

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

**UNIVERSITE D'ALGER**

**FACULTE DES SCIENCES ECONOMIQUES ET DES SCIENCES DE  
GESTION**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAGISTER**

**GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DES  
PERSONNELS MEDICAUX DANS LE MILIEU  
HOSPITALIER**

**Option : Ressources Humaines**

**Présenté par : Melle Mammeri Laharem**

**Sous la direction de : Mr LAMRI Larbi**  
Professeur

**Année : 2008**

## SOMMAIRE

PROBLEMATIQUE / INTRODUCTION

7-11

## CHAPITRE I : LES APPROCHES METHODOLOGIQUES DE LA G.R.H

<b>Référence</b>	<b>Intitulé</b>	<b>Page</b>
<b>Section 1</b>	<b>Historique de la GRH .....</b>	12
1-2	Les logiques de réponse .....	14
1.2.1	La personnalisation.....	14
1.2.2	L'adaptation.....	15
1.2.3	Mobilisation.....	15
1.2. 4	L'anticipation.....	15
1.2. 5	Le partage de la fonction GRH.....	15
1.2.6	Le développement de la fonction (RH ).....	16
<b>Section 2</b>	<b>Les politiques des Ressources Humaines :.....</b>	16
2.1-	<b>Les politiques d'emploi.....</b>	16
2.2	Les politiques de rémunération.....	17
2.3-	Les politiques de sécurité et d'amélioration des conditions de travail.....	17
2.4-	La politique de formation.....	17
2.5-	La politique d'information et de communication.....	17
2.6-	La Politique d'implication .....	17
2.7-	Politique des relations professionnelles .....	17
2.8-	La Politique d'activités sociales et culturelles .....	17
2.9-	Politiques d'aménagement des temps, de développement d'adaptabilité :.....	17
<b>Section 3</b>	<b>Gestion des Ressources Humaine.....</b>	18
3.1-	Définition de la fonction RH.....	18
3.2-	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....	19
3.3-	Le Processus de Recrutement .....	20
3.3.1	L'identification et la spécification du besoin : .....	20
<b>3.3.2-</b>	<b>La Campagne de Recrutement et les procédures de Sélection .....</b>	21
<b>3.3.2 /1</b>	<b>L'analyse du Curriculum Vitae .....</b>	21
<b>3.3.2 /2</b>	<b>Les tests dans le processus de sélection : .....</b>	21
<b>3.3.2 /3</b>	<b>Les tests d'aptitudes .....</b>	21
	a/ Les tests psychotechniques :.....	21

	b/ Les tests de personnalité : .....	22
<b>3.3.2 /4-</b>	L'entretien .....	22
<b>3.3.2 /5-</b>	Les procédures d'intégration du nouveau salarié .....	22
3.4	La formation : .....	22
3.4.1	Le cadre réglementaire : .....	23
3.4.2	Le congé individuel de formation .....	23
3.4.3	Le congé de bilan de compétences .....	23
3.5	Le système de rémunération.....	23
3.5.1	La fixation du salaire .....	24
3.6	Le personnel : .....	25
3.6.1	Les effectifs .....	25
3.6.2	La structure : .....	25
3.6.3	La pyramide des âges : .....	25
3.6.4	la répartition par sexe :.....	26
3.6.5	La pyramide des anciennetés .....	26
3.6.6	La répartition selon la nationalité .....	26
3.7-	La communication dans l'entreprise : .....	26
3.7.1-	Les objectifs de la communication .....	26
3.8	Les conditions de travail dans l'entreprise :	27
3.8.1-	Définition .....	27
3.8.2	L'action pour l'amélioration .....	27
3.8.3	Aménagement des temps de travail :.....	27
3.8.3/1	Durée de la vie active .....	28
3.8.3/2	Retraite .....	28
3.8.3/3	Les interruptions .....	28
3.8.3/4	les durées annuelles du travail .....	28
3.8.3/5	le temps partiel .....	28
3.8.3/6	les horaires atypiques .....	29
3.8.3 /7	les politiques de sécurité .....	30
3.9	Les relations de travail dans l'entreprise .....	31
3.9.1	Les systèmes de représentations.....	32
3.10	L'organisation de la fonction ressources humaines....	32
	<b><u>CHAPITRE II : SYSTEME DE SANTE EN</u></b>	<b>34</b>
	<b><u>ALGERIE</u></b>	
<b>Section 1</b>	<b>Section 1 : Système et politique de la santé en</b>	
	Algérie : .....	35
	Aperçu sur la construction du système national de	
	santé :.....	36
	Évolution du système national de santé :.....	38
1.2-	Période de 1962 -1972 .....	37
1.2.1-	Période 1973- 1982 .....	37
1.2.2-	Période 1983 -1992.....	39
1.2.3-		

1.2.4	Période 1993-2000 : .....	39
<b>Section 2</b>	<b><u>l'organisation du système national de santé</u></b>	
2.1	La sectorisation.....	40
2.2	La régionalisation .....	40
2.3	La hiérarchisation .....	41
2.4	Systèmes de santé : soins ou services ? .....	42
2.5	Déséquilibre dans la répartition territoriale des compétences : .....	44 45
<b>Section 3</b>	<b><u>le schéma organisationnel :</u></b>	<b>46</b>
3.1	Niveau central	
3.1.1	Administration centrale : c'est le ministère de la santé	
3.1.2	Publique et des réformes hospitalières	
3.2	Niveau intermédiaire :	47
3.2 .1	DSP direction de la santé de wilaya	51
3.2.2	Conseil régionaux	53
3 .3	Le niveau de base :	54
3.3.1	Le secteur sanitaire :	54
3.3.2/1	Le centre hospitalo universitaire CHU .....	60
3.3.2/2	Place du CHU dans le système de santé : .....	61
3.3.2 /3	Missions du CHU.....	61
3.3.4	Organisation et fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés EHS : .....	68
3.4	Niveau de soutien : .....	70
3.4.1	Des médicaments et matériel médicaux chirurgicaux :	70
3.4.1/1	Marché du médicament en Algérie : .....	70
3.4.2	Structures délocalisées ou spécialises autonomes .....	72
3.4.2/1	ANDS .....	74
3.4.2/2	L'institut pasteur d'Algérie .....	75
3.4.2 /3	Les facultés des sciences médicales .....	75
3.4.2 /4-	Les établissements de formation paramédicale.....	
3.4.2 /5	Les École nationale de santé publique : ENSP .....	76
3.4.2/6	Les Institut national de santé publique : INSP .....	77
3.4.3 /1	Les associations sous tutelle du ministère de la santé..	77
3.4.3/2	Organisations syndicales du secteur de la santé :.....	77
3.4.3/3	Sections ordinales nationales : .....	80
3.4.3/4	Sections ordinales régionales .....	81
3.4.3/5	Sociétés scientifiques ou savantes :.....	82
3.4.3/6	Evolution des infrastructures .....	82
		84
3.5	Financement de la santé :.....	88
3.5.1	Sources de financement : .....	89

3.5.2	Modalités de financement et de la maîtrise des dépenses .....	90
3.5.3	Contribution de la sécurité sociale au financement de la santé : .....	91
3.6	Système sanitaire Algérien actuel : .....	92
3.6.1	Organisation et fonctionnement des EPH et des établissements de santé et de proximité EPSP :.....	94
3.7.1	Évolution historique des effectifs des personnels médicaux .....	120
3.7.2	Conclusion sur le système de santé :.....	121
3.7.3	Perspectives du système de santé :.....	121
	Les promesses du nouveau schéma directeur .....	121

### **CHAPITRE III : PRESENTATION DU SECTEUR DE LA SANTE DE ROUIBA**

#### **Section 2**

#### **Etude quantitative des personnels médicaux :**

	Introduction.....	123
1.1	historique .....	124
1-2	organisation et fonctionnement .....	128
2.1-	Evolution des effectifs de l'hôpital de Rouïba : .....	138

#### **Section 3**

#### **Etude qualitative des personnels médicaux.....**

3.1-	Une organisation administrative :.....	140
3.2-	Le cadre organisationnel est inadéquat : .....	141
3.3	Le recrutement au niveau de l'hôpital est du type procédurier .....	142
3.4	La gestion des ressources humaines est purement administrative .....	142
3.4.1-	Les statuts particuliers et les contraintes de la fonction publique :.....	142
3.4.2	Les plans de carrière manquent d'ambition : .....	143
3.4.3	Le système d'avancement et de promotion est rigide ...	144
3.4.4	La formation n'est ni développée ni permanente : .....	145
3.4.5	Absence d'une véritable politique sociale :.....	147
3.5	Le système d'information .....	148
3.6	pression sur les services.....	148
3.6.1	Service pédiatrie :.....	148
3.6.2	Services pneumo phtisiologie.....	148
3.6.3	Médecine du travail :.....	149
3.6.4	Service d'hémodialyse :.....	149
3.5.5	Les urgences : UMC.....	149

	<b><u>Section 4 : conclusions et recommandations</u></b>	153
	<b><u>pour la gestion des ressources humaines</u></b>	153
		155
4.1	Initiation à la gestion des ressources humaines à l'hôpital :	155
4.2	.....	156
4.3	Positiver l'image de l'administration : .....	156
4.4	Humaniser la gestion : .....	157
4.5	Humaniser et sécuriser le travail : .....	157
4.6	Promouvoir la communication : .....	158
4.6.1	Améliorer les conditions de travail : .....	158
4.6.2	Améliorer le confort : .....	
4.6.3	Conditions d'hygiène et de sécurité : .....	159
4.7	L'approche ergonomique ou l'aménagement du poste : .....	160
4.8	.....	
4.8	Instauration du système de valeur	
4.9	L'aménagement du temps de travail : .....	160
4.10	Utiliser le système sanction / récompense : .....	161
	Appliquer des techniques qui suscitent l'adhésion du personnel .....	161
4.10.1	.....	
4.10.2	Les méthodes modernes de management .....	
	Les techniques de motivation : .....	
4.10.3	la mobilisation ne se décrète pas : .....	161
4.11	Les outils du changement seront : .....	162
4.11.1	La gestion prévisionnelle : .....	162
4.11.2	L'analyse prévisionnelle de l'emploi .....	163
4.11.3	L'analyse stratégique : .....	163
4.11.4	L'évaluation des ressources humaines : .....	163
4.12	Les outils de la GPRH .....	164
4.12.1	Le redéploiement : .....	164
4.12.2	La formation : clé du changement : .....	164
4.12.3	Le recrutement : .....	164
4.12.4	L'évaluation des performances : .....	165
4.12.5	L'intéressement et la déconcentration de gestion :	166
4.12.6	Organisation de la communication et du management participatif .....	167
4.12.7-	Introduction des nouveaux champs de la politique d'information et de communication à l'hôpital : .....	167
	L'organisation du dialogue social :	167
4.12.7/ 1	.....	
4.12.7/2	Les cercles de qualité .....	168
4.12.7/3	Les groupes d'expression ou de concertation .....	168
4.12.7/4	La stratégie de la démarche qualité : .....	168
	La gestion de la qualité ne s'improvise pas.....	169

Conclusion générale .....	171
Résumé :Français .....	175
Arabe .....	176
Anglais.....	177
Bibliographie.....	178
webmagazine.....	180
Textes juridiques .....	185
Lexique .....	186
Abréviations.....	187
Annexe : tableau .....	221
Synthèses des tableaux.....	224
Questionnaire.....	229
Pyramide de Maslow.....	

## **PROBLEMATIQUE / INTRODUCTION**

La santé en Algérie est un secteur social à but non lucratif qui a pour mission principale de dispenser des soins aux personnes dont l'état physique et psychique le nécessitent.

Afin que cette mission puisse s'accomplir, il semble indispensable de mettre en œuvre un certain nombre de moyens humains et matériels. La quasi-totalité de la fonction du secteur de la santé s'articule autour du malade.

Si nous prenons un pôle de ce secteur en l'occurrence l'hôpital, il s'agit d'une prise en charge globale du malade : de son accueil aux soins en passant par l'hébergement, sa prise en charge médicale et soignante.

L'hôpital est organisé en services qui incluent des unités. Si nous prenons par exemple un service d'anesthésie réanimation nous pouvons identifier les unités suivantes :

- La réanimation et soins intensifs ;
- La chirurgie générale ;
- La chirurgie orthopédique ;
- La gynécologie obstétrique.

Nous avons les services annexes comme le laboratoire, la radiologie, le centre de transfusion sanguine.

Rappelons que le système national de santé en Algérie est basé sur des structures administratives et techniques comme (le ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière) MSPRH ainsi que des établissements spécialisés comme le E H S (établissement hospitalier spécialisé) les CHU (le centre hospitalier universitaire), les secteurs sanitaires devenus aujourd'hui Établissements Publics Hospitaliers et Établissements Sanitaires de Proximité et des organes scientifiques et techniques.

La santé a donné lieu à de nombreuses définitions dont nous citerons celle de l'OMS « la santé est un état de bien être physique, mental et social ». Ainsi perçue, la santé peut être affectée par des facteurs non strictement médicaux comme les conditions de travail, l'éducation et le logement.

En matière de santé les actions de prévention et les actions curatives impliquent un financement .Ces dernières sont financées par les ménages, les pouvoirs publics ainsi que les caisses d'assurance. Les sommes affectées à cet emploi ne peuvent l'être ailleurs .Un choix est nécessaire et c'est là qu'intervient l'économiste.



Ce dernier doit procéder à une allocation rationnelle des ressources entre secteurs et à l'extérieur des secteurs. Il les répartit de sorte à maximiser la satisfaction des citoyens. Dans ce cas précis du secteur de la santé, il s'agit de personnes malades et non malades (dans le cas de la médecine préventive, la vaccination ...)

La santé est une activité où la détermination des moyens et l'évaluation des conséquences sont toujours complexes. Qu'on le veuille ou non les considérations de coût, de dépenses, de rendement sont toujours présentes, tant au niveau de l'individu qu'à celui de la nation, même si parfois on avance des préoccupations de l'éthique et on nie l'utilité de la méthode économique. Ces problèmes sont pris en charge par l'économie de la santé qui est une discipline récente Charles Phelps de l'université de Rochester la définit tel que suit :

« L'économie de la santé consiste en effet en l'étude des comportements humains et plus précisément en l'analyse des effets des incitations de prix, de coûts et de revenus sur ses comportements »<sup>1</sup>

L'économie de la santé met en avant les intérêts de la collectivité, tandis que la médecine déontologiquement s'intéresse aux patients. Donc les contraintes économiques créent un besoin d'innover en matière de gestion et de planification sanitaire.

La place qu'occupe l'économie de la santé au cours des années quatre vingt à nos jours provient du fait des impératifs de la gestion de la santé et des structures qui dispensent les soins. Rappelons qu'en matière de création d'emplois la santé est le second pourvoyeur du secteur public.

Le système de la santé, outre ses structures administratives et techniques, repose sur des établissements médicaux qui dispensent des soins et fonctionnent grâce à des personnels médicaux, paramédicaux, administratifs et techniques. C'est la catégorie des personnels médicaux qui retiendra notre attention et fera l'objet de notre investigation. Nous citerons :

Le CHU (Centre Hospitalier Universitaire) qui emploie le personnel hospitalo-universitaire comme les professeurs à la tête de chaque service, les docents et les maîtres assistants ;

-L' EHS (Établissement Hospitalier Spécialisé) ;

-L' Établissement Public Hospitalier (EPH) ;

-L'Établissement Public Sanitaire de Proximité (EPSP).

En dehors des hospitalo-universitaires qui relèvent du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, les autres personnels sont placés sous tutelle administrative du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière (MSPRH). C'est ainsi que les postes sont pourvus

---

<sup>1</sup>- Définition donnée par Wikipedia sur le web Internet.

selon l'organigramme de l'hôpital. Les hospitalo-universitaires (professeurs, docents, maîtres assistants) perçoivent une prime hospitalière en contre partie de leur activité médicale dans les hôpitaux. Leurs salaires sont pris en charge par le ministère de l'enseignement supérieur.

Les médecins praticiens spécialistes de santé publique et généralistes sont nommés et gérés par le MSPRH et affectés selon les besoins du secteur de la santé. Ils sont pris en charge sur le plan financier à partir des budgets de leur établissement d'affectation. Les salaires sont arrêtés par la fonction publique et sont calculés sur un système de base par niveau et par catégorie.

Nous vivons dans un monde où le travail a évolué aussi radicalement que l'environnement qui nous entoure. Les trente dernières années ont permis l'éclosion de la fonction « personnel » puis de la fonction « ressources humaines » dans les entreprises et les organisations.

Aujourd'hui la croissance économique de l'entreprise est avant tout fonction de sa capacité à utiliser au mieux une ressource devenue clé : « le capital humain » pour cela elle a développé une pratique de gestion de ses ressources humaines qui consiste à développer et fidéliser au mieux ses collaborateurs, tout en respectant l'impératif permanent d'améliorer sa productivité. Donc la GRH dans une entreprise consiste en la gestion des emplois et des compétences, le recrutement, la gestion des carrières, l'investissement dans la formation de l'homme, l'aménagement du temps, l'amélioration des conditions de travail, l'accord d'une rémunération globale et personnalisée.

Notre problématique s'articule autour de la question des personnels dans les hôpitaux.

Compte tenu de l'évolution prise par la GRH, et du fait que les hôpitaux algériens préoccupés d'abord de l'administration de leurs personnels médicaux, paramédicaux et administratifs, ont-ils comme les entreprises découvert progressivement la gestion et le développement de ces ressources humaines ? Essaient-ils d'appliquer une pratique des ressources humaines plus adéquate à l'amélioration de la situation de ses personnels médicaux. ?

Notre sujet d'investigation consiste à répondre aux questions suivantes :

-Toutes ces pratiques dans l'entreprise s'adaptent-elles aux personnels médicaux particulièrement du milieu hospitalier ?

-Que font les hôpitaux pour améliorer les rendements des personnels médicaux ?

-Est-ce que l'objectif du recrutement est la meilleure adéquation entre le potentiel individuel, les compétences, les aspirations et les possibilités d'évolution ?

Pour répondre à ces questions, nous partons de deux hypothèses :

-La gestion des ressources humaines, notamment celle des personnels médicaux reste aléatoire et n'intègre pas les méthodes modernes de valorisation des personnels ?

-Le statut des établissements publics de santé demeure le principal facteur de blocage institutionnel et donc ne permet pas à l'hôpital public de disposer d'une autonomie dans la gestion de ses ressources humaines ?

Mais avant de tenter de répondre à ces questions, procédons à un rappel du statut de l'hôpital en général.

L'hôpital est donc un établissement public à caractère administratif.

Les règles et les critères de gestion sont imposés par son statut (**EPA**) ainsi que le régime juridique qui régit les carrières des professionnels de la santé (professeurs. Docent. Maître- assistants, personnels médicaux de santé publique).

Ces critères sont inspirés en totalité du statut de la fonction publique (statut du fonctionnariat) notifié par l'ordonnance 66- 133 du 02 /06 / 1996 et la loi n° 78 / 12 Du 05 /08/1978 relative au SGT (statut général du travailleur) et d'autres textes réglementaires (statuts particuliers des corps de la santé) Comme le statut des praticiens médicaux des généralistes et spécialistes de la santé publique donné par le décret présidentiel n° 02-238 du 16 Octobre 2002.

Le recrutement au niveau de l'hôpital est du type procédurier et subjectif et ne suit pas un processus de sélection. C'est ainsi que les professeurs, les maîtres assistants sont recrutés par le biais d'un titre ou d'un diplôme, sans faire référence aux aptitudes et qualifications des postulants.

Le directeur de l'hôpital gère le corps médical à l'exception des médecins spécialistes qui sont régis par le ministère de tutelle. Cette gestion linéaire très bureaucratique et « uniformiste » démontre une tutelle gouvernementale par le biais du ministère de la santé pour les praticiens spécialistes de la santé publique et le ministère de l'enseignement supérieur pour les professeurs, les docent et maîtres assistants

Ces deux ministères sont les vrais décideurs des moyens à allouer et des procédures à appliquer concernant le recrutement ou la gestion de carrière etc.

A ce propos la carrière des hôpitalo- universitaires des professeurs et des docents des maîtres assistants, au niveau de l'hôpital est très claire, hiérarchisée, codifiée, par contre la gestion des médecins spécialistes et généralistes de la santé publique ne subit aucune évolution sur le plan de la hiérarchie scientifique. Ils ont une évolution sur le plan salarial par les indemnités liées à l'ancienneté.

Les conséquences de cette gestion centralisée se traduisent par de sérieuses difficultés, par certaines faiblesses de productivité et l'absence de motivation. Cette situation se traduit par une mauvaise prise en charge du malade au niveau des hôpitaux dépassés par une population de plus en plus nombreuse et exigeante. Nous pouvons supposer que cette gestion est régie par un régime juridique basé sur des textes législatifs et réglementaires promulgués par une vision sociale et quantitative et non une approche qualitative. Notons que certains textes régissant la fonction du personnel hospitalier datent d'avant 1962.

Pour nous permettre de réaliser cette étude nous avons jugé opportun de faire appel à une démarche méthodique particulière. Nous nous sommes basés sur la démarche historique pour mieux comprendre l'évolution et la démarche analytique qui expliquent les effets sur la production de soins.

