrot.J « Une politique nationale de contractualisation : guide pour son élaboration et son suivi », discussion paper numéro 02, OMS, 2007.
43. -Perrot.J « Vade-mecum de la contractualisation dans le secteur de la santé », discussion paper n°01, OMS, 2007.
44. -Rusch.E & Thelot.B « Dictionnaire de l'information en santé publique : à l'usage des professionnels de la santé » édition Frison-Roche, Paris, 1994.
45. -Simon.H.A « Administration et processus de décision », édition Economica, Paris, 1983.
46. -Système des nations unies en Algérie « Algérie : bilan commun de pays », Alger, septembre 2005.
47. -Système des nations unies en Algérie « Plan cadre des nations unies pour la coopération au développement (UNDAF), Algérie 2007- 2011, juin 2006.
48. -Tchobroutsky.G & Wong.O « Le métier de médecin », édition Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
49. -Tessier.S & Andreys.J.B & Ribeiro.M.A « Santé publique et santé communautaire » édition Maloine, Paris, 1996.
50. -Villa.P « Guide des procédures de la comptabilité analytique, hospitalière de l'AP-HP : structures, activités, dépenses », éditions de l'assistance publique des hôpitaux de Paris, version 03 du 20 mars 1996.
51. -Vincent.J.L « le manuel de réanimation, soins intensifs et médecine d'urgence », édition Springer Verlag France, Paris, 2005.

• **Les articles**

52. Abrouk.S & D<sup>f</sup> Belamari.S & M<sup>me</sup>Benia.N & D<sup>f</sup> BenKadour.M & Mezimeche.N & P<sup>f</sup> Zidouni.N « Caractéristiques et prise en charge des accidents de la voie publique au niveau des services des urgences », INP, Avril 2004.
53. Adamsbaum.C & Chagnon.S « Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie » in revue du praticien n°54, Paris, 2004.
54. -Adeoti.M.F & Dosso.M & Lasm.S & Sess.E.D «Laboratoires publics de biologie médicale à Abidjan : évaluation de la mise en place d'un système d'assurance qualité » in Revue gestions hospitalières n° 445, Avril 2005.
55. -Aguercif.M & Aguercif-Meziane.F « Le système de santé publique en Algérie. (Evaluation 1974-1989 et perspectives) » in revue du CREAD, n° 35-36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
56. -Akrich.M & Pasveer.B « La sécurité de la naissance en France et aux Pays Bas : coordonner par la technique ou par l'organisation » in revue française d'administration publique n°76, Octobre-décembre 1995.
57. -Akrouf.T « Niveau d'information des jeunes algériens sur la maladie du sida. Sondage réalisé à l'INPS du 26/ 03/ 97 au 07/ 04/ 97 » in revue du CREAD, n°44, 2<sup>ème</sup> trimestre 1998.

58. -Arhab.B « Les effets sociaux du PAS dans le cas de l'Algérie » in les cahiers du CREAD n°46-47, Alger, 4eme trimestre 1998 et 1<sup>er</sup> trimestre 1999.
59. -Arrada.M & P<sup>F</sup> Otmani.F & Ouerdane.S « La médecine interne en Algérie : états des lieux - perspectives » in « santé maghreb.com », le guide de la médecine et de la santé en Algérie, 2003.
60. -Baldacci.E & Cléments.B & Cui.CL & Gupta.S « Que faire pour aider les pauvres ? » in revue « finances et développement » n°02, volume 42, juin 2005.
61. -Barka.M<sup>ed</sup>.Z « Démographie, dépenses d'éducation et de santé » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
62. -Bazi.R & Cordier.H « La recherche documentaire » in « Evaluation médicale : du concept à la pratique » de Matillon.Y & Durieux.P, édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 1994.
63. -Beucaire.G « Infections nosocomiales » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
64. -Belarouci.L « Les jeunes et le sida : questionnements et représentations » in santé jeunes, bulletin trimestriel numéro 01, INSP, Avril 1996.
65. -Belmihoub.M.C « Gouvernance et rôle économique et social de L'Etat: entre exigences et résistances » in IDARA, revue de l'école nationale d'administration, n°21, Alger, 2001, Volume 11.
66. -Belmihoub.M.C « Le management des politiques publiques : une approche institutionnaliste. Le cas de l'Algérie » in revue de CREAD, n°45, 3<sup>ème</sup> trimestre 1998.
67. -Benguedda.A.C & Laraba-Djebari.F & Ouahdi.M & Hellal.H & Griene.L & Guerenik.M « Expérience de quinze années de lutte contre l'envenimation scorpionique en Algérie » in Bull Soc Pathol Exot, 2002.
68. -Berthod-Wurmser.M « Régulation et réformes de la protection maladie en Europe » in revue française d'administration publique n°76, Octobre-décembre 1995.
69. -Bertrand.D & Berard.A « Dépenses de santé et économie de la santé » in « traité de santé publique » de Bourdillon.F & Brucker.G & Tabuteau.D, édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 2004.
70. -Bertrand.D « Consommation médicale et économie de la santé » in revue du praticien, n°53, Paris, 2003.
71. -Beytout.J « Vaccinations : bases immunologiques, indications, efficacité, complications » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
72. -Boissel.J.P « L'évaluation thérapeutique et le niveau de preuve » in revue du praticien n°54, 2004.
73. -Boubadilla.J.L & Saxenian.H « Pour un programme national de soins de santé essentiels » in revue finances et développement n°03, volume 30, USA, septembre 1993.
74. -Bouchaut-Rolnin.M.E « Construction d'une démarche structurée d'évaluation du personnel soignant : un enjeu pour le directeur des soins » in revue gestions hospitalières n°435, Avril 2004.
75. -Bouchez.M « La citoyenneté d'entreprise » in revue gestions hospitalières n° 435, Avril 2004.

76. -Bounevot.G & D<sup>r</sup> Villani.P « Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses. Cadre réglementaire de la prescription thérapeutique et recommandations » in revue du praticien, n°54, Paris, 2004.
77. -Bouras.D « Essai d'évaluation des seuils de prise en charge et de l'impact économique des accidents du travail et des maladies professionnelles » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
78. -Bouras.D « Tentative d'évaluation du programme d'investissements du secteur de la santé » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
79. -Bourdillon.F & Caniard.É « Les stratégies pour promouvoir la qualité des soins et du système de santé » in « Traité de santé publique », éditions Flammarion médecine-sciences, Paris, 2004.
80. -Bourret.C & Salzano.G « Technologie de l'information et de la communication et aménagement du territoire : l'affirmation d'organisation de proximité innovantes en réseaux dans le secteur de la santé », 3<sup>ème</sup> rencontre « TIC et territoire, quel développement » de Lille, ISDM, n°16, Mai 2004.
81. -Bouvet.E « Epidémiologie et prévention des maladies transmissibles » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
82. -Bras.P.L « Financement des soins : prise en charge de la maladie » in les grands enjeux de santé publique.
83. -Brenner.G « Développement des télécommunications au sein du système d'assurance maladie allemand : buts, exigences, obstacles et composantes » in les innovations récentes en matière de politique de santé dans la sécurité sociale, édité par Aviva Ron & Xenia Scheil Adlung.
84. -Brunet.Jailly.J « L'évaluation économique des actions de santé », « extrait de : la santé en pays tropicaux », Rougemont.A & Brunet.Jailly.J, Doin, Paris, 1989.
85. -Brunet-Jailly.J « Quel financement pour quels services de santé ? » in encyclopédie économique, Greffe.X, Mairesse.J, Reiffers.J.L, éditions Economica, Paris 1990.
86. -Chabot.J.M « le Raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur des preuves » in revue du praticien n°55, Paris, 2005.
87. -Chabot.J.M « Organisation des systèmes de soins : filières et réseaux » in revue du praticien n°55, Paris 2005.
88. -Chaix-Couturier.C & D<sup>r</sup> Roudot-Thoraval.F « La méthodologie de la recherche clinique » in revue du praticien n°54, Paris 2004.
89. -Chaulet.P & Helali.A « L'approvisionnement en médicaments antituberculeux en 1991 : un problème mondial, un problème national » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
90. -Chaulet.P & Oufriha.F.Z « Approvisionnement en médicaments antituberculeux et politiques pharmaceutiques nationales » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
91. -Cheriet .F « Contribution à la réflexion sur la problématique de réforme du système de soins algérien » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.