Pour cela, nous avons structuré notre recherche en trois chapitres :

- Le premier est destiné à l'établissement d'une synthèse générale sur les différentes approches de la GRH, depuis sa création jusqu'aux dernières évolutions qu'elle a connu ;
- Le second vise à présenter le système de santé algérien. Sachant que le thème de recherche concerne essentiellement les personnels médicaux, il est évident de présenter les structures où s'exercent les métiers de ces professionnels et de comprendre toutes les modalités de leur recrutement et l'évolution des carrières ainsi que les enjeux de la profession médicale ;
- Le troisième chapitre est une étude de cas. Le choix a été porté sur l'hôpital de Rouïba où la disponibilité de l'information nous a permis de faire une analyse détaillée de la GRH.

# **CHAPITRE I : LES APPROCHES METHODOLOGIQUES**

## **Introduction :**

La gestion des personnels a de tout temps été une affaire complexe parce que son sujet est l'homme au travail. Les méthodes de cette discipline ont évolué avec l'évolution du monde du travail et son environnement socioéconomique.

Les politiques de la GRH évoluent différemment selon les pays et les époques. Mais un fait certain, c'est qu'aujourd'hui, la dimension sociale a pris une part importante sur la dimension économique de profit des employeurs notamment privés.

## **Section 1 Historique de la G.R.H :**

La G.R.H est une réponse aux effets négatifs de l'O .S . T et du taylorisme. La GR.H est perçue comme une solution aux lacunes de l'O .S. T

L'objectif de la GRH est de revaloriser la dimension humaine considérée comme déterminante, quand à l'efficacité au travail.

Les moyens de la GRH c'est faire participer le travailleur aux décisions prises par la hiérarchie. Le courant social et humaniste est venu avec de nouveaux principes celui de la participation et aussi de la prise en charge des besoins psychologiques de l'homme plus particulièrement le besoin d'appartenance. L'homme a besoin de se sentir indispensable.

Le Taylorisme correspond à un style de gestion de type bureaucratique qui ne développe pas suffisamment la communication dans l'entreprise.

L'objectif de la participation c'est strictement l'intégration de plus en plus forte des hommes aux objectifs économiques de l'entreprise de manière à limiter les conflits.

### **1.1- Écllosion de la fonction Personnel puis de la GRH**

Ces trente dernières années ont permis l'écllosion de la « Fonction Personnel » puis de la « Fonction Ressources Humaines » dans les entreprises et les organisations, qui, préoccupées d'abord de l'administration de leur personnel, découvrent progressivement la gestion et le développement de leurs ressources humaines.

Aux hésitations des années 60-70 s'est substitué un vrai domaine de recherches et de pratiques formelles, conceptualisé et instrumentalisé. Si la gestion des RH n'a pas trouvé d'emblée de définition dans la gestion des entreprises c'est que la

dimension humaine elle-même n'a pas été prise en compte spontanément au sein des organisations.

Au point de départ de l'aventure industrielle, la dimension humaine dans sa complexité n'est pas perceptible par ceux qui auront à promouvoir les premières modalités de l'organisation industrielle moderne.

A la fin du XIX siècle la dimension humaine va se définir comme marchandise soumise aux lois de l'échange économique du capitalisme. La force de travail est réduite à un intrant au même titre que les matières premières, avec l'émergence de l'activité productive et le taylorisme. L'OST va s'imposer comme une théorie fondamentale de l'organisation et devient le dogme de l'industrialisation dans la première partie du XX siècle. A cette image réductrice de l'individu prônée par le taylorisme viendra se profiler l'émergence du fait social.

Si la dimension sociale apparaît progressivement comme un enjeu c'est que les différentes manifestations du malaise de la force de travail (conflit, absentéisme, apathie, freinage) face à l'univers taylorien et la naissance de l'école des relations humaines constitue la première approche réelle de la dimension humaine dans les organisations.

L'école des relations humaines (Elton Mayo) s'efforce de promouvoir l'importance de la réalité sociale dans le schéma organisationnel et tente de sortir l'homme de l'abstraction mécaniste du taylorisme.

Cette théorie ouvre la voie d'un véritable changement dans l'approche de la rationalisation du travail dans les organisations. La nécessité de gérer le personnel et de promouvoir des politiques sociales va progressivement émerger et s'inscrire dans les préoccupations et les structures des organisations.

Pour être effectif dans les entreprises, ce changement dans l'approche de la problématique des ressources humaines aura besoin d'autres perspectives théoriques et d'autres révélateurs. Dans ce sens nous pouvons citer :

- des avancées formelles significatives relatives à la motivation des individus (théorie –pyramide- de Maslow), voir les détails à la page 229
- la mobilisation des RH, qui traduit conceptuellement l'action de ralliement du personnel autour du développement de l'entreprise est devenue aujourd'hui une des priorités par beaucoup d'organisations, car elle la considère comme une action de performance.

Peut-on en dire autant pour les hôpitaux ? La santé en général, et plus particulièrement en Algérie ?

Pour apprécier l'évolution et l'aboutissement des ressources humaines précisons que le cadre législatif et réglementaire qui régit les droits et obligations des travailleurs et la législation sociale ont connu depuis l'après guerre un développement assez important renforçant les obligations de l'entreprise dans les pays développés et par la suite, de façon progressive, dans les pays en développement. Donnons quelques dates pour illustrer ce développement.

- 1945 : institution des comités d'entreprise,
- 1968 : grand tournant dans la réglementation,
- 1973 : lois sur l'amélioration des conditions de travail. Le code du travail s'enrichit tout au long des années suivantes,
- 1977 : grands textes adoptés par la loi sur le bilan social,
- 1982 : poursuite et élargissement du mouvement de réforme.
- 1990 : évolution réglementaire forte,
- 1993 : nouvelles organisations du travail et d'aménagement du travail,
- 1996 : la loi sur la réduction et l'aménagement du temps.

A la fin des années 1990, les entreprises adoptent de nouvelles logiques qui érigent des politiques sociales : (personnalisation, adaptation, mobilisation, partage et anticipation.) Les D.R.H dans les entreprises s'adaptent à ces modifications.

Il s'agit d'une évolution qui prévaut dans les pays occidentaux. L'Algérie ne sera touchée par cette avancée que bien plus tard. .

## **1.2- Les logiques de réponse :**

Pour répondre aux défis de la fin des années quatre vingt dix les entreprises, sont amenées donc à de nouvelles logiques qui érigent les politiques sociales :

### **1.2.1- La personnalisation :**

La logique de personnalisation (individualisation) qui marque les politiques d'emploi (du recrutement à la gestion de carrières) de rémunération et protection sociale complémentaire, de formation au plan individuel, d'aménagement du temps, horaires personnalisés, congés discrétionnaires) et de communication, système d'évaluation des personnes, des potentiels, bilan de compétence et plan de carrière .Cette logique implique la hiérarchie d'une façon croissante.

- Individualisation des horaires et l'évolution vers le temps de travail choisi.
- Prise en compte tant des attentes et des aspirations de chacun que des contraintes de l'entreprise, mais ces politiques de gestion impliquent la décentralisation des décisions et une hiérarchie compétente.

### **1.2.2- L'adaptation :**

L'entreprise doit s'adapter rapidement et de façon efficace à toutes les évolutions internes pour cela elle recherche :

- La flexibilité quantitative (contrats à durée déterminée)
- La flexibilité quantitative interne (heures supplémentaires modulation récupération)
- La flexibilité quantitative ou fonctionnelle (mobilité, polyvalence)
- La flexibilité salariale (intéressement, rémunération collective et individuelle)
- La flexibilité optimale implique une décentralisation des décisions.

L'entreprise explore toutes les voies de la flexibilité quantitative aptitude à communiquer et à négocier.

### **1.2.3- La mobilisation :**

Pour une même technologie mise en œuvre, la production diffère fortement dans les entreprises du fait des différences constatées dans l'organisation de la production dans la mobilisation des salariés et dans leur qualification. Il faut une mobilisation basée sur une solide motivation ou l'homme n'est plus une contrainte mais un gisement de ressources.

Les entreprises relèvent le défi à travers les multiples formes de management participatif. Pour mobiliser l'intelligence technique et la dynamique commerciale de leurs salariés, les entreprises renouvellent leurs pratiques.

### **1.2.4- L'anticipation :**

Aujourd'hui, le manque de visibilité implique une demande anticipatrice favorisant les adaptations aux événements imprévus et à l'incertain. La réussite de la gestion à CT de l'emploi s'inscrit dans le cadre d'une gestion à MT et LT. La maîtrise de la masse salariale à CT n'est possible que dans le cadre d'une gestion stratégique des rémunérations. Une gestion à CT sans anticipation multiplie les dangers à MT et compromet la survie de l'entreprise.

### **1.2.5- Le partage de la fonction GRH**

La fonction GRH se répartit dans l'organisation générale. Le DRH devient le promoteur d'un nouveau concept, celui de la fonction partagée.

La décentralisation de la fonction permet une adaptation rapide et pertinente, la personnalisation réelle des décisions de GRH et la mobilisation des salariés.

Dans les économies avancées dans les années quatre vingt les entreprises ont redonné à la hiérarchie une responsabilité sociale. Tout cadre exerçant une fonction de commandement participe à la GRH dans le cadre du partage de la fonction, le manager de proximité participe directement à tous les actes de la fonction RH.

Il doit participer à huit fonctions : choisir, gérer, orienter, rémunérer, mobiliser, négocier, veiller.



### **1.2.6- Le développement de la fonction (RH)**

Les années quatre –vingt et quatre vingt dix ont connu un renouvellement rapide de la fonction, amorcé dès les années soixante-dix.

#### Historique de la fonction proposée par F.Fombonne :

Étapes de l'émergence de la fonction :

- \*Les premières (1850à 1916)
- \*L'émergence d'une fonction autonome (1916-1935)
- \*La fonction s'organise et dérive sur le plus politique (1936-1940)
- \*Assistance et œuvres sociales (1940-1946)
- \*Une fonction en plein essor (1947-1960)
- \*Age adulte (1970-1980)
- \*Émergence de managers.
- \*Vers le management stratégique des ressources humaines depuis 1980.

Dans les années quatre vingt et au début des années quatre vingt dix, la fonction avait tendance à gérer le quantitatif et rencontrait en particulier les problèmes de réduction des effectifs et de maîtrise de la masse salariale. En même temps elle avait le souci accru de passer à une gestion qualitative des RH.

La prise en compte du qualitatif se traduit en particulier par l'importance attachée à la personnalisation des pratiques de GRH à l'individualisation des actions, au suivi des potentiels et à la sauvegarde des compétences.

La gestion des compétences et l'importance accordée à l'employabilité marquent les années quatre vingt dix en revalorisant la contribution des hommes à la création de la valeur et de la richesse à long terme, ils susciteront la création d'emplois. Les DRH en ont fait un levier majeur de la mise en œuvre d'une stratégie offensive.

## **Section 2 : Les politiques de Ressources Humaines :**

Les principales politiques de personnel sont les suivantes :

### **2 .1- Les politiques d'emploi :**

Elles reposent sur les choix en matière de niveau et de modalité d'emploi (diversification des statuts, évolution des qualifications, caractéristiques démographiques, place des jeunes, des salariés âgés, des étrangers, des handicapés).

Elles recouvrent les politiques de recrutement, de promotion et de départ de l'entreprise, les politiques à l'égard de catégories spécifiques (jeunes, handicapés) et la recherche de l'adéquation emploi - compétences.

## **2.2- Les politiques de rémunération :**

Elles reposent sur les choix en matière de niveau et de modalités de rémunération (évaluation et classification des factures, hiérarchies des rémunérations, part fixe et part variable, individualisation, intéressement participation et actionnariat, garanties d'évaluation, avantages sociaux et salaires indirects) Elles s'inscrivent dans une perspective de rémunération globale et personnalisée.

## **2.3- Les politiques de sécurité et d'amélioration des conditions de travail :**

Elles portent essentiellement sur les mesures à prendre pour rendre sécurisés les milieux de travail et assurer une hygiène convenable.

## **2.4- La Politique de Formation**

Compte tenu des changements des contextes technologiques, économiques et sociopolitiques, les entreprises développent des formations pour mieux faire face aux changements et à la concurrence.

## **2.5- La Politique d'information et de communication.**

La communication est un élément essentiel dans le climat social de l'entreprise qui permet d'éviter les conflits.

**2.6-La Politique d'implication :** elle permet la mise en œuvre de structures participatives et le renforcement du rôle de la hiérarchie.

**2.7-La Politique des relations professionnelles :** elle repose sur la conception du rôle des partenaires sociaux, sur la définition du champs de la négociation et de la concertation, et sur la détermination des moyens à mettre en œuvre.

## **2.8-La Politique d'activités sociales et culturelles :**

Ce fut un domaine privilégié d'action de la fonction personnel. L'importance des enjeux représentant parfois de 3 à 4 % de la masse salariale, c'est-à-dire pour les grandes entreprises plusieurs centaines de milliards de DA justifie la définition d'une politique rigoureuse.

**2.9-Les politiques d'aménagement des temps et de développement de l'adaptabilité :** Elles ont une importance croissante. Ce point fera l'objet d'un développement dans « l'action pour l'amélioration des conditions de travail »  
Concernant les politiques sur la formation, la communication nous y reviendrons avec plus de détails

## **Section 3 : Gestion des Ressources Humaines**

La gestion des ressources humaines est un ensemble de fonctions et de mesures ayant pour objectifs de mobiliser et développer les ressources du personnel pour une plus grande efficacité, au profit de la productivité d'une organisation, association, entreprise, administration, etc.....).

Service de l'entreprise dirigé par le directeur des ressources humaines (ou parfois le directeur général ou le directeur administratif et financier dans les petites structures), et qui a pour responsabilité la gestion du personnel (paye, déclarations sociales, effectifs, administrations du personnel....) la formation, les relations sociales et syndicales, la gestion des carrières et des compétences la communication interne et ou externe, les systèmes d'information des ressources humaines (SIRH).

### **3.1-Définition de la Fonction Ressources Humaines :**

La transformation de la fonction personnelle en fonction ressources humaines constitue à la fois, l'un des résultats tangibles et l'un des moteurs les plus actifs de cette évolution.

Témoin et acteur d'une évolution à la fois symbolique (ne plus considérer l'individu comme un simple paramètre de l'action) et statistiques (fixer aux ressources humaines des objectifs de développement).

La fonction ressources humaines est dotée aujourd'hui d'une nouvelle définition. La fonction ressources humaines s'attache à définir la meilleure adéquation possible entre les emplois de (l'entreprise) et les ressources des (hommes) à travers un ensemble de structures de programmes et d'actions. Elle pratique à une sorte de « Réconciliation » entre le social et l'économie, ou tout au moins à leur possible convergence.

Pour être plus précis, on pourra retenir la définition suivante la fonction ressources humaines participe à la recherche d'une meilleure efficacité des organisations en s'efforçant :

-De promouvoir et de réaliser une meilleure allocation des ressources humaines (adéquation compétences / emplois).

-De mobiliser les potentiels de chaque salarié et fédérer les aspirations et les engagements individuels et collectifs autour du fonctionnement et du développement de l'organisation (équité de la contribution / rétribution).

### **3.2- La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :**

La gestion prévisionnelle du personnel, comme telle, n'est pas de facture récente, ses premiers développements datent de la fin des années 60.

A cette époque, les directions de personnel des grandes entreprises et des principales administrations s'efforçaient de promouvoir un outil de connaissance des ressources disponibles et de leurs projections dans l'avenir afin de mieux maîtriser les risques et dérives des volumes d'emplois et des équilibres budgétaires.

Limitée à certaines considérations « arithmétiques », la gestion prévisionnelle du personnel était purement quantitative et souvent bien théorique « l'essentiel c'est que nos prévisions collent au plus près de nos réalisations ». A cette gestion prévisionnelle des effectifs s'est substituée progressivement la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C), dont les dernières formalisations constituent une innovation majeure de la gestion des ressources humaines à la fin des années 80.

Un certain nombre de critiques ont nourri récemment la polémique autour de la pertinence de cette approche. Le désenchantement exprimé par quelques praticiens et souvent à la mesure des fausses illusions qu'ils entretenaient autour de la G.P.E.C, ce n'est pas une démarche qui peut résoudre les difficultés économiques des entreprises et tous les problèmes de personnel . La G.P.E.C peut simplement aider les entreprises à poser autrement la problématique de l'emploi en appréciant plus rigoureusement toutes les incidences à terme des choix politiques de l'entreprise, afin de faciliter la définition de mesures plus appropriées à la régulation du « Marché Interne » de l'entreprise.

-La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (G.P.E.C) définit l'essentiel de la démarche engagée par une entreprise et l'ensemble des actions visant à assurer en permanence l'adéquation emploi – ressource plus correctement, La (G.P.E.C) consiste à partir d'une stratégie définie en termes d'objectifs à élaborer des plans d'actions destinées à neutraliser de façon anticipée les inadéquations quantitatives ou qualificatives entre les besoins futurs (emploi) et les ressources humaines (compétences disponibles).

La (G.P.E.C) n'est donc pas la gestion des ressources humaines comme telle, mais elle définit le cadre et les relations à partir desquels les différentes effectives de gestion des ressources humaines vont pouvoir s'organiser. Deux éléments sont indispensables à la réussite d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences :

-Une volonté politique exprimée en objectifs et classement définis ;

-Un ensemble de moyens organisationnels, techniques, méthodologiques, budgétaires et humains.

### **3.3- Le Processus de Recrutement :**

Le processus de recrutement est un élément clé de la gestion des ressources humaines, puisqu'il constitue l'un des principaux leviers de régulation de la main d'œuvre alimentant ainsi l'entreprise des compétences nouvelles dont elle a besoin.

Au flair, qui a longtemps servi de guide à ceux qui avaient à conduire des recrutements, a succédé une batterie de méthodes d'investigation plus ou moins complexes pour limiter les incertitudes régnant autour du choix des candidats et pour améliorer le pronostic de réussite professionnelle.

Le choix d'un candidat est effectivement une affaire trop sérieuse, pour laisser la place à trop d'improvisation, les entreprises ont été conduites progressivement à mesurer l'enjeu et les conséquences de leurs choix, et l'on comprend mieux aujourd'hui le luxe de précautions dont s'entourent certaines d'entre elles lorsqu'elles procèdent à des recrutements.

Contrairement à une idée souvent répandue le recrutement ne se limite pas aux procédures de sélection. Le recrutement recouvre un ensemble d'opérations qui s'articulent autour de trois phases principales :

- \*L'identification et la spécification du besoin.

- \*La campagne de recrutement et les procédures de sélection.

- \*L'intégration dans le poste de travail.

- \*L'objectif du recrutement est d'assurer la meilleure adéquation possible entre le potentiel individuel (compétences, aspiration, possibilité d'évolution d'une personne) et les exigences d'un poste.

En fait deux impératifs mobilisent l'attention des responsables de recrutement, l'adéquation immédiate au poste et la capacité d'adaptation de la personne à l'évolution du poste et de la structure.

#### **3.3.1- L'identification et la spécification du besoin :**

Il est indispensable pour la conduite des opérations de sélection de partir de la définition précise du besoin. Celui-ci est lié soit à la vacance d'un emploi, soit à la création d'un poste. Dans le premier cas on procédera à une analyse de poste à partir de l'existant. Si le poste à pourvoir est totalement nouveau, le responsable hiérarchique et le responsable du recrutement devront procéder à une définition claire de cette nouvelle fonction à partir des éléments qui ont motivé cette création.

### **3.3.2- La Campagne de recrutement et les procédures de sélection :**

La définition du poste et le profil de candidature étant déterminés, l'entreprise entame la campagne de recrutement proprement dite.

Elle a le choix entre plusieurs alternatives. Les responsables peuvent procéder à un recrutement interne, lorsque par le jeu de mutation ou promotions successives, ils peuvent trouver parmi leurs collaborateurs en place celui ou celle dont ils ont besoin pour pourvoir le poste en question, lorsque ce type de recrutement est systématique c'est qu'il s'inscrit probablement dans une perspective de stabilité voire de réduction globale des effectifs ou dans le développement d'une gestion des carrières.

La lecture des petites annonces parues dans différents médias montre que les entreprises semblent aujourd'hui accorder un soin tout particulier pour attirer les meilleurs candidats. Mais plus encore, le développement de relations privilégiées avec telle ou telle entreprise de présence systématique lors des différents salons ou forums – emploi souligne que susciter les candidatures devient essentiel dans le recrutement.

#### **3.3.2 /1- L'analyse du Curriculum Vitae :**

Quel que soit le vecteur choisi la candidature se solde toujours par la réception d'une lettre manuscrite et d'un curriculum vitae. Le processus de sélection débute donc par l'analyse de ces lettres et curriculum vitae cette première opération de tamisage a pour but de retenir les candidats dont on estime que la candidature présente quelque intérêt. L'examen des candidatures se fait sur des critères relativement simples et objectifs.

#### **3.3.2 /2- Les tests dans le processus de sélection :**

On distingue trois grands types de tests dont la fréquence d'utilisation est aujourd'hui inégalement répartie :

**3.3.2 /3- Les tests d'aptitudes :** sont utilisés pour mesurer ou vérifier le degré de compétences du candidat sur un registre très précis, ce genre de test est plutôt utilisé pour des recrutements d'emplois d'exécution.