92. -Cheriet .F « Demande de soins dans la wilaya de Bejaia : les résultats d'une enquête par questionnaire » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
93. -Cheriet .F « effets de l'ajustement structurel sur le secteur de la santé : quelques difficultés méthodologiques en matière d'évaluation » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
94. -Cheriet.F « Essai de détermination des coûts en milieu hospitalier : cas de l'hospitalisation pour accouchement simple dans les maternités de Targa Ouzemmour et d'Aokas dans la wilaya de Bejaia » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
95. -Chopard.J.L « Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
96. -Cohen.F & Pentecoste.J & Thomas.J « Financement privé des infrastructures hospitalières: de nouvelles opportunités » in revue gestions hospitalières n°435 Avril 2004.
97. -Cohen.J.E & Bloom.D.E « Cultiver les esprits » in revue « finances et développement » n°02, volume 42, juin 2005.
98. -Cordier.J.F & D<sup>r</sup> Aymé.S « Recherche documentaire et autoformation. Lecture critique d'un article médical. Recommandation pour la pratique. Les maladies orphelines, 1ère partie » in revue du praticien n°54, Paris, 2004.
99. -Daneshpouy & P<sup>r</sup> Farge.D « Sujets en situation de précarité : facteurs de risque et évaluation - mesures de protection » in revue du praticien n°55, Paris, 2005.
100. -De Pourville.G « L'offre de soins : l'hôpital » in « l'hôpital au quotidien » édition Flammarion médecine-sciences, Paris 2000.
101. -Dekkar.N & D<sup>r</sup> Bendib.A « Les causes médicales de décès infanto-juvéniles. Résultats d'une enquête auprès des ménages » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
102. Delaveau.C « Les possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information » in les innovations récentes en matière de politique de santé dans la sécurité sociale, édité par Aviva Ron & Xenia Scheil Adlung.
103. Denis.J.L & Langley.A « La transformation du rôle des instances régionales dans le système de santé au Québec : le cas de Montréal Centre » in revue française d'administration publique n°76, octobre-décembre 1995.
104. Deschamps.F « Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels. Organisation de la médecine du travail » in revue du praticien n°54, Paris, 2004.
105. Destanne de Bernis.G « Point de vue sur l'économie de la santé : quelques considérations sur le calcul économique appliqué à la santé » in revue française de la santé publique, N°05, 1979.
106. Develay.A & Naiditch « Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative » in revue française d'administration publique n°76, octobre- décembre 1995.

107. Develey.J & Lomonaco.J.C « Les prescriptions des médecins en 1994 : les effets des mesures gouvernementales » in solidarité santé n°01, 1995.
108. Diquet.B & Laine-Cessac.P « Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses. » in revue du praticien n°52, Paris, 2005.
109. Dohler.M & Hassenteuful.P « Les politiques de régulation de l'assurance maladie en France et en Allemagne » in revue française d'administration publique n°76, Octobre-décembre 1995.
110. Dollfus.O « Le système monde » in l'information géographique, n°02, université de Rennes, Paris, 1990.
111. Drummond.M.F & Stoddart.G.L « Principes d'évaluation économique des programmes de santé », rapport trimestriel des statistiques sanitaires mondiales, n° 38, 1985.
112. Dubarry.M.C « Quelle place pour l'Europe dans le monde ? L'Europe et le monde arabe : Vers l'inévitable recentrage sur le Maghreb ? » in cahiers français n°257.
113. -Durieux.P & Pazart.L. & Dosquet.P & Ahos.S « L'évaluation des technologies médicales. L'exemple de L'ANDEM ».
114. -Durieux.P « Améliorer les pratiques cliniques à l'hôpital » in « l'hôpital au quotidien » de Zaleski.I.D & Sennelier.C.G, édition Flammarion médecine- sciences, Paris, 2000.
115. -Durieux.P « Les domaines de l'évaluation » in « Evaluation médicale: du concept à la pratique » de Matillon.Y & Durieux.P, édition Flammarion médecine sciences, Paris, 1994.
116. -El.Hachami.N « L'apport du management à la prise de décision dans l'administration » in « administration, gouvernance et décision publique », sous la direction de Sedjari.A, édition L'Harmattan, Gret, 2004.
117. -Eveillard.P « Recherche documentaire et autoformation. Lecture critique d'un article médical. Recommandations pour la pratique. Les maladies orphelines. 2<sup>ème</sup> partie : recherche documentaire et autoformation » in revue du praticien n°55, Paris 2005.
118. -Fabien.U « La gestion des déchets en Colombie », mission économique, Bogota, Colombie, mai 2004.
119. Fagnani.F « Evaluation médico-économique des stratégies thérapeutiques » in « l'hôpital au quotidien », éditions Flammarion médecine-sciences, Paris, 2000.
120. -Ferrani.K & Lamri.L « Essai d'analyse des coûts de fonctionnement de deux secteurs sanitaires de la wilaya de Médéa » in revue du CREAD, n°35-36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
121. -Fervers.B & D<sup>f</sup> Bataillard.A & P<sup>f</sup> Durand-Zaleski.I & P<sup>f</sup> Philip.T « Améliorer la prise en charge globale des patients : la place des standarts, options et recommandations » in revue gestions hospitalières, Paris, Mai 2004.
122. -Franco.A & D<sup>f</sup> Couturier.P « Autonomie et dépendance chez le sujet âgé » in revue du praticien n°52, Paris, 2002.
123. -François.P & David.S « Evaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : prescriptions utiles et inutiles » in revue du praticien n°54, 2004.

124. -Glennerster.H « La contractualisation au sein du service national de santé au Royaume uni » in revue française d'administration publique n°76, octobre-décembre 1995.
125. -Grangaud.M.F « Rôle de la sécurité sociale en Algérie » in revue du CREAD n°02, 2<sup>ème</sup> trimestre 1984.
126. -Gueldri.C & Derenne.Y & Mounic.V « Evaluation de la qualité des soins hospitaliers » in « Evaluation médicale : du concept à la pratique » de Matillon.Y & Durieux.P, édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 1994.
127. -Gueraud.M.A « L'évaluation de la qualité des soins infirmiers » in « Evaluation médicale : du concept à la pratique » de Matillon.Y & Durieux.P, édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 1994.
128. -Guigaz.M « L'émergence du niveau régional dans la gestion du système de santé en France » in revue française d'administration publique n°76, octobre- décembre 1995.
129. -HadeF.R & HadeF.A « Le déficit d'eau en Algérie : une situation alarmante », institut de génie mécanique, centre universitaire, Larbi Ben M'hidi, Oum El Bouaghi, Algérie, 08 Septembre 2000.
130. -Hanushek.E.A. « L'importance de la qualité de l'enseignement » in revue « finances et développement » n°02, volume 42, juin 2005.
131. -Harrouchi.A « Gouvernance administrative et démarche qualité » in « administration, gouvernance et décision publique », sous la direction de Sedjari.A, édition L'Harmattan, Gret, 2004.
132. -Hecht.R & Musgrove.P « Repenser le rôle de l'Etat dans le secteur de la santé » in revue finances et développement n°03, volume 30, USA, Septembre 1993.
133. Hoerni.B & Breton.S « Réglementation de la pratique médicale clinique : perspectives évolutives » in revue gestions hospitalières, n°435, Paris, Avril 2004.
134. -Iles.A « La mortalité en Algérie : niveaux et tendances » revue du CREAD n°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
135. -Intignano.M & B.Stephan.J.C « Les acteurs du système de santé, les trois jeux principaux dans les pays industrialisés » extrait de : hypocrate et les technocrates, Calmann Levy, Paris, 1983.
136. -Jamison.D « Rapport sur le développement dans le monde 1993 : investir dans la santé » in revue finances et développement n°03, volume 30, USA, septembre 1993.
137. -Kaddar.M « Financement et gestion des secteurs sanitaires en Algérie » in revue du CREAD n°13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.
138. -Kaddar.M « Les rapports entre la sécurité sociale et le système de soins en Algérie » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
139. -Kaddar.M « Médicaments essentiels et régime des prix en Algérie. Problèmes actuels et voies de réforme » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
140. -Kaddar.M « Sécurité sociale et contrainte de financement en Algérie : données et problèmes actuels » in revue du CREAD, n°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
141. -Kaid. Tilane. N et Ferfera.M.Y « Consommation médicale des enfants en milieu urbain en Algérie : résultats d'une enquête auprès des ménages de la ville de