*- Les tests psycho-techniques :*

S'intéressent soit aux capacités psychomotrices, soit aux aptitudes intellectuelles des candidats. Bien qu'un peu « démodés » ces tests consistent encore en un auxiliaire employé dans l'appréciation des diverses facultés intellectuelles des individus.

*-Les tests de personnalité :*

Ont pour objectif de lever un coin du voile qui entoure le mystère de l'individu. En effet si le diplôme et l'expérience professionnelle restent des critères déterminants dans le choix d'un candidat pour un emploi ces tests complètent l'étude sur cette personnalité.

### **3.3.2 /4- L'entretien :**

L'entretien reste sans doute le moyen où peuvent converger toutes les appréciations (faites par ailleurs) relatives à l'adéquation entre le profil du poste et celui d'un candidat. On imagine mal appréhender les contours essentiels d'un individu et établir ses chances d'intégration dans l'entreprise sans envisager, au moins au moment décisif de la procédure de sélection, une relation privilégiée de communication interpersonnelle. En dehors des entretiens de présélection qui ont lieu dans les premiers moments de la procédure et dont l'objet est de compléter les informations sur les candidats pour se forger une première impression.

### **3.3.2/5 Les procédures d'intégration du nouveau salarié :**

Parfois les précautions dont s'entourent les entreprises dans la phase de sélection contrastent singulièrement avec l'absence d'une véritable pratique d'intégration du nouvel arrivant. Trop souvent encore la phase d'intégration est sous-estimée dans la procédure de recrutement et pourtant la réussite d'un recrutement dépend aussi de la qualité de l'accueil et du soin porté à faciliter l'adaptation du salarié dans la situation de travail. L'accueil consiste en une présentation du site, des personnes et des activités du service ou du département d'affectation et peut-être assuré par le responsable hiérarchique.

La qualité de la GRH repose en particulier sur les efforts réalisés dans cinq domaines :

- La formation ;
- L'amélioration des conditions de travail et de sécurité ;
- l'information et la communication ;
- L'aménagement des temps de travail ;
- Le dialogue social.

### **3.4 La formation :**

Déjà en 1986, une enquête réalisée par « Peretti », montrait que la quasi-totalité des responsables des ressources humaines considérait que la formation allait devenir l'un des axes stratégiques de la gestion des ressources humaines de la dernière décennie. Plusieurs études récentes ont vérifié la pertinence de pronostic, les statistiques elles-mêmes confirment cette évolution puisque le taux de participation des employeurs au financement de la formation continue est passé de 2,34% de la masse salariale brute des entreprises en 1986 à 3,34% en 1997. (il s'agit du cas de la France)

### **3.4.1 - Le cadre réglementaire :**

Les premiers textes apparaissent à la fin des années soixante. En 1966 est reconnu le droit des travailleurs à un Si après 30 ans la mise en route du dispositif législatif, la formation est devenue l'une des préoccupations majeures des responsables des ressources humaines .C'est sans doute parce que l'on a découvert qu'elle était un extraordinaire levier du développement de l'entreprise et des compétences de tout salarié.

Les différentes évolutions, qui ont été maintes fois soulignées (culturelles, économiques et technologiques) créent sans cesse de nouvelles exigences et doivent stimuler l'enrichissement des connaissances et des savoir-faire.

La formation se doit donc d'apporter une réponse pédagogique appropriée aux besoins de développement de l'entreprise et de ses salariés. On définira alors la formation professionnelle comme l'ensemble des dispositifs (pédagogiques) proposés aux salariés afin de leur permettre de s'adapter aux changements structurels technologiques et économiques, et de favoriser leur évolution congé de formation un accord l'institue en 1970. La loi du 16 juillet 1971 précise les modalités du congé de formation.

### **3.4.1 /1- Le congé individuel de formation :**

C'est le droit reconnu à tout travailleur de s'absenter de son entreprise pour suivre, à son initiative et à titre individuel, une formation des choix, indépendamment de sa participation aux stages compris dans le plan de formation de l'entreprise .Tous les salariés peuvent bénéficier d'un congé de formation.

### **3.4.1 /2- Le congé de bilan de compétences :**

Le congé de bilan de compétences a pour objet de permettre à tout salarié, au cours de sa vie professionnelle, ainsi que ses aptitudes et ses motivations afin de définir un projet professionnel et le cas échéant, un projet de formation. Pour en bénéficier les salariés doivent justifier d'une ancienneté d'au moins cinq ans, consécutifs ou non, en qualité de salarié dont douze mois dans l'entreprise.

### **3.5 - Le système de rémunération :**

La rémunération du salarié est un des éléments clés du contrat de travail elle est la contre partie monétaire du service rendu. Mais au-delà de cette appréciation juridique, elle est, pour l'immense majorité des salariés l'unique source de revenu, et pour une grande partie des entreprises l'élément majeur de leurs coûts de production. Entre l'entreprise et son personnel les enjeux liés à la fixation de la rémunération s'inscrivent donc dans les logiques contradictoires. Rien d'étonnant à ce que les syndicats fassent de la rémunération un thème privilégié de revendications et que les dirigeants ne la désigne comme l'un des mécanismes déterminants de l'équilibre économique de leur entreprise.



### **3.5.1- La fixation du salaire**

La liberté des salaires s'inscrit dans le respect des obligations légales, des dispositions conventionnelles et contractuelles.

*Les règles les plus importantes concernant :*

- \* L'existence d'un salaire minimum interprofessionnel.
- \* L'égalité des salaires féminin et masculin.
- \* L'égalité de rémunération minimale hiérarchique.
- \* L'interdiction des clauses d'indexation.
- \* L'obligation de négociation.

#### \*L'existence d'un salaire minimum interprofessionnel :

La loi 1950 rétablissant la liberté des salaires crée un minimum d'interprofessionnel garanti (SMIG), en dessous duquel aucun salaire ne doit être versé. Au 19<sup>ème</sup> siècle le tarif minimal, considéré comme contraire à la doctrine libérale, n'arrive pas à s'imposer. Il faut attendre 1936 pour que la notion minimum garantie apparaisse dans la loi. Le minimum défini en 1950 variait avec les fluctuations du coût de la vie et en fonction de plusieurs éléments. Ainsi, le (SMIG) assure aux salariés dont les rémunérations sont les plus faibles :

#### \* La rémunération minimale hiérarchique :

Toute convention collective détermine des salaires minimaux conventionnels. Les conventions collectives extensibles fixent en particulier le salaire minimal professionnel du travailleur sans qualification et les coefficients hiérarchiques en fonction des qualifications.

#### \*L'égalité des salaires féminins et masculins :

Le principe date de la loi du 22 décembre 1972, il a été complété par la loi du 13 juillet 1983 « Tout employeur est tenu d'assurer, pour un même travail ou pour un travail de valeur égale, l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes.

#### \*L'interdiction de l'indexation non spécifique

Le principe général de l'ordonnance du 30 décembre 1958 interdit les indexations fondées sur le (SMIG). La loi du 13 novembre 1982 a rappelé ce principe en ce qui concerne les conventions et les accords collectifs.

#### \* L'obligation de négocier :

Le rôle des professions apparaît particulièrement important pour déterminer la structure des salaires dans l'entreprise, les décisions relatives aux classifications et donc à la structure même des salaires relèvent principalement des négociations

collectives de branches. Au contraire, le niveau de rémunération dépend d'avantages des décisions propres à l'entreprise dans le respect des minima légaux et conventionnels.

Au niveau de l'entreprise, une négociation sur les salaires effectifs doit avoir lieu au moins une fois par an « L'employeur est tenu d'engager chaque année une négociation sur les salaires effectifs dans toute entreprise où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives. La négociation ne concerne donc pas les décisions individuelles

### **3.6- Le personnel :**

La connaissance du personnel de l'entreprise est une condition préalable. Il faut définir ce qu'est l'effectif de l'entreprise connaître les mouvements, entrées et sorties, qui le modifient et suivent son évolution .Il faut également analyser la structure des effectifs en fonction des principales caractéristiques. Lorsqu'un bilan social existe son examen est un préalable à tout diagnostic social.

#### **3.6.1- Les effectifs :**

Le terme effectif est un emploi délicat, car il recouvre des réalités différentes, l'effectif se compose des salariés liés à l'employeur par un contrat de travail, quelque en soit la forme , la durée, le caractère permanent ou à temps partiel, même si l'exécution du contrat est suspendu. Aussi est-il nécessaire de compléter le terme effectif d'un ou plusieurs qualificatifs permettant de le définir, il est également nécessaire de préciser le moment de la mesure de l'effectif et la période concernée.

Enfin, pour déterminer certains seuils légaux d'effectifs, des travailleurs non liés par un contrat de travail peuvent être pris en compte.

#### **3.6.2 - La structure :**

La connaissance des diverses caractéristiques de la population est essentielle pour la mise en outre de la gestion prévisionnelle de l'emploi, les caractéristiques à prendre en compte sont nombreuses, le bilan social de l'entreprise en retient cinq dans la rubrique « effectifs » : âge - sexe- ancienneté – qualification, nationalité, d'autres caractéristiques peuvent également être retenues : formation initiale, situation de famille, etc. ....

#### **3.6.3- La pyramide des âges :**

A partir du registre du personnel qui comprend la date de naissance de chacun des salariés inscrits à l'effectif, il est possible de construire la pyramide des âges du personnel inscrit à une date donnée, cette pyramide peut être fournie de façon plus moins détaillée selon la finesse des classes d'âges retenues.

### **3.6.4- La répartition par sexe :**

La répartition par sexe présente, elle aussi, une utilité certaine du fait, d'une part, de l'importance de la réglementation relative au travail féminin et à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et autre part aux différences d'attente en matière de durée et d'aménagement des temps de travail.

### **3.6.5- La pyramide des anciennetés :**

Cette pyramide présente d'autant plus d'intérêt que l'ancienneté influe non seulement sur le comportement professionnel du salarié mais aussi son statut dans l'entreprise.

### **3.6.6 - La répartition selon la nationalité :**

Prendre en compte la nationalité apporte des indications sur l'ouverture internationale. Le pourcentage d'étrangers parmi les cadres est indicateur intéressant.

### **3.7-La communication dans l'entreprise :**

La communication interne a connu quelques avatars dans son développement depuis une vingtaine d'années. Après un démarrage euphorique à la fin des années 70, les entreprises ont aujourd'hui abandonné, dans ce domaine, les opérations spectaculaires dont les effets n'ont pas toujours été à la hauteur des ambitions pour se recentrer sur des actions plus concrètes et moins onéreuses. La communication reste au centre de la gestion des ressources humaines.

Si la communication d'entreprise est chargée d'emblé d'autant de difficultés c'est sans doute par ce qu'elle est censée tout faire, informer, mobiliser les énergies, développer un sentiment d'appartenance, impliquer les ressources humaines, faire adhérer le personnel aux objectifs de l'entreprise constituent désormais l'inventaire ambitieux des objectifs de la communication interne.

#### **3.7.1-Les objectifs de la communication :**

Un système de communication doit donc s'articuler tout d'abord sur des objectifs politiques, relationnels et culturels clairs, ils sont du ressort de la direction générale de l'entreprise et de la direction des ressources humaines. Une politique de communication sert, nous l'avons dit, à favoriser la compréhension, la confrontation, la circulation et la cohésion.

Plus concrètement, les objectifs d'un système de communication vont servir à :

\*Diffuser auprès des personnels concernés les orientations générales, les objectifs, les directives, les événements de la vie des entreprises.

\*Développer l'écoute des personnels de manière à recueillir les données nécessaires à l'appréciation.

\*Faciliter une dynamique des échanges entre les différents groupes et structures de l'entreprise.

### **3.8- Les conditions de travail dans l'entreprise :**

L'action sur la sécurité et les conditions de travail est peut-être l'une des anciennes préoccupations de la gestion des ressources humaines dès les premiers faits constatant que l'organisation industrielle constituait un univers dangereux pour l'intégrité physique et morale des personnes des voix se sont élevées pour encourager les pouvoirs publics à prendre des mesures appropriées et limiter ainsi certains risques, en France, la première loi sur les accidents du travail date de 1898.

#### **3.8.1- Définition :**

Le terme « Condition de Travail », qui est parfois confisqué par l'ergonomie, rencontre un contenu plus ou moins large selon les acceptions proposées par différents auteurs, pour Jean LEPLAT, « les conditions de travail résument l'ensemble des facteurs, à l'exclusion des caractéristiques individuelles des travailleurs, qui peuvent influencer les conduites au travail. »<sup>(1)</sup> Ces facteurs représentent donc l'ensemble des caractéristiques internes et externes dans lequel s'inscrit le travail.

#### **3.8.2-L'action pour l'amélioration des conditions de travail :**

L'action des entreprises en faveur de l'amélioration des conditions de travail s'est développée et institutionnalisée au début des années 70. D'abord envisagée pour répondre aux facteurs de démotivation des salariés, dont l'absentéisme, le turn-over ; les conflits sociaux témoignaient, et aux excès de l'organisation taylorienne, l'amélioration des conditions de travail s'est efforcée par la suite de trouver une légitimité autant économique que sociale.

A l'action portant sur l'amélioration de l'environnement physique du travail (ambiance thermique, sonore...) à l'investissement consenti pour accroître la sécurité au travail (protection renforcée, formation à la sécurité, campagnes d'in Formation).

#### **3.8.3- Aménagement des temps de travail :**

- \* L'entrée tardive dans la vie active ;
- \* L'abaissement de l'âge de la retraite ;
- \* La réduction du temps de travail quotidien et hebdomadaire ;
- \* L'accroissement des congés annuels.

Toutes ces données ont eu pour résultat que la durée effective du travail a connu une réduction significative dans les pays développés. Les politiques d'aménagement des temps, mises en œuvre dans les entreprises, doivent concilier les aspirations des salariés, les contraintes technologiques et économiques et les dispositions légales réglementaires.

---

<sup>(2)</sup> Jean LEPLAT : analyse du travail en psychologie ergonomique Tome I et Tome II Broché 1992 - 1993.

Ces politiques concernent la durée de la vie active, le cadre annuel des présences, les cadres mensuels, hebdomadaires et quotidiens et les horaires particuliers, le travail à temps partiel, l'épargne temps et l'arbitrage temps ainsi que la rémunération.

### **3.8.3 / 1- Durée de la vie active :**

Les règles concernent l'âge dans la vie active pas avant 16 à 18 ans, l'allongement de la scolarité a repoussé l'âge effectif des débuts professionnels.

### **3.8.3 /2- La retraite :**

Aucune disposition légale générale ne prévoit la cessation d'activité des salariés à un âge déterminé.

Ils prévoient soit le départ à la retraite à l'initiative de l'employeur, à condition que le salarié ait atteint l'âge prévu par la convention ou le contrat de travail et de bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein (à 65 ans ou à partir de 60 ans)

### **3.8.3 /3- Les interruptions :**

Pendant la vie active, les possibilités d'interruption momentanées à l'initiative du salarié se développent :

- Le congé de formation ;
- Le congé pour convenance personnelle ;
- Le congé parental d'éducation ;
- Le congé d'enseignement et de recherche ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé pour création d'entreprise (une ou deux années).

Il est nécessaire de prendre en compte ces nombreuses possibilités dans la gestion des carrières et des effectifs. Les carrières deviennent désormais discontinues.

### **3.8.3 /4- Les Durées annuelles du travail**

Compte tenu de la durée légale hebdomadaire, des congés payés et des jours fériés, la durée annuelle théorique du travail à plein temps est d'environ 1755heures.

Dans l'industrie la moyenne est 1612 et 1673 heures dans le bâtiment génie civil et agricoles .Ce sont des données qui concernent la France.

### **3.8.3 /5- Le temps partiel :**

Les salariés dont la durée du travail ne dépasse pas 4/5 de la durée du travail (32 h par semaine, 136 h par mois).Le pourcentage de salariés employés à temps partiel est passé de 8,6% en 1981 à 17,4% en 1997, le développement de cette forme de travail concerne surtout les femmes pour être plus disponibles pour les enfants et les tâches ménagères.

### **3.8.3 /6- Les horaires atypiques :**

Ce sont généralement :

- Le travail de nuit ;
- Le travail par équipes successives ;

Le travail par équipes successives permet aux établissements de fonctionner plus de 39 heures par semaine.

Trois grands types d'organisation existent :

- Le travail posté discontinu
- Le travail posté semi continu (durée du travail ne doit pas être supérieure à 35 heures)
- Les secteurs les plus concernés (santé, sécurité, communication Hôtellerie, restauration, (loisirs).

#### Avantages et inconvénients :

Sur le plan individuel, un certain pouvoir d'aménagement de ses horaires personnel peut constituer un élément attractif dans le choix d'une profession.

#### Les politiques d'aménagement des temps :

La réglementation de d'aménagement des temps (ATT) répond à plusieurs objectifs :

- Améliorer la situation de l'emploi en facilitant la modernisation d'investissement coûteux. Avec une amplitude d'ouverture plus grande.
- Améliorer les conditions de travail des salariés concernant la durée et l'aménagement du travail.
- Faire la négociation collective la voie normale de la fixation de ces conditions de travail.

L'ATT est un terrain privilégié pour les innovations conciliant progrès économiques et progrès social.

Il apparaît indispensable que les entreprises et les organisations surtout dans la santé, définissent et mettent en œuvre une politique d'ATT dynamique, adaptée et volontariste.

Cette politique devra être formalisée et diffusée. Notons que la réussite repose sur la qualité des négociations menées sur le terrain avec les partenaires sociaux.

### **3.8.3 /7- La sécurité :**

L'hygiène et la sécurité des travailleurs dans l'entreprise doivent répondre aux conditions déterminées par une réglementation abondante et complexe.

- consultation obligatoire du CHSCT (comité d'hygiène de santé et des conditions de travail) pour tout établissement d'au moins 50 personnes. L'CHSCT est un élément important de la politique de prévention dans l'entreprise.

-La sécurité représente d'importants enjeux financiers dans l'entreprise en effet les accidents de travail sont très dangereux et coûteux. Il faut comptabiliser les surcoûts directs et indirects (perte de temps, de production, dégâts matériels, retards sur livraison). La lutte demande des moyens financiers importants :

- La cotisation pour accidents du travail :

Le mode de tarification s'effectue en fonction du nombre de salariés occupés et de l'importance du risque.

### **3.8.3 /8- Les politiques de sécurité :**

Les accidents du travail représentent pour le salarié, l'entreprise et la collectivité une lourde charge. Le renforcement de la mise en œuvre de politique active de sécurité ont permis de réduire l'ampleur du phénomène.

Les données relatives aux accidents du travail dans l'entreprise constituent une source essentielle dont le traitement permet de définir et de présenter la politique de prévention.

La lutte contre les accidents du travail implique des investissements dans deux domaines :

-La formation du personnel (avoir une pleine efficacité)

-Les équipements et les matériels (agissent sur les causes techniques et le niveau général du risque).

Les années quatre vingt et quatre vingt dix ont connu un renouvellement rapide de la fonction amorcée dès les années soixante dix.

### **3.9-Les relations de travail dans l'entreprise :**

Les relations du travail dans l'entreprise mobilisent encore une bonne partie du temps d'un responsable de personnel. Nombreux sont encore les directeurs de personnel qui voient dans la gestion de ces relations une attribution essentielle de leur charge. Dans les grandes entreprises l'un des services de la fonction ressources humaines est d'ailleurs souvent consacré spécifiquement aux relations sociales.

Les relations du travail définissent l'ensemble des rapports individuels et collectifs qui se nouent, à l'échelon d'une organisation ou à celui d'une économie globale à propos du travail, ces relations traduisent plus ou moins fortement des conflits d'intérêt entre les différents acteurs impliqués. Elles sont donc de nature plus ou moins conflictuelles et nécessitent par conséquent des systèmes de régulation capable de canaliser les affrontement inévitables entre partenaires sociaux.

### **3.9.1- Les systèmes de représentation.**

La loi de 1968 a reconnu les délégués syndicaux, les délégués du personnel et la fonction de réclamation.

-L'ordonnance du 22 Février 1945 a institué le comité d'entreprise.

-La loi du 16 Avril 1946 a défini les attributions et le statut des délégués dans l'entreprise

#### **3.9.1/1-Les syndicats :**

Les syndicats disposent d'un pouvoir de présentation des candidats au premier tour des élections. Les heures de délégation de ces représentants sont considérées comme heures de travail et payées à l'échéance normale.

Le dispositif institue une complémentarité entre les différents éléments. Il permet de remplir trois dimensions de base des relations sociales dans l'entreprise. La réclamation, l'expression collective. Ils ont aussi pour mission de faire part à l'inspecteur du travail compétent des observations ou des plaintes Concernant l'application du droit du travail dans l'entreprise. Ils présentent les réclamations des salariés portant sur les conditions de travail et l'égalité des rémunérations.

Dans certaines circonstances ils peuvent saisir l'inspecteur du travail.

Une bonne application de la réglementation et le développement du sens de la responsabilité permettent de réduire l'importance.

#### **3.9.1/2-Les comités d'entreprise et l'expression collective:**

La loi du 28 Octobre 1982 en France a défini l'objet du comité d'entreprise comme étant d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts.