- Bejaia » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
142. -Kaid.Tlilane.N « Espace, emploi et environnement : cas de l'Algérie », Laboratoire économie et développement, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie, le 20/02/2005.
  143. -Klein.R « La réforme du service national de santé britannique : le consommateur introuvable » in revue française d'administration publique n°76, octobre- décembre 1995.
  144. -Koudri.A et Kernane.A « Stratégies des multinationales et problématique d'une politique pharmaceutique en Algérie » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
  145. -Labourdette.A « Economie de la santé » in dossier pédagogique, INSP, Alger, session du 08 au 13 mai 1999.
  146. -Lamri.L « Diffusion et évaluation des nouvelles technologies médicales » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
  147. -Lamri.L « Essai d'analyse sur l'affectation des crédits budgétaires entre les unités hospitalières et extra- hospitalières » in revue du CREAD, n°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
  148. -Le Faou.A.L « Protection sociale : complément d'actualisation » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
  149. -Le Faou.A.L « Protection sociale » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.
  150. -Le Gales.C & Triomphe.A « L'évolution économique des interventions en santé publique : principes et limites » in revue d'épidémiologie et de santé publique, n°39, Paris, 1991.
  151. -Lebsari.O « Traditions et modernisation en Algérie : cas de la famille et de la planification familiale. Elément de problématique » in revue du CREAD, n°44, 2<sup>ème</sup> trimestre 1998.
  152. -Lebsari.O « Le profil socio-économique des populations âgées en Algérie. Quel vieillissement de la population algérienne en perspective ? » in les cahiers du CREAD n°54, 4eme trimestre 2000.
  153. -Lemoine.P « Effet placebo et médicaments placebo » in revue du praticien, n°54, Paris 2004.
  154. -Letourmy.A « Les formes économique de la régulation des dépenses de santé en France : le gaspillage négocié » in revue française d'administration publique n° 76, Octobre-décembre 1995.
  155. -Locquet.C & Ravineau.M.J & Mayault.C & Desplanques-Leperre.A & Chabot.J.M « L'audit clinique ciblé pour évaluer les pratiques professionnelles/ résultats préliminaires de la mise en œuvre dans 177 établissements de santé Français » in revue gestions hospitalières n°446, Mai 2005.
  156. -Lombrail.P & D<sup>r</sup> Ferreol.S « Interprétation d'une enquête épidémiologique » in revue du praticien n° 55, Paris, 2005.
  157. -Ludes.B « Ethique et déontologie médicale, droits du malade : problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort » in revue du praticien n°53, Paris, 2003.

158. -Menn.A.M & Bleichner.G « Evolution et organisation de la médecine d'urgence » in « Le livre de l'interne. Les urgences » de Tenailon.A & Labayle.D, édition Flammarion médecine - sciences, Paris, 2001.
159. -Messali.A & Lacotte.J « Electrocardiogramme : indications et interprétations » in revue du praticien n°54, Paris2004.
160. -Mills.A « Application des principes d'évaluation économique des programmes de santé dans les pays en développement » in rapport trimestriel des statistiques sanitaire mondiales, N°38, 1985.
161. -Minvielle.E « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel » in revue politiques et management public, Vol n° 04, décembre 1999.
162. -Moatti.J.P « Evaluation économique : un complément nécessaire de l'évaluation médicale » in « l'évaluation médicale : de concept à la pratique », sous la direction de Matillon.Y.F & Durieux.P, éditions Flammarion médecine-sciences, Paris, 1994.
163. -Moison.J.C & Engel.F & Kletz.F « Les volontés du savoir : transformations de la régulation du système hospitalier » in revue française d'administration publique n°76, octobre-décembre 1995.
164. -Mounic.V « La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation » in revue gestions hospitalières, n° 446, Mai 2005.
165. -Nakajima.H « Santé et développement. Extrait de la recherche en santé : élément essentiel d'un développement équitable », centre de recherche pour le développement international Boston, USA, 1991.
166. -Nobre.T « La gouvernance dans le système hospitalier Français : introduction des outils de contrôle de gestion » in « administration, gouvernance et décision publique », sous la direction de sedjari.A, édition L'Harmattan, Gret, 2004.
167. -Ouchfoun. A « L'épidémiologie et l'aide à la décision en santé publique dans les pays en développement » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeur Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
168. -Ouchfoun.A & Hammouda.D « Bilan de vingt-huit années de politique sanitaire en Algérie » in revue du CREAD, n° 35-36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
169. -Ouchfoun.A « L'eau potable », service d'épidémiologie et de médecine préventive, CHU Beni Messous, décembre 2004.
170. -Oufriha F.Z « La difficile structuration du système de santé en Algérie : quels résultats ? » in revue du CREAD, n° 35- 36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
171. -Oufriha.F.Z « Ajustement structurel et autonomie du système de santé : quels résultats ? » in revue du CREAD n°41, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997.
172. -Oufriha.F.Z & Lamri.L « Analyses de l'évolution des statuts de la structure des dépenses de personnel selon la catégorie dans les secteurs sanitaires » in revue du CREAD n°13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.
173. -Oufriha.F.Z « Données démographiques et politique de santé en Algérie » in revue du CREAD, n°05, 1<sup>er</sup> trimestre 1986.
174. -Oufriha.F.Z « Les dépenses de santé dans le monde : de l'explosion à la maîtrise » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeur Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.

175. -Oufriha.F.Z « Ajustement structurel, privatisation et dépenses de santé en Algérie » in revue du CREAD, n°41, 3<sup>ème</sup> trimestre 1997.
176. -Oufriha.F.Z « Crise autonomie du système de santé et nouveau mode de régulation en Algérie » in revue du CREAD, n° 35-36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
177. -Oufriha.F.Z « Crise- PAS et santé des enfants en Algérie » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
178. -Oufriha.F.Z « De quelques éléments d'appréciation sur l'efficacité du fonctionnement des services de soins en Algérie » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
179. -Oufriha.F.Z « De quelques points d'analyses comparés des systèmes de santé au Maghreb » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
180. -Oufriha.F.Z « Essai sur le système de soins en Algérie » in revue du CREAD n°13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.
181. -Oufriha.F.Z « Etude des déterminants de la consommation de produits pharmaceutiques à travers la deuxième enquête de consommation des ménages en Algérie » in revue du CREAD, n°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
182. -Oufriha.F.Z « Femmes, environnement et santé » in revue du CREAD, n° 35-36, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1993.
183. -Oufriha.F.Z « Financement de la dépense nationale de santé et autonomie du système de soins » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
184. -Oufriha.F.Z « Introduction méthodologique sur le coût de la santé » in revue du CREAD n°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
185. -Oufriha.F.Z « L'organisation de la couverture collective des dépenses de santé et modalités de leur financement en Algérie » in revue du CREAD n° 13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.
186. -Oufriha.F.Z « La décentralisation des politiques publiques en Algérie » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
187. -Oufriha.F.Z « La diffusion des nouvelles technologies dans le secteur de la santé en Algérie » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
188. -Oufriha.F.Z « La place de l'analyse économique spécialisée dans la conduite des politiques de santé : sa nécessité dans l'étape actuelle des réformes du système de soins en Algérie » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
189. -Oufriha.F.Z « La réforme hospitalière en Algérie : un difficile accouchement » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
190. -Oufriha.F.Z « Les perspectives d'harmonisation des systèmes de soins à partir de la branche pharmaceutique au Maghreb » in revue du CREAD n° 19, 3<sup>ème</sup> trimestre 1989.
191. -Oufriha.F.Z « Les professions médicales et leurs élites femmes en Algérie » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.