Le comité dispose de moyens pour son information, ses investigations et le plein exercice de l'ensemble de ses attributions.

-Les moyens mis à la disposition de ces comités sont : l'employeur doit fournir au comité :

-les informations initiales sur l'entreprise,

-les informations circonstanciées,

-des informations permanentes (rapport annuel)

-une subvention de fonctionnement : le comité dispose de moyens propres. Cette subvention permet de faire appel à un expert comptable pour examiner les comptes de l'entreprise.

-des commissions spécialisées.

La compétence du comité peut porter sur la situation économique et financière :



Le domaine socio professionnel : (opération affectant l'emploi et les conditions du travail, la qualification et les modes de rémunération.

-la formation professionnelle et l'apprentissage

-les logements des salariés (par des commissions emploi et logement au dessus de 200 à 300 salariés) cas Français

La section syndicale :

La section syndicale intervient dans La négociation syndicale : négociation sur les salaires effectifs sur la durée du travail, sur l'organisation du temps du travail et le règlement des conflits au sein de l'entreprise.

*La négociation* :

La négociation collective est un processus par lequel les partenaires sociaux : employeurs et salariés définissent de façon concertée un ensemble de règles qui régiront le fond et la forme de leur rapport sociaux

### **3.10 -L'organisation de la fonction ressources humaines :**

La qualité du management des ressources humaines MRH dépend pour une large part des choix organisationnels de la fonction. La mise en place d'un système d'information des ressources humaines SIRH adapté.

#### **3.10.1- Le système d'information ressources humaines :**

L'informatique a changé le travail au sein des directions des ressources humaines, celles –ci disposent aujourd'hui des systèmes d'information RH leur permettant d'enregistrer à leur source toutes les informations utiles, de stocker ces informations de les soumettre aux différentes procédures de traitement, de restituer les informations enregistrées ou procédures aux différentes personnes concernées, au moment opportun, sous la forme qui convient et à l'endroit où il faut.

#### **3.10.2- L'informatisation de la fonction ressources humaines :**

La contribution de l'information à la performance de la fonction RH ressort à cinq niveaux :

-Gain de productivité.

-Amélioration du service.

-Amélioration de la qualité des décisions de GRH.

-Aide au partage de la fonction entre DRH et hiérarchie.

-Meilleure possibilité d'anticipation.

L'information de la fonction a permis depuis 20 ans une amélioration de la productivité et du service rendu à l'entreprise et aux salariés.

### **3.10.3- l'organisation de la DRH :**

Appelés à traiter des problèmes différents selon les entreprises les directions des ressources humaines sont diversement structurées.

Au-delà de deux cents personnes le poste de DRH devient l'un des postes clés de l'équipe de direction à ce niveau l'entreprise dispose d'un système de relations professionnelle complexe .Elle gère des budgets importants dans le domaine social. La masse salariale représente des enjeux considérables.

#### **Conclusion**

La gestion des ressources humaines est dotée désormais d'un certain nombre d'attributs conceptuels et méthodologiques qui à défaut de fournir un cadre théorique et méthodologique homogènes, donne à la fonction suffisamment de principes fédérateurs pour sortir les pratiques en ce domaine d'un empirisme bien peu opérant.

La gestion des ressources humaines occupe désormais une place centrale dans le dispositif managérial des organisations pour rendre sa mission crédible et pour fonder les choix de politique sociale, la fonction de ressources humaines doit disposer de données précises .En effet si la fonction ressources humaines est désormais reconnue dans l'entreprise. Elle ne l'est que partiellement car ses messages restent trop souvent généraux et peu quantifiés.

L'entreprise n'a pas une vocation philanthropique et l'on attend de ses dirigeants autre chose que de faire le simple bonheur de leurs salariés, même si on peut admettre facilement qu'il existe une relation entre l'efficience du travail et la satisfaction des salariés. C'est à ce niveau précisément qu'intervient le point d'achoppement avec la gestion de l'hôpital qui, elle doit non seulement faire le bonheur de ses personnels médicaux mais aussi et surtout de ses patients.

## **CHAPITRE II : SYSTEME DE SANTE EN ALGERIE**

### **Introduction :**

Chaque pays dispose d'un certain mode d'organisation chargé de répondre aux besoins de santé de sa population. Cette organisation coordonne l'activité des professions de santé avec celle des différents partenaires contribuant au financement des soins.

Cet agencement complexe est appelé système de santé. Il doit essayer de concilier liberté et solidarité. Chaque pays a organisé son propre système de santé selon ses aspirations historiques

Les conditions que doit remplir un système de santé sont définies par la société comme suit :

- La satisfaction des besoins de santé ;
- L'accessibilité du plus grand nombre aux soins ;
- La solidarité ;
- Le respect des équilibres financiers ;
- L'équité, les règles étiques.

La définition d'un système de santé est donc toujours un choix de société ou de ses gouvernants.

En Algérie c'est la loi n° 85 -05 du 16 Février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé définit par l'article 4 le système de santé comme étant l'ensemble des activités et des moyens destinés à assurer la protection et la promotion de la santé de la population.

Son organisation est conçue afin de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé, de manière globale cohérente et unifiée dans le cadre de la carte sanitaire.

L'article 5 souligne que le système national de santé est caractérisé par :

- la prédominance et le développement du secteur public.
- Une planification sanitaire qui s'insère dans un processus global du développement économique et social national
- L'intersectorialité dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes nationaux arrêtés en matière de santé.
- Le développement des ressources humaines, matérielles et financières en adéquation avec les objectifs nationaux arrêtés en matière de santé
- la complémentarité des activités de soins et réadaptation-des services de santé décentralisés, sectorisés et hiérarchisés en vue d'une prise en charge totale des besoins sanitaires de la population.

- l'intégration des activités de santé

Par santé publique on entend, l'ensemble des mesures préventives, curatives et éducatives et sociales ayant pour but de préserver et d'améliorer la santé de l'individu et de la collectivité :

L'article 5 définit aussi les missions principales comme suit :

-La prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, non transmissibles prévalentes et les fléaux sociaux.

-La famille bénéficie d'une protection sanitaire (protection maternelle et infantile)

- La protection sanitaire en milieu éducatif et action de l'éducation sanitaire

Plus loin nous reviendrons sur la carte sanitaire qui constitue le schéma directeur du système national de santé.

Mais pour mieux comprendre les atouts et les faiblesses de ce système, analysons les causes historiques et politiques qui sont les soubassements de ce système.

### **Section 1 : Système et politique de la santé en Algérie.**

La pratique médicale en Algérie est très ancienne et des écrits témoignent de cette activité, mais la médecine moderne que nous connaissons actuellement a débuté avec l'armée Française qui a installé les premiers hôpitaux.

Le système de santé en Algérie s'est construit au lendemain de l'indépendance sur la base d'un « existant » qui au delà d'une infrastructure renvoie à une conception de la distribution des soins, du statut des médecins et du financement des dépenses à une conception libérale .de 1962 à 1972 maintien du fonctionnement antérieur des services de la santé donc forte présence du modèle libéral, biomédical sélectif.

Le modèle colonial va peser tout au long de l'évolution des politiques de santé de l'Algérie. Une vision issue du projet nationaliste de la santé cristallisé dans deux programmes fondamentaux : le programme de Tripoli (1962) et la charte d'Alger (1966)

Cependant de la guerre de libération nationale à l'indépendance et au cours de la période de construction du socialisme, à l'opposé l'État serait l'organisateur direct de ces activités. Le système de santé Algérien est caractérisé par la combinaison de trois types de médecine : publique, parapublique et privée. Par souci de rigueur seront mis à l'écart les aspects sociaux tels les handicapés, les personnes âgées et les problèmes de l'enfance abandonnée. Ceci nous permettra de nous intéresser aux domaines et activités sous tutelle du ministère de la santé publique et des réformes hospitalières (MSPRH).

Le SSA est caractérisé par une évolution tout au long de son histoire et une transformation de son histoire et de son organisation et celle de la politique sanitaire nationale.

### **1.1- Aperçu sur la construction du système national de santé :**

Ce système s'est construit autour d'un fondement principal c'est celui de la *médecine gratuite*.

Un tournant décisif a été pris en matière de la politique de santé c'est l'institutionnalisation de la médecine gratuite en 1974. L'ordonnance n° 73.65 du 28 Décembre 1973 constitue le fondement précis de la politique sanitaire. Ce texte prévoit l'édification d'un système basé sur le service national de santé similaire à celui des pays socialistes.

L'orientation définitive a été donnée par la doctrine du FLN qui stipule « dans le domaine de la santé l'État a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population <sup>(3)</sup> »

Notons que la constitution abonde dans le même sens en faisant de la santé un droit inaliénable. Le code de la santé de 1976 confirme cette option « les services de la santé fonctionnent de manière à être accessibles à toute la population avec le maximum de facilité, d'efficacité pour la satisfaction de ses besoins »<sup>(4)</sup>

Cependant la médecine libérale n'a pas été abandonnée. « Le quatrième congrès du FLN en 1979 et du congrès de 1980 réaffirment que la santé est un droit fondamental du citoyen »<sup>(5)</sup>. Mais le degré d'inefficacité du secteur public a été tel que les résolutions généralement considérées comme étant peu efficaces ont obligé les instances du pays à consacrer à la santé la quatrième place dans les priorités de développement.

Avant d'aborder l'organisation et le fonctionnement du système de santé en Algérie et pour mieux comprendre les contraintes qui altèrent son efficacité, faisons une rétrospective.

### **1.2- Evolution du système national de santé :**

Pour mieux appréhender les caractéristiques de ce système, il nous apparaît nécessaire d'en donner un aperçu historique en nous basant très largement sur une communication de Pr .Chaouch du CHU Mustapha , qui a distingué quatre périodes :

---

<sup>(3)</sup> Charte nationale de 1976 titre 7, 4<sup>ème</sup> chapitre.

<sup>(4)</sup> Code de la santé 1976.

<sup>(5)</sup> Quatrième congrès du FLN en 1979 et en 1980.

## **1.2 1- Période de 1962 à 1972**

Au lendemain de l'indépendance, le pays disposait de moins de 500 médecins dont 50% d'Algériens pour couvrir les besoins de santé d'une population estimée à 10 millions d'habitants.

Les indicateurs sanitaires de l'époque se caractérisaient par :

- Une mortalité infantile élevée dépassant 180/ pour 1000
- Une espérance de vie n'atteignant pas 50 ans
- L'ampleur des maladies transmissibles qui sévissaient à l'état endémique et constituaient une importante cause de mortalité et d'handicaps

Face à cette situation et en raison des ressources limitées à cette époque le ministre de la santé s'était fixé deux objectifs essentiels :

**1 /** La réduction des disparités en matière de répartition du corps médical public et privé. Concernant le secteur privé il avait instauré le système de la mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens installés à titre privé et une mise en place d'équipes mobiles d'action sanitaire.

**2 /** La lutte contre la mortalité et la morbidité dues aux maladies transmissibles. C'est durant cette période qu'a été instituée la vaccination obligatoire de tous les enfants et que s'est déroulée avec succès la campagne d'éradication du paludisme.

La médecine gratuite va agir sur le développement du système de santé en place : croissance de l'offre de soins, de personnel d'infrastructure et d'équipements.

Cependant les états de santé s'améliorent mais sans réduire durablement les inégalités sociales. A défaut d'une politique globale de santé, le système va progresser dans les années 1980 au rythme des réformes visant à assurer le passage à l'économie de marché

### **1.2.2- Période 1973 à 1982**

La construction du système national de santé sera marquée par l'instauration d'un fondement de la médecine gratuite. Monsieur Lamri qualifie l'instauration de la gratuité des soins « de tournant décisif en matière de politique de santé « est sans conteste l'institutionnalisation de la médecine gratuite en 1974 »

L'ordonnance n°73-65 du 28 Décembre 1973 constitue désormais un fondement précis de la politique sanitaire nationale.

Ce texte prévoit l'édification progressive d'un système de santé basé sur le service national de santé obligatoire pour tout le corps des médecins (généralistes et spécialistes) Ce service est similaire à celui appliqué dans les pays socialistes.

A ce moment l'objectif principal de la politique de la santé est de converger vers l'édification d'un système de santé socialiste.

La volonté d'ériger un secteur d'État puissant est concrétisée deux années après dans la charte nationale en 1976 qui précise que « dans le domaine de la santé l'État a la charge d'assurer la protection, la préservation et l'amélioration de la santé de toute la population »

Cette option sera confirmée par le code de la santé en 1976. Malgré la réaffirmation lors du congrès médical en 1980 que la santé est un droit fondamental du citoyen nous remarquons que la crédibilité du secteur public a été sérieusement mise en cause et par réaction le secteur privé qui s'est consolidé.

Cette période a vu aussi la création du secteur sanitaire pierre angulaire de l'organisation du système national de santé auquel ont été rattachées toutes les unités de soins de base .Autrefois gérées par les communes ou le secteur parapublic (centre médico social) CMS gérés quelquefois par les entreprises . Cliniques spécialisées, laboratoires d'analyse, radiologie prennent en charge les assurés sociaux et leurs familles.

Toutefois nous constatons que dans le secteur public il y a peu d'investissement. Les structures existantes sont saturées ce qui provoque une dégradation de l'état sanitaire de la population.

C'est par exemple que toute la stratégie du système de la santé est centrée sur l'hôpital qui se braque sur les soins curatifs et marginalise les soins primaires et préventifs.

Notons que cette situation prévaudra jusqu'en 2007 date à laquelle la carte sanitaire a été revue et réorganisée.

Cette période est caractérisée aussi par une explosion démographique et le retard pris par les autres secteurs : l'habitat, l'hydraulique, l'urbanisme et l'émergence de maladies dues à la dégradation de l'hygiène en général et de l'environnement (maladie à transmission hydrique et zoonoses nécessitant une prise en charge intersectorielle. « Les praticiens de la santé du secteur public étaient déjà surchargés et très mal payés » souligne Mr Lamri.

A cela s'ajoute la pénurie de médicaments provoqués par des problèmes de gestion et de programmation. Toutes ces faiblesses ont pour résultat un blocage du système et un dysfonctionnement.

La réponse à ce dysfonctionnement a été l'élaboration d'une résolution comportant 156 points. Cette résolution est un véritable plan de développement du système de santé et vise à renforcer le secteur public.

Ces points visaient à édifier un véritable système de santé constitué par le secteur public qui doit dominer le secteur privé et parapublic. Le but est l'édification

« d'un système socialiste dans sa conception démocratique par une distribution équitable des soins » basée sur une médecine gratuite devant prendre en charge la santé de tous les Algériens.

### **1.2.3 -Période1983à1992 :**

Cette période est caractérisée par la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires. En particulier des hôpitaux généraux et de structures légères (polycliniques et centres de santé) en vue d'étendre la couverture sanitaire du pays.

La création de treize (13) centres hospitalo-universitaires CHU chargés de soins de formation et de recherche. La formation médicale a permis de multiplier le nombre de médecins ce qui a permis d'atteindre des taux qui dépassent l'objectif fixe de un (1) médecin pour 1000 habitants.

C'est pendant cette période aussi que s'est réalisée l'amorce de la transition épidémiologique avec une nette diminution de l'incidence de certaines maladies transmissibles. A cette situation s'ajoutent les difficultés cycliques d'approvisionnement en médicaments et en consommables.

### **1.2.4- Période 1993-2000 :**

Comme cela a été signalé à la fin des années 1992-1993 le pays est entré dans la phase épidémiologique et l'émergence de pathologies liées à la violence.

On assiste à l'initiation d'un processus à l'évolution socio économique du pays qui s'est traduit par :

**1 /** l'ébauche de la mise en œuvre de la *régionalisation sanitaire* envisagée au cours des années 1980

-La promotion d'un développement socio sanitaire équilibré et dont la coordination est assurée par le conseil régional de la santé appuyé par l'observatoire régional de la santé.

L'auteur ( Pr Chaouch ) de cette analyse du système de santé conclut que « cette régionalisation sanitaire n'a pas répondu aux missions qui lui étaient dévolues en raison de son cadre juridique et réglementaire qui s'est avéré insuffisant et qui limitait ses attributions à des prérogatives plus consultatives que décisionnelles »

**2 /** La révision des statuts des établissements de santé (CHU et EHS et secteur sanitaire) par la mise en place de conseils d'administration impliquant les bailleurs de fonds et usagers.

**3/** La redynamisation des actions en matière de programme de santé et de population.



4/ La redéfinition de la politique du médicament en matière d'importation d'enregistrement de contrôle et de distribution des produits pharmaceutiques.

5/ l'effort de valorisation des ressources humaines par le développement de la formation continue.

6/ La mise en place du conseil d'éthique des sciences de la santé et du conseil national de déontologie médicale.

## **Section 2- L'organisation du système national de santé :**

Demeure fondée sur la sectorisation jusqu'au mois de mars 2007 où on assiste à la disparition du secteur sanitaire et la création des EHP et des EPSP sur le plan théorique et mise en pratique sur le terrain en janvier 2008.

La sectorisation ou le secteur sanitaire est l'entité de base de la distribution des soins (hospitaliers et extra hospitaliers et des activités de prévention)

La hiérarchisation des soins dont l'objectif est de toucher toute la population selon quatre niveaux de gravité .

### La gratuité :

La gratuité des soins dans les structures publiques de santé instaurée en Janvier 1974 permettant ainsi la généralisation de l'accessibilité de la population aux soins

Avant d'analyser les atouts du système et ses faiblesses et surtout l'impact sur les ressources humaines et la meilleure organisation de ces ressources pour répondre à la population consommatrice des soins dispensés par le secteur ,comme suit les principes directeurs du système de santé :

### **2.1-Principe de la sectorisation :**

Hérité de la période coloniale, ce principe a été à l'origine de l'organisation mise en place au lendemain de l'instauration de la médecine gratuite.

La définition réside dans le découpage géo sanitaire transposé au découpage administratif de niveau Daïra. Le secteur sanitaire comprend les hôpitaux, les polycliniques, les centres de santé, les salles de soins et de consultation, les maternités, les postes de contrôle frontaliers, les centres de protection maternelle et infantile, les centres d'espacement des naissances, les dispensaires et toutes les autres structures relevant du secteur public.

Le secteur sanitaire dont le décret 97-466 fixe les règles de création, d'organisation et de fonctionnement est le pivot du secteur public.

Cette organisation tracée verticalement en conformité avec les segments administratifs, préserve l'unicité administrative financière, de gestion et d'exécution des programmes de l'ensemble des structures sanitaires de la Daïra.

A un niveau décentralisé par rapport à l'administration centrale régionale, le secteur sanitaire cumule toutes les fonctions d'une autonomie (art 2 dit que le « SS est un établissement à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du wali) ». Donc la sectorisation d'après Mr Lamri « telle qu'elle est perçue c'est-à-dire reposant sur la répartition administrative est biaisée. »

Notons par ailleurs que chaque secteur sanitaire a à la tête un directeur et quatre directeurs adjoints pour lesquels il faut ouvrir des postes budgétaires administratifs, un économiste un secrétaire. Il en résulte que les salaires consomment 70% du budget .Il ne reste pour toutes les autres charges que 30% C'est l'objectif administratif qui conditionne les objectifs sanitaires.

C'est ainsi que le découpage administratif de 1994 a porté le nombre des Daïras à un chiffre de 490 faut il pour autant qu'il faille créer d'autres secteurs sanitaires alors que ceux qui existaient ont montré leur inefficacité ?

La deuxième faiblesse réside dans le rattachement des unités légères .Alors que dans la grande majorité le siège de ces secteurs sanitaires se trouve à l'hôpital le plus important de la Daïra. Ceci nous démontre que le centre de décision du secteur sanitaire se trouve à l'hôpital, pivot de ce secteur.

Les structures légères ou unités extrahospitalières le plus souvent délaissées à leur sort et confiées à un chef de service dont le niveau est trop moyen. Il va de soit que la structure la mieux approvisionnée en médicaments et en équipements et petites instrumentations c'est l'hôpital .Il en sera de même concernant l'affectation du personnel médical et paramédical.

En ce qui concerne les réparations et l'aménagement ou dans l'affectation des véhicules sanitaires l'hôpital est toujours privilégié et le mieux servi. Les tâches de suivi, de contrôle, d'animation sont elles aussi centralisées au niveau de la structure hospitalière.

Il faut remarquer que les unités légères implantées dans la même commune ou le quartier de l'hôpital sont mieux considérées que celle des autres communes de la Daïra.

Nous constatons que la sectorisation a provoqué une centralisation sur l'hôpital avec un délaissement flagrant des unités légères sur lesquelles est basée toute la politique des actions de prévention et des soins de santé primaire.

Mais toute la stratégie sanitaire engagée depuis 1989 qui devait privilégier la prévention se trouve hypothéquée par le fait de l'organisation elle-même.

Ces structures légères devraient reprendre leur place en étant des structures de base, de soins primaires et préventifs doivent se rapprocher de la population et des Wilayates qui manquent d'hôpitaux.

## **2.2- Le principe de la régionalisation :**

En application de la résolution du comité central du FLN de 1980, le ministre de la santé a élaboré en 1982 une carte sanitaire nationale .Elle se définit comme un schéma directeur d'aménagement des structures sanitaires.