192. -Oufriha.F.Z « Les réformes du système de santé en Algérie » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
193. -Oufriha.F.Z « Les réformes du système de santé en matière de financement » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD, 2006.
194. -Oufriha.F.Z « Les systèmes de santé dans le monde » in revue du CREAD, n°27-28, 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> trimestre 1991.
195. -Oufriha.F.Z « Médecine gratuite - Forte augmentation des dépenses de soins et crise de l'état socialo providence en Algérie » in revue du CREAD N°22, 2<sup>ème</sup> trimestre 1990.
196. -Oufriha.F.Z « Nature et objectif de l'hôpital », in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
197. -Ouzzir.S « Interrogations autour des conditions de la réforme du financement du système de santé : une introduction » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeure Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
198. -Paicheler.G « Le ciblage dans la prévention du sida : nouveaux enjeux, nouveaux défis » in « la santé de l'homme » N°379, septembre-octobre 2005.
199. -Pampalon.R & Saucier.A & Berthiaume.N & Ferland.N & Couture.R & Caris.P & Fortin.L & Lacroix.D & Kirouac.R « Le choix d'indicateurs de besoins pour l'allocation régionale des ressources au Québec » in solidarité santé n°03, 1995.
200. -Perressini.C & Kan.E « Hôpitaux et cliniques informatisent leurs processus de soins », in l'hebdomadaire des décideurs informatiques, n° 1857, 2006.
201. -Polton.D & Brocas.A.M « La régulation contractuelle : l'exemple de la biologie de ville » in revue française d'administration publique n°76, octobre- décembre 1995.
202. -Prevost.G « Introduction à l'étude du concept de gouvernance » in IDARA, revue de l'école nationale d'administration, n°21, Alger, 2001, Volume 11.
203. -Rupprecht.F « Evaluation de l'efficacité du système de soins français » in «régulation du système de santé », conseil d'analyse économique, rapport de Mougeot.M, édition la documentation française, Paris, 1994.
204. -Rusch.E « Evaluation des procédures de diagnostic ou de dépistage » in revue du praticien, édition Bailliére, Paris, 2003.
205. -Sainsaulieu.I « La mobilisation communautaire pour la qualité de soin » in revue gestions hospitalières n° 443, Février 2005.
206. -Salameh.P & Najjar.Aad.M & Semaan.M & EL Hawzi.R & Bechara.M & El Kadi.B & Bou Tanios.L «Le circuit du médicament dans les hôpitaux libanais, faculté de santé publique, Université libanaise, Liban 2007.
207. -**Salmi.M** « L'inscription et la réalisation de projets d'équipements publics sanitaires en Algérie : entre centralisation et décentralisation » in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD,2006.
208. -**Salmi.M** « L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le système d'information sanitaire (SIS) en Algérie »

- in « De réforme en réforme : un système de santé à la croisée des chemins », professeure Oufriha.F.Z et collaborateurs, CREAD,2006.
209. **Salmi.M et Ferfera.M.Y** « Administration du personnel de santé ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'hôpital public en Algérie » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeur Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
  210. **Salmi.M et Ferfera.M.Y** « L'accréditation des établissements de soins en Algérie : outil de la reconnaissance, de la mise en œuvre et de l'incitation de la qualité des soins » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeur Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.
  211. -Salomon.L « Comment lire un article scientifique » in « l'hôpital au quotidien » de Zaleski.I.D & Sennelier.C.G, édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 2000.
  212. -Sancho-Garnier.H « Facteurs de risque, prévention, dépistage des cancers » in revue du praticien n°54, Paris, 2004.
  213. -Sauvaget.F & Lejon.J.L « Affections iatrogéniques liées à l'emploi des médicaments et du matériel à usage médical courant : principales causes, circonstances favorisantes, prévention » in revue du praticien, édition Baillière, Paris, 2003.
  214. -Scheil-Adlung.X « Les éléments nouveaux de la reforme de l'assurance maladie dans le monde » in les innovations récentes en matière de politique de santé dans la sécurité sociale édité par Aviva Ron et Xenia Scheil-Adlung.
  215. -Sedjari.A & Elakhalai.O « Le rôle des technologie de l'information et de la communication dans la prise de décisions » in « administration, gouvernance et décision publique », sous la direction de Sedjari.A, édition L'Harmattan, Gret, 2004.
  216. -Sedjari.A « Importance de l'évaluation de la décision publique et rôle de L'Etat » in « administration, gouvernance et décision publique », sous la direction de sedjari.A, édition L'Harmattan, Gret, 2004.
  217. -Segouin.C & Berard.A « Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles » in revue du praticien n°55, Paris, 2005.
  218. -Siagh.M.S « Les jeunes et l'abus de drogue : quelques réflexions » in santé jeunes, bulletin trimestriel, numéro 02, INSP, juillet 1996.
  219. -Soubrié.C & D<sup>r</sup> Lebrin-Vignes.B « Iatrogénie : diagnostic et prévention » in revue du praticien n°55, Paris, 2005.
  220. Soulimane.A « Les adolescents et les structures hospitalières : à propos d'une enquête du CHU de Sidi-Bel-Abbès » in « santé jeunes », bulletin trimestriel n° 04, INSP, premier trimestre 1997.
  221. -Steffen.M « Répondre à l'inattendu : les système de santé face au sida » in revue française d'administration publique n°76, octobre-décembre 1995.
  222. -Suarez.C « La télémédecine : quelle légitimité d'une innovation radicale pour les professionnels de santé ? » in revue de l'IRES, n°39, Paris, 2002.
  223. -Taleb Ibrahim.N « L'alternative public/privé et le champs de la santé : une approche par le droit » in revue du CREAD, n°13, 1<sup>er</sup> trimestre 1988.

224. -Terranti.I & D<sup>f</sup> Ait Mohand « Abus de drogues : le problème de la consommation de drogues chez l'adolescent », in santé jeunes, bulletin d'information numéro 05, INSP, Premier trimestre 1998.
225. -Terranti.I « L'adolescence : données socio psychologiques », in santé jeunes, bulletin trimestriel numéro 00, INSP, Janvier 1996.
226. Trari.Medjaoui.H & Daoudi.S « Usage de l'informatique en Algérie » in cahiers du CREAD, n°15, 3<sup>ème</sup> trimestre 1988.
227. -Triadou.P « La relation médecin-malade : l'annonce d'une maladie grave, la formation du patient atteint de maladie chronique, la personnalisation de la prise en charge médicale » in revue du praticien n°52, Paris, 2002.
228. -Wargon.E « Politique du médicament » in traité de santé publique de Bourdillon.F & Brucker.G & Trabuteau.D, édition Flammarion médecine- sciences, Paris, 2004.
229. -Weil.C « Variations des pratiques professionnelles. L'expérience Nord-Américaine » in « Evaluation médicale : du concept à la pratique » de Matillon.Y & Durieux.P, édition Flammarion Médecine - Sciences, Paris, 1994.
230. -Zaleski.I.D & Garin.S.B « Comment choisir une procédure diagnostique » in « l'hôpital au quotidien » édition Flammarion médecine-sciences, Paris, 2000.
231. Zehnat.A « Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie sur la période 2001-2006 » in « Transition et système de santé en Algérie », Sous la direction du professeur Oufriha.F.Z, CREAD, 2009.