Le secteur sanitaire est présenté comme l'instrument de planification et de programmation, Instrument de répartition judicieuse et équitable des ressources humaines matérielles et financières (ceci sur le plan théorique)

Cette carte divise le territoire national en 13 régions sanitaires .L'objectif est la mise en place d'un dispositif de soins hiérarchisés commun à l'ensemble de la population de chaque région, sous entendu administratif Ce critère est essentiel. Mais insuffisant. Chaque région comprend plusieurs Wilayates

La carte élaborée en 1982 sera revue et remise en cause trois années plus tard par le dernier découpage administratif de 1984 qui porte le nombre des Wilayates de 31 à 48. Plusieurs de ces Wilayates sont de proportions inégales tant en populations qu'en superficies. Les pathologies sont différentes d'une wilaya à une autre, alors que le critère déterminant d'intervention est administratif et non à prédominance pathologique .( paludisme et problèmes ophtalmologiques dans le sud ).

## **2.3- Le principe de la hiérarchisation des soins :**

La carte sanitaire nationale hiérarchise les soins selon quatre niveaux :

*Niveau a* : Soins hautement spécialisés établissement hospitalier spécialisé dont le siège est le chef lieu de la wilaya).

*Niveau b* : Soins spécialisés établissement hospitalier dont le siège est le chef lieu de la wilaya.

*Niveau c* : Soins généraux (hôpital général au niveau de la daïra).

*Niveau d* : Soins de premiers recours dispensés dans les unités légères (commune).

Ce principe consacre une fois de plus la primauté de l'hôpital sur les extras hospitaliers

Avec le découpage administratif il aurait fallu avoir à l'échelle nationale :

13 établissements hospitaliers hautement spécialisés (13 régions sanitaires)  
48 E H S (établissement hospitalier spécialisé) un par wilaya.  
219 établissements hospitaliers généraux,

Cette configuration basée sur la répartition administrative rejette les autres tels que les besoins réels de la population en services de santé, la répartition de la population, la pathologie locale et les conditions socio-économiques de chaque région. Donc il s'agit bien de régions administratives et non de régions sanitaires dans le sens du besoin en service de santé.

Le principe de la hiérarchisation des soins tel qu'il est défini est un facteur de gaspillage de ressources tant humaines que matérielles.

Dans un second volet la hiérarchisation des soins implique pour le citoyen atteint d'une grave maladie un cheminement très long qui lui demandera de passer par :

Une 1<sup>ère</sup> visite à la salle de soins et de consultations

Une 2<sup>ème</sup> visite : centre de santé.

Une 3<sup>ème</sup> visite : à la polyclinique

Une 4<sup>ème</sup> visite : à l'hôpital général de Daïra

Une 5<sup>ème</sup> visite : à l'EHS de la wilaya

Une 6<sup>ème</sup> visite : à l'hôpital hautement spécialisé de la région et peut être une 7<sup>ème</sup> visite à l'hôpital à l'étranger s'il obtient la prise en charge par la sécurité sociale.

C'est dire que ce type d'organisation vise beaucoup, plus à mettre fin à ce qu'on appelle « la dispensarisation des hôpitaux, qu'à réaliser un fonctionnement intégré de toutes les structures de l'hôpital »

Cette hiérarchisation basée sur une définition mécanique ne répond pas aux besoins en services de santé de la population (c'est ce qui nous pousse à nous poser des questions à propos de la carte sanitaire de 2008).

L'hôpital constitue un attrait très fort sur le citoyen qui croit qu'on est toujours mieux soigné dans cette structure que les structures extrahospitalières.

Le renforcement du lien de confiance et de crédibilité n'est pas favorisé par cette hiérarchisation horizontale l'hôpital est détourné de son activité et de ses objectifs.

La hiérarchisation qu'a choisi L'Algérie (1<sup>ère</sup> visite, 2<sup>ème</sup> visite etc. s'apparente à un système pyramidal.

D'autre part le système de santé se base aussi sur une hiérarchisation verticale : il s'agit d'une série de programmes de santé que devaient mettre en œuvre toutes les structures sanitaires.

Une combinaison des deux hiérarchisations qui se fonde sur une série de programmes sanitaires et une classification de soins attribués à Chaque structure.

Les deux premiers types d'hierarchisation sont des organisations extrêmes qui n'assurent pas de souplesse et de marge de manœuvres à un système de santé comme celui de l'Algérie, Monsieur Lamri conclue « que compte tenu de ses conditions particulières de l'époque qui accuse des mutations socio économiques et culturelles souvent rapides et anarchiques créant souvent des niveaux de développement différents entre une région et une autre et surtout entre la ville et la campagne ».

La solution pour L'auteur déjà à cette époque en 1986 était « de proposer des programmes sanitaires verticaux destinés exclusivement à des populations cibles qui sont vulnérables ». Ces programmes doivent être exécutés dans les structures légères quant aux actions telles que la lutte contre la mortalité infantile et maternelle, la lutte contre les maladies transmissibles, la lutte contre les maladies professionnelles. « Concernant les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires et les cancers, Les hôpitaux sont plus indiquées pour leur traitement ».

#### **2.4 - Systèmes de santé dispense t'il des soins ou des services ?**

La santé est un droit universel fondamental mais aussi et surtout une ressource majeure pour le développement social économique et individuel.

Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui il n'en demeure pas moins que le système national de santé en Algérie est confronté à de multiples contraintes qui altèreront son efficacité et sa performance

L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face :

Aux mutations économiques que connaît le pays doit être combattu sans pour autant remettre en cause les principes d'équité, de solidarité qui fondent le système de santé

L'enjeu est de taille : comment préserver et consolider les acquis ? Quelles sont les mesures à prendre pour adapter le système aux nouveaux défis en matière de santé publique ?

Après l'indépendance l'Algérie a hérité d'un système basé sur la hiérarchisation des soins et sur la départementalisation qui quelques années plus tard ont fait du système de santé Français. l'un des plus performant au monde .

Plus tard le système s'est détaché de cette organisation et la santé a été politisée Le médecin a cru à la planification et la médecine au rabais. Au lieu d'être basée sur les compétences et le savoir notre système de santé a été détourné de sa vocation première de prestation de soins, on l'a transformé en prestataire de services.

Nous sommes passés du système de santé acquis basé sur la prévention et les soins à plusieurs niveaux, à des politiques de santé expérimentalistes dont les promoteurs ont utilisé leurs relations conjoncturelles, tout leur savoir faire et toute leur intelligence pour parvenir à sauver les spécialités de l'anesthésie, réanimation et les urgences médicochirurgicales ? Et les ériger en un système en soi reléguant de fait les autres disciplines au stade de sous spécialités. Il y a un bradage de la santé publique. Les praticiens hospitalo – universitaires vers le rabattage contraire au principe de déontologie (de l'incohérence, du bricolage et de l'improvisation il est demandé au gestionnaire de servir et non de gérer et aux universitaires de ne plus faire de recherche)

Le redressement de notre système de santé ne peut être possible qu'à condition de normaliser, de moraliser les professions médicales par la définition d'une politique nationale de santé qui ne peut en aucune manière sortir du cadre universel, car la médecine ne peut être qu'universelle par la réhabilitation et l'utilisation rationnelle de toutes les compétences nationales

### **2.5- Déséquilibre dans la répartition territoriale des compétences :**

Sur le plan du nombre il y a un déséquilibre flagrant entre la capitale qui dispose de 50 % des effectifs des personnels médicaux, L'Est dispose de 22 % L'Ouest de 20%, Sud Ouest de 1% .

Les CHU classiquement réservé aux praticiens recrutés selon les normes scientifiques universelles lors de concours ouverts à toutes les compétences, se sont vus recruter des praticiens non universitaires reléguant de fait les CHU au rang d'hôpitaux de campagne .Soit environ 2104 non universitaires pour 1688 universitaires un procédé qui démontre un indice de médiocrité.

Il faut réhabiliter les CHU originels et revoir le fonctionnement des CHU politiques, car les prestations de soins et la formation qui sont dispensés en dehors des anciens CHU restent des plus aléatoires.

Si nous devons nous intéresser au taux d'occupation des lits d'hôpital, il n'atteint pas les 50 %.( rapport de 1998 ). Il est même en dessous du 1 % dans certains hôpitaux.

Les compétences nationales sont agglutinées au nord plus particulièrement au centre du pays 55 % faisant des autres régions des zones sinistrées. Même si l'Algérie a dépassé tous les objectifs inscrits dans ses différents plans en termes de quantités (1 médecin / 3000 habitants) .Personne n'est satisfait de la qualité des soins et encore moins de l'équité dans l'accès aux soins. Par exemple au Sud zone d'endémicité des affections oculaires, il n'existe pratiquement aucun ophtalmologue.

Les compétences médicales étant recensées, il faudra procéder à la codification des actes qu'elles sont en mesure d'accomplir en soins primaires, en soins spécialisés et en soins hautement spécialisés, puis les intéresser à la mise en place d'un programme spécial de la réhabilitation et non pas les mesures coercitives tel le service civil.

La solution serait la mise en place d'une institution qui coordonnerait entre la santé, l'enseignement supérieur et les affaires sociales.

Le ministère de la santé doit revoir son organisation administrative. Il faut entrevoir une procédure de réexamen des schémas axés sur la départementalisation (par wilaya) car nos régions sont immenses et il serait humainement impossible de les couvrir avec des schémas actuels. Il faut :

-Redéfinir le rôle des directions de la santé qui doivent être des lieux de conception, de proposition et de coordination départementale et nationale.

- Revoir les modalités de recrutement des directeurs de la santé et une évolution des structures et des hommes

### **Section 3 le schéma organisationnel :**

Comme il a été mentionné dans un paragraphe précédent le schéma organisationnel est à structure pyramidale qui comprend quatre niveaux : central, intermédiaire, de base et de soutien. L'organisation du système national de santé repose sur un ensemble de structures administratives et techniques, établissements spécialisés et organes scientifiques et techniques . En 2007 ce système se présente comme suit :

- Administration centrale (ministère)
- Structures spécialisées autonomes
- 5 régions sanitaires avec 5CRS et 5 observatoires
- 48 DSP (une direction par wilaya)
- 185 Secteurs sanitaires
- 13 CHU
- 31 EHS
- Comités médicaux nationaux
- Conseil de déontologie nationale (conseil de l'ordre
- Conseil national de l'éthique en sciences médicales
- Sociétés savantes
- Syndicat et associations professionnelles

### 3.1- niveau central

**3.1.1- Administration centrale** : c'est le ministère de la santé publique de la population et des réformes MSPPR créé par le (décret exécutif n° 2000-150 du 28 juin 2000).

Au cours des premières années de l'indépendance, l'administration du système de santé a été confiée à un ministère qui coiffait une grande partie des affaires sociales dont la santé, le travail, les anciens moudjahiddines, la population, les affaires sociales.

C'est à partir de 1971 que les contours de l'administration se sont précisés et en 1979 le ministère s'est rétréci pour ne coiffer « que la santé publique »

Ce niveau central est chargé « de définir la politique de santé et de prendre les mesures nécessaires pour son application »

Un projet d'organisation a été mis en place en 1983 mais n'a jamais été officialisé par un décret

Dans notre sujet nous retiendrons le décret exécutif du 28 juin 2000 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population, outre le secrétariat général et les membres du cabinet (huit chargés d'études et cinq attachés de cabinet) ainsi que l'inspection générale, fonctionnent selon l'organigramme suivant :

#### La direction de la prévention :

Cette direction est chargée d'étudier, en liaison avec et les services et organismes concernés les mesures appropriées destinées à assurer :

-La prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

-L'hygiène publique et l'assainissement de l'environnement, d'élaborer, de proposer et de suivre les programmes de prévention et de procéder à l'évaluation des actions entreprises et en établir les bilans.

-De centraliser les données épidémiologiques et statistiques y afférentes.

-De définir et de mettre en œuvre les programmes visant la protection de la santé de la mère et de l'enfant.

-D'identifier les facteurs de risques sur la santé de la population.

-D'identifier les mesures d'hygiène générale en milieu hospitalier et extra hospitalier, de proposer des mesures liées la gestion et au traitement des déchets hospitaliers (asepsie et réduction des infections)



### La direction des actions sanitaires spécifiques :

Elle est chargée d'étudier, d'élaborer et de proposer les mesures destinées à la prévention à la préservation et la promotion de la santé en milieux spécifiques et de veiller à la mise en œuvre des mesures arrêtées dans le domaine. Elle s'occupe de la santé dans le milieu du travail, en milieu éducatif. Elle contrôle et évalue les activités de santé scolaires, universitaires et dans les centres de formation professionnelle.

-elle contrôle et évalue les actions des handicapés et des jeunes exposés à un danger moral

La sous direction de la santé mentale organise la prise en charge des affections psychiatriques

### La direction des services de santé :

Chargée d'étudier, d'élaborer et de proposer les mesures qui concernent l'organisation et le fonctionnement des services de santé, d'assurer une couverture sanitaire équilibrée et complète de la santé et assurer la hiérarchisation des soins, à veiller à l'unification du système de santé, assurer la répartition harmonieuse et le contrôle technique de l'ensemble des moyens sanitaires.

Cette direction élabore et propose les mesures destinées à l'organisation des centres hospitalo-universitaires CHU et des établissements hospitaliers spécialisés EHS. Les sous direction des secteurs sanitaires est chargée d'étudier et de proposer les mesures destinées à assurer l'organisation et le fonctionnement réguliers des secteurs sanitaires.

Elle étudie et élabore les mesures destinées à assurer le fonctionnement des services des urgences et des secours.

### La direction de la population :

Elle étudie, élabore et propose les stratégies et programmes de population qui visent le renforcement de la relation population et développement. Cette mission sera dévolue à un ministère confié actuellement à un délégué ministre.

Cette direction aura pour mission principale de mettre en œuvre les stratégies et programmes de population en vue de l'équilibre entre la croissance démographique et le développement économique et social.

Elle définira des programmes d'information, d'éducation et de communication.

Elle s'occupera de la santé reproductive et de la planification familiale.

### La direction de la pharmacie et des équipements :

Chargée d'étudier et d'élaborer et de proposer et d'assurer l'organisation de la pharmacie notamment la pharmacie centrale, cette direction s'occupe de l'élaboration de nomenclature des produits pharmaceutiques ainsi que de l'enregistrement de ces mêmes produits, de participer à la fixation des prix et à l'étude de ces produits, de proposer des mesures destinées à des régulations de la consommation et de l'importation.

La sous direction de la pharmacie hospitalière veille à assurer la disponibilité des produits dans les structures de soins ( hôpitaux , polyclinique ....) et de fixer les procédures de gestion des pharmacies hospitalière

Elles proposent des mesures destinées à l'homologation des équipements médicaux. Elle propose et suit les mesures susceptibles de concourir à la maintenance des équipements

### La direction de la formation

Les actions de cette structure seront détaillées puisqu'elles concernent les ressources humaines en général et le corps médical en particulier.

La direction est chargée d'étudier et de proposer toutes mesures de nature à promouvoir une formation adaptée aux besoins essentiels du secteur de la santé, de déterminer les programmes de formation initiale et continue, elle participe à la détermination des profils de poste et des profils de formation des personnels de santé dans le cadre des plans annuels et pluriannuels, d'élaborer la politique de la formation continue.

Les sous direction de la recherche est chargée de développer l'utilisation des techniques nouvelles, de définir les axes de recherche et d'en suivre les objectifs arrêtés et de suivre les besoins en documentation.

### La direction de la planification et de la normalisation :

A pour mission d'élaborer en liaison avec les services concernés les propositions relatives à la détermination des besoins de la santé et la planification des moyens destinés à les couvrir.

Elle doit tenir à jour les informations relatives à la réalisation des projets inscrits au plan de développement. Elle doit élaborer et tenir la carte sanitaire nationale. De veiller à la collecte permanente des informations, de proposer et suivre la normalisation des moyens.

La sous direction des systèmes d'information et d'informatique définit les supports d'information et leur circulation, elle organise la collecte l'exploitation Et l'analyse des informations concernant le secteur.

La sous direction de la planification et des programmes d'investissement : détermine les besoins sanitaires au plan national et au plan local en collaboration avec les services et les organismes relevant du ministère de la santé et de la population, elle tient à jour les informations relatives aux projets d'investissements inscrits, elle doit définir les normes en vue d'une utilisation rationnelle des ressources humaines, financières et matérielles et de participer à la classification des tâches de soins hospitaliers et des techniques correspondantes.

#### La direction de l'administration générale :

Elle est chargée :

- D'évaluer les besoins en crédit de fonctionnement de l'administration générale du ministère chargé de la santé et des services déconcentrés
- D'exécuter les budgets de fonctionnement et d'équipement de l'administration centrale du ministère chargés de la santé.
- De proposer et de mettre en œuvre la politique de gestion des ressources humaines du secteur.
- D'établir et de tenir à jour le fichier des personnels de santé de veiller à l'application des dispositions des conventions ratifiées et des accords signés avec les pays étrangers relatifs aux personnels exerçant au titre de la coopération technique .

#### La direction de la réglementation :

Elle est organisée en bureau de la réglementation générale et le bureau de la réglementation sanitaire

Un troisième bureau s'occupe du bulletin officiel et de la codification des actes  
La sous direction des contentieux est composée de trois bureaux celui des contentieux d'administration centrale, des affaires précontentieuses, des services des établissements sous tutelle.

#### La direction de la communication et des relations publiques :

Elle est chargée :

- D'élaborer et de mettre en œuvre un système d'information sur les activités du secteur :
- De promouvoir la communication sociale tendant à soutenir notamment les actions de prévention et de population, d'évaluer l'impact des activités de communication, de coordonner l'utilisation des différents canaux de communication.
- D'évaluer l'impact social de la communication et procéder aux correctifs nécessaires
- D'étudier, de traiter et de suivre les doléances des citoyens et des partenaires sociaux .

- D'étudier et de proposer toutes mesures de nature à favoriser la participation des partenaires sociaux dans la réalisation des objectifs de santé publique.
- D'étudier et de proposer toutes mesures destinées à assurer au large public une information pertinente et fiable sur les objectifs et réalisation du secteur de la santé.

**Remarque :**

Cet organigramme date de juin 2000. Le décret exécutif n°96-67 du 27 janvier est abrogé par le décret 2000- 150 du 28 juin 2000.

Dans notre présentation nous avons sciemment laissé de coté les sous direction

**3.2- Niveau intermédiaire :**

**3.2.1- Direction de la santé et de la population de wilaya**

Ce niveau est constitué par les directions de santé et de la population de wilaya (DSP) au nombre de 48 à raison d'une direction par wilaya.

Les directions de la santé et de la population sont situées au chef lieu de chaque wilaya Ce niveau exerce la tutelle sur l'intégralité des secteurs sanitaires, établissement de formation paramédicale et laboratoires d'hygiène de wilaya ; il contrôle aussi les activités des secteurs privé et parapublic

Conformément au décret exécutif N° 97-261 du 14 juillet 1997 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement des DSP (journal officiel du 16 juillet 1997) Aux termes de l'article 8 du présent décret, qui abroge le décret

Exécutif N° 90-264 du 8 Septembre 1990 sur le même sujet :

La direction de la santé et de la population développe et met en œuvre toute mesure de nature à encadrer les activités en matière de santé et de population

A ce titre elle est notamment chargée :

\*De veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines liés aux activités de santé .et de population.

\*D'animer, de coordonner et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux et locaux de santé , particulièrement en matière de prévention générale, de protection maternelle et infantile, de protection sanitaire en milieux spécifique, de maîtrise de la politique démographique , de planification familiale et de promotion de la santé reproductive .

\*De veiller au respect de la hiérarchisation des soins, en développant notamment toute action visant la promotion des soins de base.

\*De développer toutes actions de prévention et de lutte contre la toxicomanie particulièrement en direction des jeunes.

\*de veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines , matérielles et financières sans préjudice des attributions dûment conférées aux directeurs régionaux de la santé et aux directeurs régionaux de la santé et aux chefs d'établissement de santé .

\*D'initier et de développer toutes actions de communication sociale notamment d'éducation sanitaire, en relation avec les associations socio- professionnelles et les autres partenaires concernés

De veiller à la mise en place du dispositif en matière de collecte d'exploitation d'analyse et transformation d'informations sanitaires, épidémiologiques et démographiques

\*d'animer, de coordonner et d'évaluer le fonctionnement des structures de santé.

De veiller à la mise en œuvre des mesures relatives à l'entretien et à la maintenance des infrastructures et des équipements de santé.

\*D'assurer l'encadrement et l'inspection des structures et des établissements publics et privés de santé.

\*D'établir des plans d'urgence, en relation avec les autorités concernées et de participer à l'organisation et à la coordination des secours en cas de catastrophes quelle que soit sa nature

\*D'étudier et de suivre, dans un cadre réglementaire et procédures établis, les programmes d'investissement

\*De suivre et d'évaluer l'exécution des programmes arrêtés en matière de formation et de perfectionnement des personnels de santé. .

De superviser et de veiller au bon déroulement des concours et examens professionnels. »

Ce que nous venons d'énumérer ce sont les règles de fonctionnement telles quelles sont sur le plan théorique mais la réalité sur le terrain a été analysée donc par Mr Lamri en 1986 « que la majorité des directions de santé ne contrôlait pas les secteurs sanitaires mais leurs attributions se réduisaient souvent à l'approbation des budgets des secteurs et constitue une véritable courroie de transmission des correspondances des secteurs sanitaires transmises au ministère sans efforts préalables de traitement ou de règlement des problèmes soulevés »<sup>(6)</sup> .

Concernant l'animation et la coordination des activités de prévention en matière

---

<sup>(6)</sup> Mr Lamri L. : le système de santé Algérien organisation fonctionnement et tendance, mémoire de magister en économie . novembre 1986

D'hygiène du milieu et de lutte contre les épidémies ... se confinait par le passé au chef lieu de wilaya mais actuellement ce n'est plus le cas .Par quelques apparitions épisodiques et très limitées dans l'espace ces épidémies ont été éradiquées. Mais souvent les communes n'y sont pour rien dans ce progrès  
Le niveau administratif des DSP n'a pas un grand impact sur la qualité des soins et d'animation des tâches de prévention.

Une autre conclusion du même auteur qui est d'actualité c'est que cet échelon devrait réduire son caractère administratif au profit d'un dynamisme envers les activités de soins et les programmes de prévention. Cette structure de bureau dira MR LAMRI « devrait être une structure de terrain. Le résultat n'en sera que meilleur pour l'état de santé de la population »(1)

Le nouveau schéma prévoit la réduction du caractère administratif de cet échelon aux activités de soins et des programmes de prévention

### **3 .2.2 -Conseils régionaux de la santé :**

Outre l'administration centrale, la structure spécialisée autonome (CHU et EHS) nous avons cinq (5) régions sanitaires avec 5 CRS (conseils régionaux de la santé)

C'est le décret N° 97-262 du 14 juillet 1997 portant création des conseils régionaux de la santé.

Article 2 du décret définit le conseil régional de la santé comme étant une structure de coordination et concertation intersectorielles visant à assurer, de manière rationnelle et efficiente , la prévention, la protection , la promotion et la réhabilitation de la santé de la population relevant de sa compétence géographique .

Dans le cadre de sa mission le conseil régional de la santé est chargé notamment :

- de coordonner, en relation avec les autorités et institutions concernées, l'action des structures opérationnelles et des autres intervenants évoluant dans la structure de la santé.

- d'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique de la région couverte, des ressources disponibles et des priorités arrêtées.

- De susciter toute action visant à réaliser l'intégration des moyens disponibles dans la circonscription régionale et susceptibles de concourir à la protection, à la promotion et à la réhabilitation de la santé de la population.

- De veiller, en relation avec les institutions et structures concernées, à la collecte au traitement et à la diffusion de l'information sanitaire.

-De proposer des programmes régionaux concourant à la satisfaction des besoins de santé du bassin de population couvert et procéder à leur suivi, contrôle et évaluation périodique.

-D'assurer la participation active des usagers , des malades et des partenaires sociaux , dans l'établissement des priorités , la formulation et la mise en œuvre des stratégies régionales visant à résoudre les problèmes identifiés en matière de la santé de la population

-D'encourager les initiatives locales et d'entretenir des relations étroites avec les structures régionales impliquées dans la réalisation des programmes de santé et de population

*Les sièges des conseils régionaux de la santé se trouvent à :*

ALGER : qui regroupe 11 Wilayates

ORAN: 11 Wilayates

CONSTANTINE: 14 wilayates

BÉCHAR: 5 wilayates

OUARGLA: 7 wilayates

### **3.3-le niveau de base :**

L'organisation du système de santé reposait à ce jour sur un ensemble de structures administratives et techniques. Comme nous l'avons déjà cité outre l'administration centrale , les 5 observatoires régionaux , les directions de la santé des 48 wilaya, ce système était basé sur 171 secteurs sanitaires en 1980 et portés à 196 en 1985 et 185 actuellement ( avant Janvier 2008 ).Ces secteurs sanitaires comprenaient :hôpitaux ,polycliniques et dispensaires .

Le système de santé comprend en outre 13 CHU et 31 EHS.

Ce pivot de l'organisation sanitaire combine les soins curatifs et préventifs et regroupe toutes les structures citées implantées dans sa circonscription administrative

#### **3.3.1- Le secteur sanitaire :**

##### **mission**

Le décret exécutif N°97 -476 du Décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires abroge le décret n° 81-246 Du 5 septembre 1981 sur le même sujet . Avant d'analyser le fonctionnement des secteurs sanitaires en quoi consistait leur mission et comment étaient ils organisés. Pourquoi ont-ils échoué dans leur mission avant d'être supprimés dans le cadre de la nouvelle carte sanitaire en 2007.

Les articles contenus dans le premier titre définissent le secteur sanitaire : « Comme étant un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous tutelle du wali »

Notons que toute création ou suppression d'un secteur sanitaire est prononcée par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali.

Le secteur sanitaire est constitué de l'ensemble des structures sanitaires publiques de prévention, de diagnostic, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère de la santé.

Le secteur sanitaire : a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population,

- Assure l'organisation et la programmation de la distribution des soins
- La mise en œuvre des activités de prévention et de diagnostic de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation
- Activité liée à la santé reproductive et la planification familiale
- Application des programmes nationaux et régionaux et locaux de santé et de Population
- promotion et protection de l'environnement dans les domaines relevant de la prévention
- pour accomplir sa mission le SS est organisé en unités géo sanitaires couvrant une population donnée, dénommées sous secteurs sanitaires .

La création ou la suppression des sous secteurs sanitaires est prononcée par arrêté du ministre chargée de la santé sur proposition du wali.

C'est un terrain de formation paramédicale et en gestion hospitalière.

Des structures de secteur sanitaire peuvent être selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur pour assurer des activités hospitalo- universitaires.

## **2- Organisation administrative :**

Bien que uniforme d'un secteur à un autre, on retrouve généralement une organisation qui comprend la direction générale qui coiffe l'ensemble des services comme suit :

Arrêté du 26 Avril 1998 fixant l'organigramme des secteurs sanitaires



Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés :

- le bureau d'ordre général
- le bureau de la communication

Le secteur sanitaire comprend :

- La sous direction de l'administration des moyens
- La sous direction des services économiques, des infrastructures et des équipements
- La sous direction des activités de santé

La sous direction de l'administration des moyens :

Le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux  
Le bureau du budget et de la comptabilité  
Le bureau des coûts de santé

La sous direction économique et infrastructures et Équipements

Le bureau des services économiques  
Le bureau des infrastructures, des équipements et de la maintenance

La sous direction des activités de santé :

Bureau de la prévention  
Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités de soins  
Bureau d'accueil, de l'information et de l'orientation  
Le bureau des entrées.

Le secteur sanitaire est administré par un organe exécutif dénommé « conseil d'administration » et dirigé par un directeur. Il est doté aussi d'un organe consultatif dénommé « conseil médical »

- le conseil d'administration
- le directeur
- le conseil médical

Le conseil d'administration comprend :

- Le représentant du Wali , président
- Un représentant de l'administration des finances
- Un représentant des assurances économiques
- Un représentant des organismes de sécurité social
- Un représentant de l'APC de la commune siège de l'établissement
- Le représentant de l'APW
- Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs
- Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs
- Un représentant des associations d'usagers
- Un représentant des travailleurs élu en assemblée

- Le président du conseil médical
- Le directeur du secteur sanitaire participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat
- Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois (3) années renouvelables par arrêté du wali sur proposition des autorités dont ils relèvent.

Le conseil délibère sur :

- Le plan de développement à CT ET MT
- Le projet de budget de l'établissement
- les comptes prévisionnels
- Le compte administratif
- Les projets d'investissement
- Les projets d'organigrammes des services
- Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements
- Les contrats relatifs aux prestations de soins avec les organismes
- Les 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 décisions sont prises à la majorité des membres présents

Le directeur :

Il est nommé par arrêté du ministre de la santé et mis fin à ses fonctions dans les mêmes conditions.

Il est assisté de directeurs adjoints

Le directeur de l'établissement nommé par le ministre de la santé par arrêté

Il est le 1<sup>er</sup> responsable de la gestion du secteur sanitaire :

Il représente l'établissement en justice

Il est ordonnateur des dépenses de l'établissement

Il prépare les projets de budget prévisionnels et établit les comptes de l'établissement

Il prépare le projet d'organigramme

Il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration

Il établit les rapports annuels d'activité

Il passe tout contrat, marché convention

Il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité ainsi que le pouvoir de nomination et de gestion sur l'ensemble des personnels

### Le conseil médical :

Le conseil médical est chargé des avis techniques :

Sur l'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux

Les projets de programme relatifs aux équipements médicaux

Les programmes de santé et de population

Les programmes des manifestations scientifiques et techniques.

La création ou la suppression de structures médicales

Il propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et de fonctionnement des services de soins et de prévention.

Le conseil médical peut être saisi par le directeur du secteur sanitaire toute question à caractère médical scientifique ou de formation.

### Composition du conseil :

Outre le président et le vice président, le conseil médical comprend :

Le pharmacien responsable de la pharmacie

Un chirurgien dentiste désigné par le directeur

Un paramédical élu par ses pairs

Un représentant des personnels hospitalo-universitaires

### **3- Organisation financière :**

La nomenclature budgétaire du secteur sanitaire est fixée par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des finances :

Le budget du secteur sanitaire est composé des recettes provenant des subventions de l'état : qui permettent de financer la participation aux activités de prévention .Elles proviennent aussi des subventions des collectivités locales ainsi que des recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la santé sociale .Il convient de ne pas oublier les dotations exceptionnelles, les dons et les legs octroyés et les ressources et subventions liées à l'activité de l'établissement. Les dépenses sont des dépenses de fonctionnement, des dépenses d'équipement et toute autre dépense lié à l'activité de l'hôpital.

Organiquement, le secteur de santé est constitué d'unités, de service et de cliniques .L'unité peut être une des structures de premiers recours Ce sont des unités légères, un ensemble de lits hospitaliers ou un ensemble d'installations médico-techniques

Le service comprend deux ou plusieurs unités dont les activités sont similaires ou complémentaires. La clinique comprend deux ou plusieurs services dispensant des activités similaires ou complémentaires.

Seulement sur le terrain la fonctionnalité est tout autre. Les hôpitaux sont constitués de services distincts selon les spécialités et les unités légères assurent

pour le cas des polycliniques quelques soins spécialisés, et pour des centres de santé des consultations générales. Si le malade n'a pas de rendez vous à l'hôpital Mustapha et il passe par le chemin pyramidal tel qu'il est tracé par la hiérarchisation des soins, il attendra une année sans compter les fois où il se dérange sans aucun résultat.

Véritable entreprise, le secteur sanitaire cumule les fonctions d'administration, de gestion, de formation et dispense des services de santé .mais cette dernière fonction qui est sa raison d'être n'est que partiellement valorisée.

Le résultat de cette organisation c'est que le SS s'alourdit de fonctions administratives et ne coordonne pas les secteurs parapublics et privés. En second lieu il marginalise les soins primaires et la surveillance et le suivi des groupes de population à risque.

Monsieur Lamri a conclu déjà en 1986 « à l'inefficacité des unités légères à travers le jeu du cercle vicieux qui développe l'importance de l'hôpital qui est un constat d'échec si on se réfère au résultat de plusieurs analyses qui ont conclu que la médecine lourde de l'hôpital sans la médecine préventive est un échec ».

Il faudrait donc une vaste restructuration de l'organisation (voir la nouvelle carte sanitaire, que nous ne prendrons pas en considération par manque de recul) Le premier principe de cette restructuration est la rupture du lien administratif et de gestion entre les structures hospitalières et les structures extra-hospitalières et unités légères.

Le schéma proposé a pour unité de base une cellule constituée de polyclinique, centre de santé, maternité, salles de soins et de consultations conduites par une équipe médicale et paramédicale dont la tâche principale serait de matérialiser sur le terrain des programmes nationaux de santé et la distribution en permanence de soins primaires et préventifs destinés à toute la population de la commune.

La taille de ces unités devrait être en rapport avec la taille démographique de la commune avec un service de médecine du travail, un service d'hygiène scolaire un service de protection maternelle et infantile.

Selon la nécessité ,elle développe des services qui tiennent compte de la pathologie locale en prenant comme exemple l'ophtalmologie dans le sud , les maladies véhiculées par les eaux polluées comme la typhoïde etc. ...

Ces cellules doivent être libérées des affaires administratives de gestion.

L'auteur conseille que ces cellules soient animées et gérés par les APC . Sur ce dernier point nous ne sommes pas d'accords surtout si les communes gèrent ces cellules comme ils ont géré les affaires communales jusqu'à présent.

Ce type de gestion nous permet de rompre définitivement avec le schéma classique qui priorise l'hôpital et allège ce dernier des soins ambulatoires. L'hôpital pourra se permettre de se consacrer exclusivement aux soins spécialisés.

Plus ces cellules seront efficaces plus les hôpitaux généraux deviennent autonomes et dispenseront des soins de niveau élevé.

Toujours le même auteur conseille de confier la gestion de ces hôpitaux aux Wilayates .A l'image des entreprises de wilaya, je me pose la question que sont devenues ces entreprises ? 90 % ont mis la clef sous le paillason. Certainement qu'il faut trouver une autre forme de gestion en relation avec la wilaya sans être complètement dépendante de cette dernière et éviter la lourdeur bureaucratique.

Ces hôpitaux de soins généraux et spécialisés s'identifient à la pathologie locale et seront en relation organique avec les cellules de base au niveau de la commune (unités extra hospitalières)

Restent les établissements du type EHS et CHU qui peuvent être considérés comme de véritables entreprises autonomes financièrement et suivis par l'administration centrale du MSPRH et de l'enseignement supérieur. Il faut installer un système de santé qui mettra en place une gestion décentralisée Avec le moins de lourdeurs administratives.

Récemment, depuis 2008, les secteurs sanitaires ont été réorganisés selon un nouveau schéma qui sépare les hôpitaux des unités légères. Il a été crée deux entités autonomes :

- l'Etablissement Public Hospitalier (EPH) qui est en fait un hôpital complet,
- l'Etablissement Public Sanitaire de Proximité EPSP qui est un regroupement de quelques polycliniques et salles de soins, les anciens centres de santé n'existent plus dans le nouveau schéma.

Comme c'est une organisation récente, nous allons la présenter dans les paragraphes qui vont suivre, après avoir examiné le cas du CHU et du EHS

### **3.3.2- Le centre hospitalo universitaire CHU :**

Le décret exécutif N° 97- 467 du 2 Décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des centres hospitalo- universitaires par abréviation CHU et abroge Les dispositions du décret N° 85- 25 du 11 février 1986 sur le même sujet

Le centre hospitalo- universitaire est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est

créée par décret exécutif N ° 85-25 , sur proposition conjointe du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique après avis de la commission de coordination hospitalo -universitaire nationale ( C.C.H.U.N )

Il est placé sous tutelle administrative du ministre de la santé. La tutelle pédagogique est assurée par le ministre chargé de l'enseignement supérieur. Le CHU est chargé en relation avec l'établissement d'enseignement de formation supérieure en sciences médicales concerne des missions de diagnostic d'exploration, de soins de prévention, de formation, d'études et de recherches .

### **3.3.2 /1 - Place du CHU dans le système de santé :**

Le CHU de par ses missions se trouve positionné au sommet de l'échelle de production de soins dits de haut niveau. Ce qualificatif est usité en raison des deux autres vocations : de formation et de recherche. Cette hiérarchisation de soins d'un coté et le CHU de l'autre. Entre ces deux extrémités s'organisent les centres de santé, les polycliniques et les hôpitaux de daïra et de ceux de wilaya. . Une place très importante lui est reconnue dans le système de santé pour lequel il est le pivot autour duquel gravitent toutes les autres structures de prestation de soins. Il est un élément fédérateur dans un espace géo sanitaire de référence scientifique et technique. Il constitue, avec la faculté de médecine, un pôle universitaire.

De par la spécificité de ses missions de soins, de formation et de recherche qui requière des équipements pointus, et de par le haut degré de compétence de son personnel médical, le CHU est placé en haut de la pyramide des structures de santé avec lesquelles il interagit dans un cadre de collaboration et de référence.

### **3.3.2 /2- Missions du CHU**

#### ***- En matière de soins :***

Le CHU est tenu :

- De participer à la réalisation du programme national de prévention et d'éducation sanitaire.
- D'assurer des examens, traitements et soins spécialisés ainsi toute autre activité qui a une relation avec la santé de la population.
- De participer à l'élaboration des normes d'équipement sanitaire, scientifique et pédagogique des structures de santé
- De participer à l'élaboration et la mise à jour de la nomenclature des médicaments et des programmes d'approvisionnement en la matière.

### ***En matière de formation :***

- D'assurer en liaison avec l'institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales (INES / SM ) dénommé facultés de médecine de la formation graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes les concernant .
- De participer à la formation du personnel paramédical et personnels administratif et technique de la santé publique.,
- De participer aux actions de recyclage et de perfectionnement des praticiens de la santé.

### ***En matière de recherche***

Le CHU est le lieu où s'effectuent dans le cadre de la réglementation en vigueur, tous les travaux d'études et de recherches dans le domaine des sciences médicales. C'est la collaboration entre les services qui permet d'organiser des séminaires et des colloques et des journées d'études en vue de promouvoir les activités de soins et de formation et de recherche en sciences médicales.

L'accent est mis sur cette mission par le décret 86- 25 qui stipule que toute création de CHU s'inscrit dans le cadre de la planification de la formation en sciences médicales et de la mise en œuvre de la carte sanitaire et de la carte universitaire.

-La création d'un CHU est conditionnée par la disponibilité d'un potentiel humain en nombre suffisant et justifiant de la qualification requise pour assurer les activités de soins, de formation et de recherche. , ainsi que de l'existence d'infrastructure et d'équipement pédagogique et technique.

L'existence d'au moins neuf spécialités est requise

La médecine interne, la chirurgie générale, la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, l'auto- Rhino- laryngologie, l'ophtalmologie, la radiologie, la biologie, l'anesthésie – réanimation.

Un CHU a la possibilité de passer des conventions avec les organismes publics après avis du conseil scientifique de l'établissement.

### **3.3.2/1- Organisation :**

#### **Organisation administrative :**

Le CHU est doté d'un conseil d'orientation et d'un conseil scientifique. Il est dirigé par un directeur général assisté d'un secrétaire général et de directeur

#### **Le conseil d'orientation** comprend :

Un représentant du ministre de la santé publique,

Du directeur de l'institut national d'enseignement supérieur

Un représentant du wali de la wilaya où se trouve le siège

Le responsable de l'agence de wilaya de la caisse nationale de sécurité sociale des accidents de travail et des maladies professionnelles

Le président du conseil scientifique de l'établissement

Un représentant de l'union médicale Algérienne

Un représentant élu des praticiens enseignants

Un représentant élu des étudiants

Un représentant du personnel paramédical

Ce conseil délibère sur :

Le programme d'activité de l'établissement consiste en :

-La mise en œuvre des programmes de prévention, d'éducation sanitaire et de soins

-L'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

-Le projet du budget

-Le compte administratif

-Le rapport annuel d'activité de l'établissement présenté par le directeur général

-L'acceptation ou le refus des dons ou legs

Ce conseil peut proposer toute mesure de nature à améliorer le fonctionnement de l'établissement et à favoriser la réalisation de ses objectifs.

Il donne son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le directeur général de l'établissement.

Il se réunit au moins deux fois par an en session ordinaire sur convocation de son président ,il peut se réunir en session extraordinaire à la demande soit de l'autorité de tutelle, soit du directeur général de l'établissement soit des 2/3 de ses membres . Il ne peut délibérer valablement que si la majorité de ses membres sont présents.

Les délibérations de ce conseil portant sur le budget , les comptes administratifs et de gestion, l'acceptation des dons et legs ne deviennent exécutoires qu'après approbation expresse conjointe du ministre de la santé publique et du ministre des finances.

Si tous ces détails ont été donnés c'est pour mieux appréhender la difficulté de ces établissements dans le cadre de la réglementation et mieux montrer la lourdeur administrative et le blocage dans leur gestion au quotidien et ceci est valable pour les CHU, les EHS, et les hôpitaux généraux et les ex secteurs sanitaires.

### **Le conseil scientifique :**

Le conseil scientifique se réunit une fois tous les deux mois, en session ordinaire et extra ordinaire à la demande soit du directeur général, soit des 2/3 de ses membres, soit des autorités de tutelle.

Le conseil scientifique du CHU est présidé par un spécialiste hôpitalo universitaire chef de service, élu par les membres du conseil pour une durée de trois (3) ans renouvelables.



En outre il comprend :

L'ensemble des chefs de clinique et chefs de service du CHU.

Le directeur de l'institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales (INES/SM)

Le ou les directeurs des unités de recherches du CHU s'il y a lieu.

Un docteur et un maître assistant élus respectivement par leur pair pour une durée de trois (3) mois

-Le directeur des activités pédagogiques et médicales du CHU assiste aux sessions du conseil scientifique et en assure le secrétariat.