- **Articles tirés du réseau Internet**

232. -Dou.H & Riffaut.C & Rostaing.H « Enseignement à distance- l'expérience acquise au cours de la réalisation de la maîtrise à distance NTIDE (nouvelles technologies de l'information pour le développement des entreprises), CRRM, centre scientifique de saint Jérôme, université Aix Marseille III, article relevé du site Internet <http://crrm.-u-3.mrs.fr>.
233. -Lamoureux.P « Développer les solidarités » in « la santé de l'homme » n°379, septembre octobre 2005. Tiré du site Internet [www.inpes.santé.fr](http://www.inpes.santé.fr).
234. -Marchand.A.C « Vers un service public de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire » in « la santé de l'homme » n°385 septembre/octobre 2006 tiré du site Internet [www.Inpes.santé.fr](http://www.Inpes.santé.fr).
235. -Mokhtar.Hamdi.C « L'Algérie se lance dans le sevrage tabagique » in « la santé de l'homme » n°371, mai - juin 2004 du site Internet [www.inpes.santé.fr](http://www.inpes.santé.fr).
236. -Morel.A « Adolescents et usages de cannabis : plaider pour une intervention précoce » in « la santé de l'homme » n°386, novembre - décembre 2006 tiré du site Internet [www.inpes.santé.fr](http://www.inpes.santé.fr).

- **Communications**

237. -Abel-Smith.B « Comment financer la santé pour tous ? » in forum mondial de la santé, 1991.
238. -Aberkane.A "Les réformes de la santé : L'expérience algérienne", communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème

- : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
239. -Aberkane.A « Réflexion sur les critères de dépendance du système national de santé », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
240. -Aouati.A & Guidoum.Y « L'organisation de la distribution des soins : son insertion dans le développement socio-économique du pays », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
241. -Baroudi.N « Formation des ressources humaines : une voie vers la réforme hospitalière », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
242. -Belmihoub.M.C « La réforme administrative en Algérie : innovation proposées et contraintes de mise en œuvre », forum euro- méditerranéen sur les innovations et les bonnes pratiques dans l'administration, Tunis, 15-17 juin 2005.
243. -Benhassine.M & Yahiaoui.M.A. « Les résolutions du comité central sur la santé : signification et portée historique », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
244. -Bouchelaghem.A « Le contrôle de gestion à l'hôpital: quelques réflexions », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
245. -Djehri.M & Ait Abdeslam.A « Evolution sociale et système de santé : intégration et participation », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
246. -Grangaud.J.P & Kara.Mostepha.A « Les apports de la gratuité des soins », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
247. -Hammani.A & Boukheloua.R & Bourokba.A « L'évolution du système national de santé depuis l'indépendance », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
248. -Heroual.N & Dr Chougrani.S « Case Mixe des soins ambulatoires : description et organisation à l'EHS pédiatrique Canastel Oran », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
249. -Hocine.T & Benbouzid & Abbas & Gherib « Le financement de la santé », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.

250. -Kacha.F & Ouchroun.A & Yaker.A « Bilan de l'action sanitaire », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
251. -Kaddar.M « La réforme des systèmes de santé au Maghreb : contexte, succès et défis actuels », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
252. -Kaid.Tlilane.N "Quelle réforme hospitalière pour les pays en développement ?", communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
253. -Kaid.Tlilane.N « La consommation médicale des enfants au milieu urbain en Algérie : résultats d'une enquête auprès des ménages de la ville de Bejaia », communication présentée au séminaire national sur la « gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives », Université de Sidi-Bel-Abbès, 05 et 06 juin 2007.
254. -Laidouni.F « Gestion et traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) », communication présentée au séminaire national sur « la gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives », Université de Sidi Bel Abbés, 05 et 06 juin 2007.
255. -Le.Goff-Pronost.M « Enjeux économiques de la télé santé : protocole d'évaluation sur quelques expérimentations », communication présentée au premier séminaire E-santé à l'école supérieure des télécommunications de Bretagne, Bretagne, 10/10/2006.
256. -Mansouri.M « Urgences médicochirurgicales en Algérie : état des lieux et perspectives de Restructuration », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
257. -Masseboeuf.J & Bencharif & Laib.M « L'organisation de la distribution des soins durant la période coloniale », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
258. -Masseboeuf.J « Témoignage sur la formation des médecins et l'exercice de la médecine à l'époque coloniale », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
259. -Mokhtari.L & Lazereg.H « La participation intersectorielle : participation, coordination et régulation des activités des différents ministères et départements intéressés en amont et en aval pour la progression du système de santé », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.

260. -Naceur.D & Ouchefoun.A & Boukhobza.M. « Développement et santé », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
261. -Salmi.M « Administration du personnel de santé ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'hôpital public en Algérie », communication présentée au séminaire national sur la « gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives, université de Sidi Bel Abbés, 05 et 06 juin 2007.
262. Salmi.M « L'accréditation des établissements de soins en Algérie : Outils de la reconnaissance, de la mise en place et de l'incitation à la qualité des soins », communication présentée au premier colloque international d'économie de la santé ayant pour thème : « gestion et réformes hospitalières dans les pays en voie de développement ou à revenus intermédiaires », tenu à Bejaia les 13,14 et 15 novembre 2006.
263. -Saoudi.Abderrahime.F « La contractualisation : une prescription sur ordonnance », communication présentée au séminaire national sur « la gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives », Université de Sidi Bel Abbés, 05 et 06 juin 2007.
264. -Slimane.Taleb.S & Ziari.A & Feddag.K & Abtroun.M.A « La maîtrise des ressources humaines », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.
265. -Zenhati.A « Essai d'estimation de la consommation médicamenteuse en Algérie entre 2000 et 2005 », communication présentée au séminaire national sur « la gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives », Université de Sidi Bel Abbes, 05 et 06 juin 2007.
266. -Zerhouni.A.A « Stratégie de production de compétences et son impact sur une relance idoine de l'établissement hospitalier », communication présentée au séminaire national sur « la gestion du système de santé et réformes hospitalières en Algérie : enjeux et perspectives », Université de Sidi Bel Abbés, 05 et 06 juin 2007.
267. -Ziari.A & Slimane.Taleb.S & Feddag.K & Abtroun.M.A. « Le développement des ressources humaines », communication présentée au séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, Alger le 07 et 08 Avril 1983.

- **Mémoires et thèses**

268. Abdelha.M « Management et qualité de soins », mémoire de post graduation spécialisée, ENSP, Alger, juin 2005.
269. Andre.M.L « Gestion de déchets hospitaliers » projet DESS «TBH », UTC, 1997, tiré du site Internet : <[http:// www.utc.fr/rfarges/DESS\\_TBM/96-97/projet/DS.Htm](http://www.utc.fr/rfarges/DESS_TBM/96-97/projet/DS.Htm) >
270. Benameur.A « Essai de mise en place d'un système de comptabilité analytique cas : hôpital Ahmed Medeghri Saida », mémoire de post graduation spécialisée, ENSP, Alger, 2003.
271. -Benrached.A « La contractualisation », mémoire de post graduation spécialisée, ENSP, Alger, 2005.

272. -Descarpentries.C « Surveillance épidémiologique des principales maladies transmissibles en Algérie entre 1994 et 1997, Université Bordeaux II, 2001.
273. -Hadjali.R & Dremont.C « La gestion des effluents liquides en milieu hospitalier », projet DESS « TBH », UTC, 1997 tiré du site Internet «URL:[http://www.utc.fr/rfarges/DESS\\_TBH/96-97/projet/EL/EL.htm](http://www.utc.fr/rfarges/DESS_TBH/96-97/projet/EL/EL.htm) »
274. -Salmi.M « Essai d'analyse et de réflexion sur l'organisation et la gestion des secteurs sanitaires en Algérie : éléments pour un diagnostic. Cas : secteur sanitaire de Larbaa-Nath-Iraten », mémoire de Magister, Tizi-Ouzou, juillet 1999.
275. -Kaid.N « Le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia- année 2003 » Thèse de doctorat d'Etat, université d'Alger.

- **Rapports et études**

276. -Anaes/ service évaluation technologique/ service évaluation économique « Etat des lieux de la télé imagerie médicale en France et perspectives de développement », rapport d'étape, France, Juin 2003.
277. -Beuscart.R « rapport sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé ».
278. -Centre régional d'observation du commerce, de l'industrie et des services « Industries et marchés des nouvelles technologies de la santé en Ile de France » in enjeux, Ile de France n° 65, Paris, mars 2004.
279. -Centre régional d'observation du commerce, de l'industrie et des services « Développement de la télé médecine : de bonnes perspectives en Ile de France » in enjeux, n° 70, Paris, septembre 2004.
280. -Conseil professionnel de la radiologie française et conseil national de l'ordre des médecins français « Organisation de la télé radiologie : guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la télé radiologie », Boulevard Haussmann, Paris, 2006.
281. -Hazebroucq.V « Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télé médecine française », rapport établi à la demande de madame la Ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies, Paris, le 03 février 2003.
282. -Noorami.H. & Picot.J « Evaluation de la vidéo conférence en télé santé au Canada » Ottawa : office Canadienne de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, 2001, rapport technologique n° 14.
283. -Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, assemblée nationale Française « Nouvelles technologies de l'information et système de santé : la nouvelle révolution médicale », rapport élaboré par Dionis Du Séjour-J & Etienne J.C, rapport n° 1686 assemblée nationale française n° 370.
284. -RADP, MSPRH « La santé des algériennes et des algériens », rapport annuel, décembre 2004.
285. -Sommet mondial sur la société de l'information « Déclaration de principes. Construire la société de l'information : un défi mondial pour le nouveau millénaire », Tunis 2005.
286. -Banque mondiale/ Le rapport 1993: investir dans la santé.

287. -INSP « Les maladies à déclaration obligatoire : années 1981-2001.
288. -INSP, unité causes de décès « Amélioration de la certification des causes médicales de décès. Généralisation du certificat de décès », décembre 2006.
289. -MSPRH/ INSP « système national de santé : éléments de réflexion » document préparatoire, INSP, Alger.
290. -MSPRH/ Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière : les préalables et les actions urgentes, Alger le 12 janvier 2003.

- **Statistiques sanitaires**

- 291- RADP, MSP, direction de la planification « Statistiques sanitaires ». Années : 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000.
- 292- RADP, MSPRH « Comptes nationaux de la santé de l'Algérie : année 2000- 2001 » Alger, mai 2003.
- 293- RADP, MSPRH, direction de la planification et de la normalisation « Statistiques sanitaires ». Années 2001,2003.

- **Textes réglementaires:**

294. -RADP, MSPRH « Avant projet de loi sanitaire : version provisoire soumise à concertation », Alger, Février 2003.
295. -Décret exécutif n°07-140 du 02 Joumada EL Oula 1428 correspondant au 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.
296. -Décret exécutif n°97-446 du 02 chaâbane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.
297. -Décret exécutif n°97-467 du 02 chaâbane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo-universitaires.
298. -Décret exécutif n°97-465 du 02 chaâbane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés.
299. -Décret exécutif n°98-227 du 19 Rabie El Aouel 1419 correspondant au 13 juillet 1998 relatif aux dépenses d'équipements de l'Etat.
300. -Décret exécutif n°01-12 du 25 chaoual 1421 correspondant au 21 janvier 2001 fixant les modalités d'accès aux soins en faveur des démunis non assurés sociaux.
301. -MSP, Instruction n°02 MSP/MIN/CAB du 23 juillet 2001 « relance du programme national de lutte contre les maladies à transmission hydrique »
302. -MSP, Instruction n°03/MSP/MIN du 07 décembre 2000 relative à l'organisation et au fonctionnement du bureau des entrées relevant des CHU, EHS et secteurs sanitaires.
303. -MSP, Instruction n°04/MSP/MIN du 31 Juillet 2001 « Renforcement du programme de santé de la reproduction et planification familiale »

304. -MSP, Instruction n°06/ MSP/MIN du 08 août 2001 « Traitement et gestion de l'information grand public »
305. -MSP, Instruction n°07 /MSP/MIN du 23 août 2001 relative au renforcement des actions de santé.
306. -MSP, Instruction n°09/MSP/MIN/SP du 08 Septembre 2001 relative à « La situation administration des sages femmes »
307. -MSP, Instruction n°11/MSP/MIN du 10 septembre 2001 relative à « L'amélioration de l'hygiène au niveau des établissements de santé »
308. -MSP, Instruction n°12 du 22 septembre 2001 relative à la mise en œuvre du programme de santé scolaire pour l'année scolaire 2001- 2002
309. -MSP, Instruction n°13 du 24 septembre 2001 relative au renforcement et à la décentralisation des soins de santé mentale.
310. -MSP, Instruction n°14 du 02 Octobre 2001 relative à l'amélioration des prestations offertes aux citoyens.
311. -MSP, Instruction n°15/MSP/MIN du 03 Octobre 2001 relative à la mise en place du « Calcul des coûts par la méthode des sections homogènes dans les établissements de santé »
312. -MSP, Instruction n°18/MSP/MIN/CAB du 04 Novembre 2001 relative à la prévention des risques sanitaires liés aux intempéries.
313. -MSP, Instruction n°19/MSP/MIN du 18 Novembre 2001 relative à la série de mesures engagées par le ministère de la santé destinées à asseoir une gestion efficiente des établissements de santé.
314. -MSP, arrêté interministériel du 26 Janvier 2002 fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.
315. -MSP, arrêté n°10/MIN du 27 Avril 2002 fixant la liste des services a activités intensives et a hauts risques.
316. -MSP, Instruction n°06 du 05 Mai 2002 précisant les missions et le fonctionnement des centres intermédiaires de santé mentale.
317. -MSP, Instruction N°10/MSP/MIN du 06 Mai 2002 relative aux commissions d'hygiène et de sécurité.
318. -MSP, Instruction n°34 du 23/07 /02 relative à la prise en charge des malades mentaux errants
319. -MSPRH, Instruction n°16/ MSPRH/MIN du 22 septembre 2002 relative au programme d'amélioration des prestations.
320. -MSPRH, Instruction n°17 du 24 Octobre 2002 relative à la remise systématique à tout patient hospitalisé sortant d'un « Résumé clinique de sortie » et un modèle de Résumé standart de sortie
321. -MSPRH, Instruction n°18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de santé.
322. -MSPH, Instruction interministérielle n°139 du 27 Octobre 2002 relative au renforcement du programme de santé scolaire.

323. -Décision interministérielle du 14 Janvier 2003 portant création, composition et attributions des comités intersectoriels de wilaya chargés du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale de wilaya.
324. -MSPRH/ Circulaire n°02 MSPRH/MIN du 09 Avril 2003 relative au fonctionnement des structures extra hospitalières
325. -RADP, ministère de la santé et de la population « bulletin officiel du ministère de la santé et de la population » : n°01 (1<sup>er</sup> semestre 1997), n°02 (2<sup>ème</sup> semestre 1997), n°03 (1<sup>er</sup> semestre 1998), n°04 (2<sup>ème</sup> semestre 1998), n°05 (1<sup>er</sup> semestre 1999), n°07 (1<sup>er</sup> semestre 2000), n°08 (2<sup>ème</sup> semestre 2000), n°09 (1<sup>er</sup> semestre 2001), n°10 (2<sup>ème</sup> semestre 2001), n°11 (1<sup>er</sup> trimestre 2002), n°13 (3<sup>ème</sup> trimestre 2002).