### **Mission du conseil scientifique :**

-De participer à l'élaboration des programmes de formation et de recherche en sciences médicales

-De formuler des avis sur les projets de programmes d'équipement médicaux

-De proposer toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de soins et de prévention.

-De proposer l'ouverture de nouvelles filières étudiants

-D'émettre des propositions concernant la répartition des personnels, en relation avec les activités.

-D'évaluer les activités des services en matière de soins, de formation et de recherche.

-De donner son avis sur la création ou la suppression de structures ou de postes

-D'assurer le fonctionnement des ateliers d'entretien et de maintenance

-D'acquiescer les matériels et instruments médicaux et d'assurer leur répartition entre les structures du CHU

-De gérer les stocks et d'entretenir la comptabilité

-De préparer les dossiers des marchés et des conventions en rapport avec les activités de la direction

-D'arrêter avec les organismes concernés, le programme annuel des manifestations scientifiques du CHU.

Le programme de participation des spécialistes hôpitalo- universitaires aux congrès et séminaires nationaux et internationaux et autres manifestations scientifiques et ce dans les limites du congé scientifique et dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

-D'établir un rapport annuel d'activité qu'il adresse au directeur général.

-De proposer toute mesure de nature à promouvoir les échanges inter centre hospitalo- universitaire et inter disciplinaire et de réguler les activités de recherche sur la base de regroupements thématiques intégrés

### **3.3.2 /1- Le directeur général**

Le directeur général est nommé par décret, sur proposition du ministre de la santé publique.

-Il est responsable du fonctionnement du CHU, à cet effet, il est investi des pouvoirs de gestion de l'établissement et exerce le pouvoir hiérarchique et disciplinaire sur l'ensemble des personnels du CHU.

-Il coordonne et contrôle l'ensemble des activités de l'établissement

-Il est chargé de nommer dans les limites des postes budgétaires disponibles, à tous les emplois administratifs et techniques de l'établissement à l'exception des cadres moyens et ceux classés comme postes supérieurs de l'organisme employeur.

-Il pourvoit aux emplois d'hôpitalo universitaires dans les limites des postes budgétaires disponibles.

-Il est responsable de la discipline, du maintien de l'ordre et de la sécurité dans l'établissement

-Il délivre les titres administratifs et techniques relatifs aux congés ordinaires, scientifiques et de maladie.

-Il veille à l'utilisation rationnelle et la maintenance des équipements et des matériels.

### **3.3.2/2- Les structures du CHU :**

-Le CHU dispose d'une direction de l'administration générale d'une direction des infrastructures et des équipements et d'une direction des activités pédagogiques et médicales.

Nous passerons sur les détails concernant les missions des deux premières directions, nous avons jugé que la fonction de la troisième direction est très importante et y reviendrons dessus en nous basant sur des données de madame Saida qui a mené une étude sur le CHU de Annaba

### **3.3.2/3- Mission de la direction des activités pédagogiques et médicales :**

Le directeur des activités pédagogiques et médicales est nommé parmi les spécialistes hospitalo-universitaires

Cette direction est chargée :

-De suivre les activités de soins et d'établir les rapports et synthèses

-D'organiser, avec l'INES / SM et de gérer les mouvements des étudiants et des résidents, dans le respect des programmes définis dans le cursus et pour chaque filière.

- De recevoir et d'exploiter les rapports d'activités établis par les chefs de service en vue de les soumettre au conseil scientifique.
- De contrôler l'assiduité des étudiants et des résidents dans les équipes de garde
- d'organiser la participation du CHU à la formation paramédicale
- de collecter et d'exploiter les statistiques médicales en vue d'établir le bilan épidémiologique de l'établissement
- D'assurer l'archivage des dossiers médicaux
- D'administrer la bibliothèque et d'organiser la diffusion de l'information et de la documentation médicale et scientifique

- De gérer les équipements et les infrastructures de formation notamment les amphithéâtres et les salles de cours et de veiller à leur utilisation optimale
  - De préparer, avec les organismes concernés, les programmes des manifestations scientifiques de l'établissement et de participation des hospitalo- universitaires aux congrès et séminaires en rapport avec les sciences médicales et d'en recueillir les comptes rendus.
  - D'assurer le secrétariat et les travaux préparatoires du conseil scientifique
- Comme le MSPRH les directions comportent des sous directions et des bureaux. Le système de santé comprend treize (13) CHU au centre à l'est et à l'Ouest

Notons que les services des CHU sont en totalité universitaires. Si nous prenons l'exemple de la wilaya d'Alger, 88% des services hospitaliers ( CHU et EHS ) sont universitaires avec une forte présence de spécialistes de santé publique .Ces services dispensent des soins primaires et secondaires relevant des hôpitaux généraux de santé publique, réduisant ainsi leur intervention leur efficacité et leur efficience en termes de prise en charge de soins de haut niveau .Cette situation alourdit le coût des soins dispensés en termes d'activités du plateau technique, de personnels qualifiés et de temps.

Le développement des services de santé publique dite de proximité permettrait

- D'augmenter l'accessibilité quand l'état de santé du citoyen le demanderait.
- De réduire la charge en soins primaires et secondaires assurés par les hospitalo-universitaires.

-D'améliorer l'efficience des établissements et la qualité des soins.

-Le taux dépasse les 100 %d'occupation des lits des CHU alors que certaines maternités périphériques posent des problèmes de fréquentation. La sécurisation des accouchements dans les polycliniques périphériques par un personnel médical qualifié permettrait d'inverser la tendance et aux CHU de s'occuper des grossesses à haut risques. Ce n'est qu'un exemple parmi les actes médicaux, pour ne pas citer les exemples en ORL, en dermatologie, en petite chirurgie etc.

Après avoir présenté la mission et l'organisation telles qu'elles sont décrites par règles du décret N°97 -476 de Décembre 2007 nous pouvons analyser les failles et les problèmes que rencontrent les gestionnaires dans leur mission de prise en charge de l'établissement où ils sont affectés

L'hôpital en tant qu'entité socio économique traverse une crise profonde qui se manifeste par l'échec à la gestion des ressources humaines.

Les directions de la communication sont d'autant plus nécessaires à l'hôpital qui doit être capable d'intégrer les technologies de pointe et prendre en charge les pathologies nouvelles.

L'efficacité de cette communication dépendra justement de la mise en œuvre d'une réelle gestion des ressources humaines .Ce système de communication est le nœud du management c'est aussi la pierre angulaire de l'organisation, l'outil incontournable de toute administration cohérente et performante c'est un outil de pilotage des R.H d'aide à la prise de décision ce qui domine le système de santé et de l'hôpital en Algérie c'est cette rigidité, cette approche bureaucratique, administrative qui ne facilite guère la dynamique du potentiel humain.

« L'hôpital doit se constituer en communauté humaine à part entière »<sup>1</sup>

L'amélioration de la performance et des résultats du système de santé algérien peut être possible grâce à une gestion efficace des connaissances en matière de santé les nouveaux modes des connaissances, notamment ceux qui font appel aux technologies de l'information et de la communication peuvent améliorer l'efficacité et une meilleure gestion du temps et d'offrir des services de qualité De favoriser l'innovation et de réduire les coûts. Voilà un beau programme pour nos hôpitaux. !

L'Algérie devrait faire de la gestion des connaissances un élément prioritaire de ses politiques. Actuellement les compétences et surtout les structures limitées en matière de technologie font barrage à cette culture. Des projets importants s'imposent dans ce domaine.

Une visite légère à l'hôpital nous montrera la carence dans ce domaine ; nous noterons l'absence de (courriers électroniques, base de données électroniques, bibliothèque virtuelle.) Les techniques actuelles fournissent des moyens de gestion rapides et efficaces sous d'autres cieux dans les économies avancées. Un projet s'étalant sur vingt ans doit permettre au système de santé Algérien de se hisser au même niveau que ces pays avancés. En fait c'est un programme qui a été évalué à 1900 milliards de dinars qui vise à réaliser la réhabilitation et le développement du réseau d'infrastructure actuel et en remplacement des structures vétustes.

(1)Article du Dr saida sur l'hôpital de annaba

### **3 3.3- Organisation des établissements hospitaliers spécialisés EHS et fonctionnement :**

Le décret exécutif N ° 97 – 465 du 2 Décembre 1997 fixe les règles de création d'organisation et de fonctionnement des établissements hospitaliers spécialisés qui abroge le décret N° 81-243 du 5 Septembre 1981 sur le même sujet .

#### **3 3.3/1- Dispositions générales :**

L'article 2 du décret définit :

L'établissement hospitalier spécialisé comme étant un établissement public à caractère administratif (EPA) Doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est créé par décret exécutif sur proposition du ministre chargé de la santé après avis du wali de la wilaya du siège de l'établissement.

L'article 3 stipule que le HES est constitué d'une ou plusieurs structures destinées à la prise en charge :

- d'une maladie déterminée
- de l'affection d'un appareil ou d'un système organique donné.
- Ou d'un groupe d'âge déterminé.

Notons que la dénomination de le EHS à la spécialité correspond aux activités qui y sont assurées. Dans son domaine d'activité, le l'EHS a pour mission :

-la mise en œuvre des activités de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation

-L'application des programmes nationaux et locaux de santé ;

-De contribuer au recyclage et au perfectionnement des personnes des services de santé.

Le EHS peut servir de terrain de formation paramédicale et en gestion paramédicale sur la base de conventions signées avec l'établissement de formation. Le EHS ou une partie de ses structures peut être agréé , selon des modalités fixées par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur pour assurer des activités hôpitalo- universitaires .

L'article du décret 97- 465 classe les EHS en trois catégories sur la base des critères fixés par la réglementation en vigueur. Le classement des EHS est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, des finances ainsi que de l'autorité chargée de la fonction publique.

Étant donné que l'organisation et le fonctionnement de le EHS se rapprochent de l'organisation et du fonctionnement du CHU nous nous contenterons de cette approche de leurs missions et nous préciserons le nombre de EHS au niveau national :

Il existe donc trente un (32) EHS dont les spécialités sont les suivantes :

Uronéphrologie (1)  
Médecine de sport et cardiologie ( 1)  
Pédiatrie (1)  
Cardiologie et chirurgie cardiaque (2)  
Gynécologie obstétrique (1)  
Brûlés et chirurgie réparatrice (1 )  
Psychiatrique (10)  
Urgence médicochirurgicale (1)  
Appareil locomoteur (2)  
Neurochirurgie (1)  
Maladie infectieuse  
Cancérologie (3)  
Rééducation fonctionnelle (5)  
Ophtalmologie (1)  
Gynécologie  
Pédiatrie (1)  
Chirurgie

Concernant la répartition territoriale de ces EHS 45,5% sont localisés au centre dont douze (12) à Alger 35% à l'Est et 19,5 % à l'Ouest. Nous remarquons qu'il n'y a aucun EHS au sud Est et au sud Ouest

On estime que 78% de la totalité des services des EHS soit au nombre de 59 sont des services hospitalo-universitaires.

Ces services de ces établissements spécialisés répondent comme les SS et les CHU à une demande en soins médicaux. De nombreux services sont submergés par le poids de la demande .Le budget de ces établissements est grevé de manière importante et la charge de travail sur le personnel est, dans quelques spécialités difficilement supportable pour des rémunérations équivalentes à leur collègues du même corps. Les équipements de certains services –par exemple en radiothérapie sont surexploités .Ceci explique les demandes pressantes de nouveaux équipements et de personnels.

-Le renforcement en personnel qualifié et en équipement de ces services est une nécessité, en attendant le développement des soins spécialisés de haut niveaux dans les établissements de santé des autres grands pôles régionaux .Cela permettrait de réduire la pression observée notamment en oncologie, en chirurgie cardio- vasculaire, en psychiatrie à cause du manque crucial de personnel spécialisé.

Pour faire face à la mauvaise gestion hospitalière que Mr le ministre de l'époque (2007) Mr Amar Tou a dénoncée. Il agit sur trois axes : La formation, l'organisation et le contrôle « Pour cela dit il faut faire subir aux cadres de la santé une formation appropriée en management. Ces cadres doivent cumuler sept années d'expérience, être énarques ou diplômés en économie ou en gestion »<sup>(7)</sup>. Cet effort de mise à niveau s'accompagne d'une nouvelle organisation qui doit prendre en charge la gestion des équipements. Pour réaliser ce programme il a annoncé la création de nouvelles structures dont une direction de la maintenance. C'est à cette période que le ministre a annoncée la réduction des transferts pour des soins en orthopédie ou en traumatologie.

Avant d'aborder la seconde partie concernant le niveau de soutien du système de santé prenons connaissance du bilan des infrastructures de santé de l'année 2002 communiqués par L'ONS et le MSPRH (rétrospective élaborée par l'ONS concerne la période (1991-2002) et est présentée comme suit :

- 372 Hôpitaux dont 227 faisant partie des secteurs sanitaires
- 13 CHU
- 32 EHS
- 1281 centres de santé
- 513 polycliniques
- 4228 salles de soins
- 55233 lits d'hôpitaux
- 6046 agences pharmaceutiques dont 1051 Etatiques 4495 (5000) privées
- 563 centres médicaux
- 48 laboratoires d'hygiène.

### **3.4- Niveau de soutien :**

Plusieurs entreprises, organismes ou institutions spécialisées concourent indirectement à la distribution des services de santé.

Ils peuvent être en amont ou en aval de la fonction de la santé et relèvent pour la grande majorité du secteur public. Au niveau du soutien nous examinerons le cas :

#### **3.4.1-des médicaments et matériel médicaux chirurgicaux :**

##### **3.4.1/1-Marché du médicament en Algérie :**

Le marché du médicament objet de nombreuses convoitises pour être un créneau porteur reste l'otage de groupes de pression.

En 2004 l'obligation faite aux importateurs dans le pays au bout de deux ans de devoir investir dans la production, fonctionne comme une simple barrière bureaucratique. Prés de 60% ne respectent pas ce principe. Certains ferment au bout de deux ans et renaissent sous un autre nom.

---

<sup>(7)</sup> Amar Tou « la gestion hospitalière » par Farid Benabid article publié par le quotidien liberté en janvier 2007

Au moment où les pouvoirs publics parlent d'encourager la production locale et celle du générique, la facture d'importation du médicament ne cesse d'augmenter. 700 millions de dollars pour l'année 2004. La facture du médicament est lourde pour un Etat qui œuvre à réduire ses dépenses sociales et s'oriente vers l'investissement productif. En dépit de l'existence de textes encourageant la production, 80% des produits pharmaceutiques sont importés.

SAIDAL participe à hauteur de 85% à la production nationale du médicament et est la première entreprise à relever cette anomalie.

Ce qui est grave c'est que certains médicaments produits localement sont toujours importés.

Certaines entreprises étrangères ont voulu investir et ont rencontré des contraintes administratives ainsi que le manque de personnel compétent sur des machines à la pointe de la technologie.

Avant la création du groupe SAIDAL c'est la pharmacie centrale Algérienne créée en 1969 qui était chargée d'assurer le monopole de l'Etat sur l'importation, la fabrication et la commercialisation des produits pharmaceutiques, dans le cadre de sa mission elle a créé en 1971 les unités de BIOTIC et PHARMAL.

A la suite de sa restructuration la branche de production a été érigée en entreprise nationale de production pharmaceutique et c'est cette entreprise avec le projet antibiotique de Médéa qui deviendra SAIDAL.

Créée en 1983, elle devient autonome en 1989 et donne naissance au groupe SAIDAL. Après l'application de son plan de redressement en 1994/1995 alors leader de la fabrication des médicaments et des produits assimilés sur le marché, elle élabore un programme de partenariat industriel dans le cadre de son plan de développement.

Les pouvoirs publics pensaient réduire la facture de 30% en basant la fabrication sur le générique et en procédant au conditionnement localement.

En 2006 les génériques ne représentaient que 14 % de la consommation nationale. Notons que sur 1500 produits importés 500 sont non remboursables et sont à la charge du consommateur.

Dans un marché estimé à plus de 600 millions de dollars, considéré comme très attractif aux investisseurs locaux et étrangers, le Groupe SAÏDAL représente un pôle industriel important (fleur de l'industrie algérienne). Le Groupe SAÏDAL crédible est en mesure de répondre rapidement aux attentes de ses partenaires concernant son potentiel industriel, son capital expérience et le savoir faire acquis, la politique de son management, la volonté affichée dans sa stratégie de partenariat.

La politique engagée a permis la signature de plusieurs accords de partenariats industriels avec des laboratoires de renommée mondiale, présents sur le marché



algérien, tels que : Pfizer - Sanofi-Aventis - GPE - Dar-El-Dawa Spimaco - JPM, etc.....

Egalement, la signature de contrats avec ABOLMED (Russie) SOLUPHARM PHARMACEUTIQUE (Algérie).

D'autres contrats de façonnage ont été signés avec ces laboratoires ainsi que des cessions de licences et achat de dossiers techniques, qui ont permis d'enrichir le savoir faire du Groupe SAÏDAL et d'élargir sa gamme de produits.

Les objectifs stratégiques du Groupe SAÏDAL se résument à :

La satisfaction totale du client, par la mise en place progressive du processus de management de la qualité

La diversification de la gamme de production, par le biais d'une politique de recherche et de développement de nouveaux médicaments génériques, dans les formes galéniques de nouvelles générations et la mise en place d'une veille technologique

Le développement du partenariat engagé dans des projets avec des laboratoires de notoriété internationale, soit sous la forme de société en « joint-venture » ou accords de façonnage.

pour mieux connaître l'entreprise SAÏDAL faisons connaissance avec les filiales de SAÏDAL qui se présentent comme suit :

#### **ANTIBIOTICAL :**

Gère le complexe antibiotique de Médéa, a démarré sa production en 1988 et produit les formes galéniques suivantes : injectables, gélules, pommades, sirops et comprimés. Elle a douze (12) années d'expérience

#### **PHARMAL :**

Avec trente années (30) d'expérience sa capacité de production est très importante est composée d'une unité à Dar El Beida, une à Constantine et

Annaba c'est l'ex ENCOPHARM

BIOTIC : Avec quarante sept (47) ans d'expérience c'est l'unique producteur de solutés massifs.

#### **Centre de recherche et développement.**

Vingt cinq (25) années d'expérience, ont permis au CRD de développer cinq à six (5à6) produits génériques qui sont intégrés dans la gamme de produits des différentes filiales.

-Le centre assiste les usines productrices de médicaments (contrôle de la qualité)

-Il procède au contrôle : physico chimique, toxicologique, et pharmacologique des médicaments

**Unité commerciale centre :** Cette unité a été créée en 1996 pour centraliser la vente de ses produits et améliorer l'accueil à ses clients. A elle seule SAIDAL produit et commercialise 150 produits dont les antibiotiques, les antifongiques les neuroleptiques etc.

**-Le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques :**

Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques a pour mission le contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques qui comprennent les médicaments, les réactifs biologiques, les produits chimiques officinaux, les produits galéniques, les pansements et tous les autres produits nécessaires à la médecine humaine (article 169 de la loi N° 85-05 du 16 Février 1985). Sont également assimilés à des médicaments:

Les produits d'hygiène et produits cosmétiques contenant des substances vénéneuses à des doses et concentrations supérieures à celles fixées par arrêté du Ministère chargé de la Santé.

Les produits diététiques ou destinés à l'alimentation animale qui renferment des substances non alimentaires leur conférant des propriétés sur la santé humaine (Article 171 de la loi 85-05)

Le Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques est un établissement de recherche en sciences médicales.

A ce titre, il a pour mission dans le cadre du plan National de développement :

**1°/ en matière de prestations :**

De participer par le biais du contrôle à la réalisation des programmes nationaux de Santé, et à la protection de la santé et de la population ;

De participer à l'élaboration des normes d'équipements scientifiques et pédagogiques des laboratoires des structures de santé ;

De participer à l'élaboration et à la mise à jour de la nomenclature des médicaments et des programmes d'approvisionnement en la matière ;

**2°/ en matière de formation :**

D'assurer en liaison avec l'institut national d'enseignement supérieur en sciences médicales (I.N.E.S.S.M), la formation post-graduée en sciences médicales et de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes y afférents ;

De participer à la formation du personnel paramédical et des personnels techniques de la santé publique.

De participer aux actions de recyclage et de perfectionnement des pharmaciens de la santé.

### **3°/ en matière de recherche :**

D'effectuer dans le cadre de la réglementation en vigueur tous travaux d'études et de recherches dans le domaine pharmaceutique ;

D'organiser dans la limite comptable avec le fonctionnement régulier et permanent des services, des séminaires, colloques et journées d'études en vue de promouvoir les activités de soins et de formation et de recherche en sciences médicales.

Il est chargé également de :

-L'étude des dossiers scientifiques et techniques des produits pharmaceutiques soumis à l'enregistrement.

-L'élaboration des méthodes et des techniques de références à l'échelle nationale ;

-La tenue des substances étalons et produits de référence à l'échelle nationale.

La tenue et la mise à jour d'une banque de données techniques relatives aux normes et aux méthodes de prélèvement, d'échantillonnage et de contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques.

-La surveillance de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité des produits pharmaceutiques commercialisés.

Les annexes du laboratoire sont localisées à Alger, Oran, Constantine, Bechar, Ouargla.