## Table des matières

Introduction générale ...:	2
Objet de la recherche.....	5
Problématique.....	6
Hypothèses de travail.....	6
Méthodologie.....	7
Utilité du sujet.....	7
Plan de restitution.....	8
<b>Première partie : Evaluation de la qualité des soins</b>	<b>9</b>
.....	9
Introduction.....	9
<b>Chapitre I/ Les systèmes de santé dans le monde : acteurs et modes de gestion</b>	<b>12</b>
.....	12
Introduction.....	12
I- Les acteurs du système de santé.....	14
1- la population.....	14
2- le système des soins primaires.....	14
3- le système des soins secondaires.....	15
4- les organismes d'assurance maladie.....	15
5- les pouvoirs publics.....	16
II- Les modes de gestion du système de santé.....	17
1- le mode de gestion libéral et contractuel du système de santé.....	17
2- le mode de gestion intégré et planifié du système de santé ou le mode de gestion à l'anglaise.....	21
3- le mode de gestion incitative ou les HMO aux Etats-Unis d'Amérique	24
.....	24
III- le système national de santé en Algérie de 1962 à nos jours.....	26
1- la première phase.....	27
2- la deuxième phase.....	29
1- la transition démographique.....	29
2- la transition épidémiologique.....	31
3- la transition économique et sociale.....	32
3- la phase actuelle.....	33
Conclusion du chapitre I.....	35
<b>Chapitre II : évaluation macro structurelle de l'offre de soins.....</b>	<b>36</b>
Introduction.....	36
1- l'évaluation des structures de soins à l'échelle d'un pays en l'occurrence l'Algérie	37
.....	37
1-1-l'inscription et la réalisation des structures sanitaires.....	37
1-2- les procédures d'inscription et de réalisation de l'équipement public sanitaire relevant des PSC, PSD et des PCD.....	40
1-3- limites de la centralisation de la décision d'inscription et de la réalisation de l'équipement public sanitaire.....	41

1-4- faut-il pour autant décentraliser cette décision ?.....	42
2- les infrastructures sanitaires publiques en Algérie.....	43
2-1- les structures d'hospitalisations publiques et privées pour l'année 2002.....	45
2-1-1- les structures publiques d'hospitalisation relevant d'hôpitaux généraux des secteurs sanitaires.....	45
2-1-2- les structures publiques d'hospitalisation relevant des centres hospitalo-universitaires.....	47
2-1-3- les structures publiques d'hospitalisation relevant des établissements hospitaliers spécialisés.....	47
2-1-4- les structures privées d'hospitalisation.....	48
2-1-5- les structures publiques et privées non dotées de lits d'hospitalisation pour l'année 2002.....	49
2-1-6- état des infrastructures sanitaires publiques et privées pour l'année 2002.....	49
2-1-7- infrastructures en cours de réalisation.....	50
3- l'évaluation des technologies médicales.....	51
4- les ressources humaines dans le secteur de la santé en Algérie.....	54
5- les équipements médicaux dans le secteur de la santé en Algérie.....	60
6- l'extension de l'offre de soins et la question de l'équité dans l'accès aux soins... conclusion du chapitre II.....	72

### **Chapitre III- l'évaluation micro structurelle de l'offre de soins .....73**

Introduction.....	73
1- le fonctionnement général de l'établissement de soins.....	74
1-1- évaluation de la qualité de l'accueil.....	74
1-2- l'évaluation des aspects hôteliers.....	75
2- les éléments structurels de soins.....	78
2-1- les locaux (bâtiments).....	79
2-1-1- la conception et la réalisation de centres hospitaliers.....	79
2-1-2- la conception des unités de soins ou des unités d'hospitalisation.....	82
3- l'encadrement médical et paramédical par lit.....	83
4- les médecins spécialistes.....	84
5- le nombre de lits.....	85
6- le plateau technique ou les services médico-techniques.....	86
7- le service des urgences.....	87
7-1- la réhabilitation des services d'urgences à l'hôpital ou l'identification de la fonction d'urgence.....	89
7-2- l'organisation territoriale et la formation à la médecine d'urgence.....	89
7-3- l'évaluation quantitative et qualitative en médecine d'urgence hospitalière.....	90
8- les consultations externes.....	92
9- la création des unités de soins intensifs (USI).....	92

10- l'organisation sanitaire et administrative.....	93
11- mécanisme formel de l'évaluation de la qualité des soins.....	99
12- le système d'information sanitaire.....	101
12-1- définition de l'information sanitaire.....	102
12-2- définition et objectifs du système d'information sanitaire.....	102
12-3- le système d'information sanitaire (SIS) actuel.....	102
12-4- limites et dysfonctionnements du SIS actuel.....	103
13- l'intégration des NTIC au SIS.....	115
13-1- processus de mise en place du SIS fondé sur les NTIC.....	116
13-1-1- la conception du SIS fondé sur les NTIC.....	116
13-1-2- la mise en œuvre du nouveau système d'information sanitaire.....	117
13-1-3- fonctionnement du nouveau système d'information sanitaire.....	117
13-2- Les implications de l'intégration des NTIC dans le SIS.....	117
13-2-1- les implications à court terme.....	117
13-2-2- les implications à moyen terme.....	118
13-2-3- les implications à long terme.....	118
Conclusion du chapitre III.....	119
<b>Chapitre IV : Evaluation des procédures de soins.....</b>	<b>120</b>
Introduction.....	120
I- l'activité médicale : définition et contenu.....	121
1- les différentes étapes de l'examen médical.....	123
1-1- les examens biologiques.....	124
1-2- les examens bactériologiques.....	124
1-3- les examens radiologiques.....	124
1-4- les examens de dépistage.....	125
2- l'évaluation de la prise en charge thérapeutique.....	125
II- l'activité paramédicale : définition et contenu.....	126
1- l'évaluation du rôle infirmier.....	127
2- les critères d'administration des médicaments.....	127
2-1- critères relatifs à la prescription de médicaments.....	127
2-2- critères relatifs à la préparation de médicaments.....	127
2-3- critères relatifs à la distribution de médicaments.....	128
2-4- critères relatifs à l'administration des médicaments.....	128
2-5- critères relatifs à la surveillance des effets du traitement.....	128
2-6- critères relatifs à l'enregistrement du soin.....	128
2-7- critères relatifs aux connaissances du patient.....	129
2-8- critères relatifs à l'observance du traitement.....	129
2-9- critères relatifs à la documentation.....	129
Conclusion du chapitre IV.....	129
<b>Chapitre V- Evaluation des résultats de soins.....</b>	<b>131</b>
Introduction.....	131

I- la mortalité générale en Algérie.....	132
1- l'espérance de vie en Algérie.....	133
2- la mortalité infantile en Algérie.....	134
3- les causes médicales de décès en Algérie.....	136
II- la morbidité en Algérie.....	140
1- les maladies à déclaration obligatoire.....	140
2- les maladies à transmission hydrique.....	141
3- les maladies du programme élargi de vaccination (PEV).....	146
4- les méningites.....	151
5- les zoonoses.....	152
6- la tuberculose.....	155
7- le paludisme.....	156
8- la situation épidémiologique des maladies non transmissibles en Algérie.....	158
III- la dépendance du système de santé algérien.....	161
1- les facteurs de dépendance interne.....	161
2- les déterminants de la santé.....	163
2-1- les déterminants biologiques.....	163
2-2- les habitudes de vie.....	163
2-3- l'environnement physique et socio-économique.....	163
2-4- le système de soins.....	163
3- les facteurs de dépendance extérieure.....	164
Conclusion du chapitre V.....	166
Conclusion de la première partie.....	167

## **Deuxième partie : quelques outils pour l'amélioration de la qualité des soins.....168**

Introduction.....168

### **Chapitre VI : la sécurité sociale en Algérie entre missions et contraintes .....172**

Introduction.....	172
I- naissance et évolution de la sécurité sociale dans le monde.....	173
1- la sécurité sociale : un système de redistribution des revenus.....	174
2- les principes inhérents à la sécurité sociale.....	175
II- naissance et évolution de la sécurité sociale en Algérie.....	175
1- la refonte de la sécurité sociale en 1983.....	177
2- l'évolution de l'organisation financière de la sécurité sociale.....	178
3- les risques couverts par la sécurité sociale.....	180
III -Les missions attribuées au système de la sécurité sociale en Algérie .....	181
1- les forfaits hôpitaux .....	182
2-les dépenses en produits pharmaceutiques .....	191
3- les transferts pour soins à l'étranger .....	192
4- l'action sociale et sanitaire .....	194
5- les conventions internationales .....	195
6- le financement du secteur privé .....	196

7- les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles.....	198
8- les dépenses de l'assurance sociale : les prestations en espèces et en nature .....	199
IV- la sécurité sociale face à de multiples contraintes .....	204
1- le financement de la sécurité sociale .....	206
2- la situation économique et sociale .....	206
3- le chômage .....	206
4- l'emploi précaire en Algérie .....	208
5- le développement du travail informel .....	208
6- le transfert des dépenses sociales vers les organismes de la sécurité sociale.....	211
7- tendance à l'augmentation continue des rubriques de dépenses de la sécurité sociale.....	211
8- l'équilibre financier des caisses : la contrainte majeure de la sécurité sociale.....	212
Conclusion du chapitre VI .....	212

**Chapitre VII : la contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.....213**

Introduction.....	213
I- évolution de l'organisation de la distribution des soins en Algérie.....	214
1- les réformes entreprises en vue de l'amélioration de la performance du système de santé en Algérie.....	216
2- l'arrangement contractuel : un outil pour l'amélioration de la performance du système de santé.....	219
II- la contractualisation en Algérie.....	220
1- la mise en œuvre de la contractualisation.....	224
2- la contractualisation externe.....	224
3- la contractualisation interne.....	225
Conclusion du chapitre VII.....	226

**Chapitre VIII : Processus d'accréditation des établissements de soins en Algérie : du virtuel vers le réel .....228**

Introduction.....	228
I- les définitions et évaluations de la qualité des soins.....	229
1- comment évaluer la qualité dans le système de soins ?.....	229
2- une perception différenciée de la qualité par les acteurs du système de soins.....	230
2-1- les professionnels de santé.....	230
2-2- les malades.....	230
2-3- les gestionnaires du système de soins.....	231
2-4- la sécurité sociale.....	231
2-5- les pouvoirs publics.....	231
II- l'accréditation des établissements de santé.....	232
1- définition de l'accréditation.....	232

1-1- Les organismes de l'accréditation.....	232
1-2- Les institutions chargées de l'accréditation des établissements de santé.....	233
1-3- Champ de l'évaluation .....	233
1-4- la définition de standards.....	234
1-4-1- la rubrique patient et sa prise en charge.....	234
1-4-2- la rubrique management et la gestion au service du malade.....	234
1-4-3- la rubrique qualité et prévention.....	234
2- l'accréditation des établissements de santé en Algérie.....	235
3- les objectifs de l'accréditation.....	235
4- les principaux enjeux de l'accréditation.....	236
5- les conditions de réussite d'une démarche qualité.....	237
Conclusion du chapitre VIII.....	237

**Chapitre IX : Administration du personnel ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'établissement de soins en Algérie.....238**

Introduction.....	238
I- la gestion des ressources humaines (GRH) dans l'organisation sanitaire.....	240
1- le domaine d'activité de la GRH.....	241
2- la prééminence des ressources humaines dans l'organisation sanitaire....	243
II- les ressources humaines : « un capital à optimiser ».....	244
1- les défis à relever.....	246
2- les logiques de réponse.....	248
3- les pratiques.....	249
4- le contrôle interne et la GRH.....	252
Conclusion du chapitre IX.....	254
Conclusion de la deuxième partie .....	255
Conclusion générale.....	256
Références bibliographiques.....	260

## Sommaire

Introduction générale ...:	2
Objet de la recherche.....	5
Problématique.....	6
Hypothèses de travail.....	6
Méthodologie.....	7
Utilité du sujet.....	7
Plan de restitution.....	8
<b>Première partie : Evaluation de la qualité des soins</b>	<b>9</b>
.....	9
Introduction.....	9
<b>Chapitre I/ Les systèmes de santé dans le monde : acteurs et modes de gestion</b>	<b>12</b>
.....	12
Introduction.....	12
I- Les acteurs du système de santé.....	14
II- Les modes de gestion du système de santé.....	17
III- le système national de santé en Algérie de 1962 à nos jours.....	26
Conclusion du chapitre I.....	35
<b>Chapitre II : évaluation macro structurelle de l'offre de soins.....</b>	<b>36</b>
Introduction.....	36
1- l'évaluation des structures de soins à l'échelle d'un pays en l'occurrence l'Algérie	37
.....	37
2- les infrastructures sanitaires publiques en Algérie.....	43
3- l'évaluation des technologies médicales.....	51
4- les ressources humaines dans le secteur de la santé en Algérie.....	54
5- les équipements médicaux dans le secteur de la santé en Algérie.....	60
6- l'extension de l'offre de soins et la question de l'équité dans l'accès aux soins...	70
Conclusion du chapitre II.....	72
<b>Chapitre III- l'évaluation micro structurelle de l'offre de soins .....</b>	<b>73</b>
Introduction.....	73
1- le fonctionnement général de l'établissement de soins.....	74
2- les éléments structurels de soins.....	78
3-l'encadrement médical et paramédical par lit.....	83
4- les médecins spécialistes.....	84
5- le nombre de lits.....	85
6- le plateau technique ou les services médico-techniques.....	86
7- le service des urgences.....	87
8- les consultations externes.....	92
9- la création des unités de soins intensifs (USI).....	92
10- l'organisation sanitaire et administrative.....	93
11- mécanisme formel de l'évaluation de la qualité des soins.....	99

12- le système d'information sanitaire.....	101
13- l'intégration des NTIC au SIS.....	115
Conclusion du chapitre III.....	119
<b>Chapitre IV : Evaluation des procédures de soins.....</b>	<b>120</b>
Introduction.....	120
I- l'activité médicale : définition et contenu.....	121
II- l'activité paramédicale : définition et contenu.....	126
Conclusion du chapitre IV.....	129
<b>Chapitre V- Evaluation des résultats de soins.....</b>	<b>131</b>
Introduction.....	131
I- la mortalité générale en Algérie.....	132
II- la morbidité en Algérie.....	140
III- la dépendance du système de santé algérien.....	161
Conclusion du chapitre V.....	166
Conclusion de la première partie.....	167
<b>Deuxième partie : quelques outils pour l'amélioration de la qualité des soins.....</b>	<b>168</b>
Introduction.....	168
<b>Chapitre VI : la sécurité sociale en Algérie entre missions et contraintes .....</b>	<b>172</b>
Introduction.....	172
I- naissance et évolution de la sécurité sociale dans le monde.....	173
II- naissance et évolution de la sécurité sociale en Algérie.....	175
III -Les missions attribuées au système de la sécurité sociale en Algérie .....	181
IV- la sécurité sociale face à de multiples contraintes .....	204
Conclusion du chapitre VI .....	212
<b>Chapitre VII : la contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale.....</b>	<b>213</b>
Introduction.....	213
I- évolution de l'organisation de la distribution des soins en Algérie.....	214
II- la contractualisation en Algérie.....	220
Conclusion du chapitre VII.....	226
<b>Chapitre VIII : Processus d'accréditation des établissements de soins en Algérie : du virtuel vers le réel .....</b>	<b>228</b>
Introduction.....	228
I- les définitions et évaluations de la qualité des soins.....	229
II- l'accréditation des établissements de santé.....	232
Conclusion du chapitre VIII.....	237

<b>Chapitre IX : Administration du personnel ou gestion des ressources humaines : l'enjeu actuel de l'établissement de soins en Algérie.....</b>	<b>238</b>
Introduction.....	238
I- la gestion des ressources humaines (GRH) dans l'organisation sanitaire.....	240
II- les ressources humaines : « un capital à optimiser ».....	244
Conclusion du chapitre IX.....	254
 Conclusion de la deuxième partie .....	 255
 Conclusion générale.....	 256
 Références bibliographiques.....	 260