### **3.4.2- Structures délocalisées ou spécialisées autonomes**

**3.4.2/1- ANDS** Informations et communications a un projet de connexions de 400 structures.

- Conception, hébergement et mise à jour de pages web (structure et partenaire de la santé

-Il fait de la formation continue-Il anime des forums sur la santé -Il participe au projet télémédecine

### **3.4.2/2 - L'institut pasteur d'Algérie.**

Créé en 1909 et érigé en établissement public après l'indépendance est chargé de l'approvisionnement, la production et la distribution de sérum, la production et la distribution des vaccins à usage humain et vétérinaire et de milieux de culture. Cet établissement contribue à la mise à la disposition en temps opportun des secteurs sanitaires de vaccins notamment durant les périodes et conjonctures épidémiologiques.

Le 21 juin 1971 par ordonnance N° 71-45 IPA fut érigé en établissement d'utilité publique sans but lucratif.

La mission qui lui est dévolue entre 1971 et 1986 : c'est la recherche et la référence dans les domaines de la microbiologie, la parasitologie et l'immunologie, la production et la distribution de sérums et vaccins à usage humain, la formation du personnel scientifique et technique dans ses domaines d'activité.

Le décret du 21 Juillet 1998 modifie et complète cette mission :

- protection de la santé publique, contrôle épidémiologique, maladies infectieuses et parasitaires (sida, grippe, tuberculose, paludisme, choléra ....)
- la participation aux grands programmes internationaux ou régionaux
- La formation du personnel scientifique (biologistes, chercheurs techniciens dans la santé publique)

#### Activité :

Production industrielle :

IPA fabrique des produits biologiques : Le vaccin antirabique, le vaccin antiphoidique .Le sérum antiscorpionique, le sérum antivipérien. Ainsi que des vaccins à usage vétérinaire (vaccin anti -charbon ...)

Les milieux de culture et les réactifs de diagnostic.

Il importe et commercialise les vaccins du programme élargi de vaccination Antipoliomelite antirougeoleux, BCG, antiépathique, le sérum antitétanique (préventif)

Les allergènes (DTP) et pollens de graminées, les réactifs. Ces produits sont vendus aux S/S Aux hôpitaux, aux pharmaciens, et aux particuliers .

#### Structures :

- Le siège de l'IPA se trouve à Alger centre.
- L'annexe de Kouba a pour mission le contrôle des vaccins et du sérum .
- L'annexe de Kouba recherche en microbiologie vétérinaire
- Oued kniss : produit le diagnostic de la tuberculose .

Sites régionaux : l'antenne D'Oran

: De Constantine

: MSILA (recherche sur le scorpion)

IPA a douze (12) services et laboratoires au centre et deux (2) laboratoires de qualité et deux centres médicaux au Hamma l'un pour les vaccins et le second pour la médecine du travail

Le ministre de la santé a précisé au mois d'Octobre 2007 que l'Algérie a consacré cent (100) milliards de centimes pour les programmes de vaccination

En précisant que la couverture vaccinale contre la méningite coûte 70 milliards de centimes pour le programme de l'année 2008

D'autres priorités existaient telle que la lutte contre la rougeole.

Par la même occasion le ministre de la santé a annoncé la réalisation de trois grands hôpitaux d'une capacité de 240 lits à Draria, Ouled Fayet et Baraki ainsi que la création de trois maternités. Nous remarquerons que tous ces projets concernent le centre

L'élargissement du réseau des centres anti-cancéreux dont cinq (5) sont encore en réalisation et sept (7) sont inscrits dans le cadre de la loi de finance.

Le secteur de la santé a prévu la réalisation d'un institut du cœur pour les soins de haut niveau, pour l'enseignement et la recherche ainsi qu'un hôpital pédiatrique de référence.

Pour ce qui est de la formation pour la rentrée 2007/2008 on dénombre des promotions de 5000 personnes.

Des statistiques ont été communiquées. Nous avons 1/praticien de la santé pour 597 habitants à titre de comparaison : la France a 1 /praticien pour 294habitants

### **3.4.2/ 3- les facultés des sciences médicales**

Il existe dix (10) facultés de médecine en Algérie, toutes situées au nord du pays. Les quatre plus importantes (Alger, Oran, Annaba, Constantine) sont constituées des trois départements (médecine pharmacie et chirurgie dentaire) et assurent le cycle gradué et post-gradué (spécialisation). Les six autres facultés, plus récentes assurent la formation graduée en médecine et dans quelques spécialités médicales. Rares sont celles qui assurent une formation en pharmacie et en chirurgie dentaire. Pour la formation post-graduée, la faculté de médecine d'Alger a une vocation nationale.

Les études médicales sont sanctionnées par la délivrance d'un diplôme d'État de docteur en médecine obligatoire pour l'exercice de la profession. L'accès à la post graduation se fait par voie de concours ouvert également aux médecins étrangers ayant obtenu une équivalence de leur diplôme.

### **3.4.2/ 4 La faculté de médecine d'Alger**

Très ancienne sa création remonte à 1879. En 1886 -1887 le nombre d'inscription était de 278 étudiants

A partir de l'indépendance en 1962 elle va connaître un développement accéléré ponctué par la réforme de l'enseignement supérieur en 1971 .Actuellement les effectifs d'étudiants dépassent les 10 .000 .

Nombre d'inscrits en post graduation année 2001-2002 : 2398 postes dont 264 pour l'anesthésie –réanimation, 213 gynéco- obstétrique  
Effectif en graduation 1ere année- 7ème année : total de 8663

### **3.4.2/ 5- Les établissements de formation paramédicale :**

Les écoles de formation paramédicale sont au nombre de 34 à travers le territoire national dont la capacité totale de formation annuelle est de 10000 pour l'année 2004. Les annexes sont au nombre de trois (3 ) on y a formé 680 paramédicaux. Pour avoir une idée de la capacité d'accueil de ces écoles prenons comme exemple l'école de Tizi Ouzou qui est de 650 postes .

#### **- École nationale de santé publique : ENSP**

L'école nationale de santé publique a été créée en 1989 et dont le siège se trouve à El Marsa (ex Jean Bart)

ENSP est un établissement public à caractère administratif le décret 04-73 du 04 Mars 2004 portant réaménagement de son statut particulier elle est placée sous la tutelle du MSPRH

L'ex : ITSP : institut de technologie de la santé publique a formé 740 techniciens de la santé en 2004

La mission de cette école se résume comme suit : Elle est chargée

- D'assurer une formation initiale spécialisée dans les différentes disciplines de la gestion de service de santé.
- D'entreprendre des actions de recyclage et de perfectionnement au profit des professionnels de santé.
- D'entreprendre et de participer au développement de la recherche scientifique, technique et la gestion des structures de santé.
- De réaliser des études et des publications en rapport avec la gestion des établissements et structures sanitaires.
- De participer à la vulgarisation des techniques modernes de gestion.
- D'établir des relations d'échange et de coopération avec les organismes nationaux ou étrangers exerçant dans le même domaine d'activité.

Si nous prenons une école au hasard, par exemple celle de Tizi -Ouzou a une capacité de formation de 650 places.

#### **Institut national de santé publique : INSP**

Le nouveau décret portant réorganisation le l'INSP a été promulgué le 2 janvier 1993 faisant de l'INSP un établissement public à caractère administratif , doté de la personnalité morale de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du

ministère de la santé et ayant pour objet de réaliser des travaux d'étude et de recherche en santé publique et techniques nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et de promotion de la santé publique et à leur coordination intra intersectorielle.

Pour saisir les missions de l'INSP il faut examiner son organisation et plus particulièrement les départements scientifiques :

a) Le département de l'information sanitaire :

Son rôle essentiel est l'étude de la santé de la population. A cet effet, il a pour mission de recueillir, traiter et diffuser des données à partir des rapports d'activités, des déclarations des structures de santé ou à la suite d'enquête épidémiologiques<sup>3</sup> il constitue le véritable tableau de bord du ministère en lui indiquant les problèmes de santé prévalents dans le pays, leur répartition à travers le territoire national et les catégories de population affectées.

Le département a pour tâche d'élaborer avec les concernés les supports d'information, d'en proposer les circuits, d'assurer la rétro information et d'évaluer le système d'information.

b) Le département contrôle des maladies :

Il élabore et développe en relation avec les services concernés et les comités médicaux nationaux, les programmes de lutte et de prévention contre les maladies et évalue leur efficacité. Il étudie les stratégies de prévention et de lutte utilisées et leur adaptation à notre pays à partir d'évaluation sur le terrain (acceptabilité par la population et les professionnels de la santé, meilleur avantage coût efficacité). Ceci concerne les maladies transmissibles, les accidents, mais aussi les phénomènes émergents nouveaux.

c) Le département protection et promotion de la santé :

Il a pour mission de développer l'information du public sur les moyens de préserver sa santé .il initie en relation avec les services concernés les recommandations concernant les conditions d'alimentation , d'habitat, et d'environnement en général pour la préservation et la promotion de la santé de la population. Il étudie les facteurs ayant un impact sur la santé des populations, et il élabore des programmes de communication.

d) Le département de méthodologie :

Il est chargé d'entreprendre et de réaliser les études et travaux concernant la recherche en santé publique dans tous les aspects, et ce en relation avec les concernés .En outre, il est chargé de développer l'outil méthodologique, l'initiation à la recherche et intervention dans l'aide à la planification sanitaire.

*L'échelon régional : « l'observatoire régional de la santé (ORS) »*

Ils sont au nombre de cinq, Alger, Oran, Bechar, et Ouargla. Les ORS sont des annexes de l'INSP, telle que définies dans l'arrêté. Les missions des ORS découlent des missions de l'INSP, telles que définies dans le décret exécutif, lesquelles missions doivent être adaptées à la situation de la région sanitaire :

\*en matière d'information sanitaire et de protection de la santé.

\*en matière de lutte contre la maladie

\*en matière de protection et de promotion de la santé.

\*en matière de formation et de recherche en santé publique.

Par ailleurs, l'INSP abrite :

-les comités médicaux nationaux dont il assure le secrétariat permanent.

-le bureau de liaison de l'OMS.

### **3.4.2/6- Centre anti-poison**

C'est une structure relativement récente dans le paysage médical sa fonction traditionnelle est de fournir des avis de spécialisés sur les intoxications. Ce rôle a évolué pour en faire actuellement un véritable observatoire de toxicologie.

### **3.4.2/7- Centre national de toxicologie : CNT**

-recherche, identification et dosage des substances toxiques.

-analyse et expertise toxicologique.

-urgence toxicologique.

-toxicologie lie à la thérapeutique.

-toxicologie professionnelle.

-expertise médico-légale.

-toxicologie environnementale aide au diagnostic c'est au conseil thérapeutique.

-fichier de structure toxique.

-évaluation des produits potentiellement toxiques.

-développement et mise au point de technique de dévaluation.

-normalisation.

### **3.4.2/7 - Agence nationale du sang : (ANS)**

L'agence nationale du sang (ANS) est un établissement public à caractère administratif à vocation scientifique et technique créé le 9 Avril 1995 en application du décret exécutif n° 95-108 et placé sous la tutelle du ministère de la santé .

-Elle a pour principale mission l'élaboration et le suivi de la mise en œuvre d'une politique nationale du sang en particulier l'organisation de la transfusion sanguine , l'élaboration des règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et des normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés,



-L'établissement de la nomenclature des réactifs, des consommables et des équipements ainsi que les techniques utilisables et la proposition des tarifs de cession, la centralisation de l'information en matière de sang et de ses dérivés aux fins d'évaluation, la promotion des activités de fractionnement et des biotechniques et la fabrication des réactifs utilisés ainsi que la formation et la recherche dans le domaine de la transfusion sanguine.

-Il ne faut pas oublier le rôle de l'agence dans le domaine du don de sang en collaboration avec la fédération Algérienne des donneurs de sang.

L'agence est administrée par un conseil d'administration. Elle est également dotée d'un conseil scientifique chargé de donner des avis sur les questions médicales, scientifiques et techniques en rapport avec les missions de l'agence  
Parmi les objectifs de l'ANS :

-La bonne organisation des structures de transfusion sanguine et la coordination entre celle-ci au niveau national

-collecte du sang exclusivement chez des donneurs volontaires sélectionnés dans des groupes de population à faible risque.

- Le système qualité qui doit recouvrir l'ensemble des activités depuis le choix des donneurs jusqu'à l'utilisation optimale de chaque produit.

#### **3.4.3/1- Les associations sous tutelle du ministère de la santé :**

Ce sont :

1-association algérienne pour la lutte contre le tabagisme (AALCT).

2-association des porteurs de prothèses artificielles cardiaques. (LAAR).

3-association el fadjr d'aide aux personnes atteintes du cancer (AEFDPAC).

4-association des maladies cardiaques et opérées du cœur.

5-association nationales des asthmatiques et insuffisants respiratoire (ANAIR).

6-association pour l'information sur les drogues et le sida (ex ligue algérienne de lutte contre les toxicomanies. (AIDS).

7-association algérienne les malades atteints de l'allergie au gluten.

8-association des stomisés d'Algérie. (ASA)

9-association nationale de lutte anti-tabagisme (ANLAT).

10-association nationale d'aide aux hypertendus. (AAHWA).

11-association algérienne de solidarité aux malades respiratoire (AASMA.).

12-association d'entraide aux malades épileptiques (AMAL).

13-association algérienne d'aides aux insuffisant rénaux. (AAIR).

### **3.4.3/2 - organisations syndicales du secteur de la santé :**

Il s'agit de :

-syndicat national des professeurs et docents en sciences médicales (SNPDSM)

-Syndicat national des maîtres assistants en sciences médicales. (SNMASM).

-syndicat national des chirurgiens dentistes (SNCD).

-syndicats nationaux des gestionnaires de la santé (SNGS).

-syndicat national des praticiens de la santé publique (SNPSP)

-syndicat des gestionnaires de la santé (SGS)

-syndicat autonome des gestionnaires des établissements de santé publique (SAGESP)

-syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SAIP)

-syndicat national des pharmaciens SNAPO

-Fédération nationale des travailleurs de la santé (FNTS)

-Fédération nationale des praticiens privés (FNPP)

-Fédération nationale des praticiens spécialistes de santé publique (FNPPSSP)

-Union nationale des opérateurs pharmaciens UNOP

-Syndicat national des professeurs d'enseignement paramédical (SNPEPM)

-Syndicat national des médecins généralistes (SNMGSP)

### **3.4.3/3- sections ordinales nationales :**

Sont au nombre de trois (3)

- section ordinale nationale des médecins

- section ordinale nationale des chirurgiens –dentistes

-section ordinale nationale des pharmaciens

### **3.4.3/4 Sections ordinales régionales :**

Sont au nombre de douze (12) dont celles d'Alger, Annaba, Batna, Bechar, Blida, Clef, Constantine, Ghardaïa, Oran, Sétif, Tizi-Ouzou, Tlemcen

*Le conseil de l'ordre :*

Est constitué du :

- Conseil national de déontologie médicale
  
- Sections ordinales nationales des médecins, des chirurgiens dentistes, et pharmaciens
  
- Conseil régional de déontologie des médecins, chirurgien dentiste
- Les comités médicaux nationaux : intersectoriels et sectoriels

### Fédérations algériennes de la santé

- Fédération Algérienne des associations de diabétiques FAAD
- Fédération des Associations des handicapés moteurs FAHM
- Fédération Algérienne des hypertendus FAA

### Sociétés scientifiques ou savantes :

- Société Algérienne des paramédicaux crée le 8 Août 2006
- Société de psychiatrie Algéro -française
- Société de médecine interne
- Société de pneumo-phtisiologie
- Société de pathologie 2000
- Société de Chirurgie SAC
- Société de chirurgie pédiatrique
- société de dermatologie
- Société d'endocrinologie et métabolisme
- Société de neurochirurgie
- Société d'oncologie pédiatrique
- société d'évaluation et du traitement de la douleur
- Association pour le développement de la recherche des maladies neurogénétiques (ADMNRG)

En 1963 la société de chirurgie a été créée depuis, plusieurs autres sociétés de chirurgies ont vu le jour (pédiatrique, urologique. Certaines sont très actives. Contrairement l'audience de la société de chirurgie diminue. Mais d'autres sociétés font le plein. Ce sont des problèmes de gestion qui se posent.

### Société de psychiatrie Algérienne :

Le désir des psychiatres à former une société remonte à l'année 1969. Le professeur Ben Miloud et d'autres présidents ont succédé au Dr Boucebci et professeur Bensmail.

La SAP actuelle a été créée officiellement le 29 Avril 1998 par le professeur Farid Kacha et Abderhmane Belaïd et a reçu l'agrément le 02 Octobre 2001

Les missions : de faciliter l'échange entre les professionnels et promouvoir le développement scientifique à travers l'organisation de rencontres afin de contribuer à l'effort de formation et de recherche dans le domaine de la santé mentale.

Répondre à chaque fois que cela est possible, aux besoins de ses membres dans tous les domaines professionnels telle est sa mission

### Laboratoire de bio- statistiques :

Est localisé à la faculté de médecine d'Oran. Il a été créé en 1990 par arrêté conjoint du ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur et de la recherche Scientifique puis élevé au rang de service hospitalier universitaire par arrêté conjoint des deux mêmes ministères en 1996 .

Sa mission : est une mission d'enseignement, de santé et de recherche en biologie.

### SAMU :

Le SAMU Algérien actuellement est réduit à un numéro vert, deux ailes utilisées comme centre de transit dans le centre d'hébergement des personnes âgées de Delly Brahim.

LE SAMU a comme parc de véhicules à sa disposition deux fourgons de type Toyota pour réaliser le projet de ce qui est appelé le SAMU social.

Il n'est pas encore adapté au travail accompli par les SAMU sociaux des pays développés, manque de moyens, de personnel qualifié. Le projet est en voie de réalisation par le SAMU international pour l'accueil des personnes nécessiteuses et surtout les héberger et leur fournir les soins médicaux et psychologiques quand c'est nécessaire pour analyser les données statistiques concernant les personnes, leur origine et surtout les raisons qui les ont menées à cette situation.

Un numéro vert est insuffisant Il faut assurer la prise en charge des personnes en détresse Il n'y a pas de centre d'accueil pour ces SDF.

Notons que deux centres d'hébergement sont en cours de réalisation un à Boumerdès et un autre à Ain Témouchent. Est-ce que cela suffira t'il pour héberger 120 000 SDF ? Chiffre rapporté par Monsieur le ministre de la solidarité en 2005, en l'occurrence Monsieur Ould Abés

## Évolution des Infrastructures sanitaires

**Tableau n°1: Infrastructures sanitaires 1974 à 1990**

infrastructures	1974	1978	1982	1986	1990
hôpitaux	143	183	196	238	284
C. de santé	558	664	820	1025	1309
polycliniques	106	162	228	359	510
salle-soins	1402	1364	1660	2574	3344
nbre de lits	43404	45168	45830	52898	60124
maternités	50	54	...	...	475

Source :ONS

**Tableau n°2 Infrastructures sanitaires 1991-2002**

Infrastructures	1991	1995	1999	2001	2002
hôpitaux	263	251	261	275	372
dont :-secteur sanitaires	191	202	217	230	227
CHU unités	53	28	13	13	13
EHS	19	21	31	32	32
Centre de santé	1112	1152	1185	1268	1281
polyclinique	445	471	482	504	513
Salles de soins	3618	4174	3851	4100	4228
nombre de lits d'hôpitaux	52728	54213	54170	54869	55233
Maternités ++	474	489	437	442	403
Agences pharmaceutiques	2954	4429	5299	5800	6046
dont état	1018	1017	994	1022	1051
privé	1936	3312	4305	4778	4995
Centre médico-sociaux CMS	582	716	448	564	563
Centre CTS	38	...	...	...	...
Laboratoires d'hygiène de W	38	38	48	48	48

Source:ONS

## Présentation de statistiques concernant les moyens de la santé

Parmi les moyens de la santé nous citerons les moyens d'infrastructures , les capacités d'accueil de ces infrastructures ( nombre de lits ) voir tableau n°3

Les effectifs des personnels médicaux (tableau n°4 )des paramédicaux tableau n°5 et des administratifs ( tableau n°6 )

### Tableau n°3 : Infrastructures (2004)

<i>Infrastructure</i>	<i>nombre</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>divers</i>
<b>CHU</b>	13	13262	22%
<b>EHS</b>	32	6222	10,58%
<b>CMS</b>	599		
<b>Agences pharmaceutiques publ</b>	1054		
<b>Labo d'hygiène de wilaya</b>	46		
<b>Ecole de formation paraméd</b>	34	Nbre formé 10 000	Total
<b>Annexes</b>	3	680	11420
<b>ENSP</b>	1	740	
<b>Infrastructure: cabinet spécialiste</b>	4844		
<b><u>privées</u> cabinet généraliste</b>	6068		
<b>cabinet dentaire</b>	3920		
<b>Officine pharma</b>	5857		
<b>Cabinet de groupe</b>	204		
<b>Cliniques médicales</b>	19		
<b>Cliniques médico- chirurgicales</b>	134		
<b>Clinique de diagnostique</b>	10		
<b>Centre d'hémodialyse</b>	49		
<b>Hôpitaux en cours de réalisation</b>	7	Capacité 120-240 lits Totale : 934	
<b><u>Secteurs sanitaires :</u></b>	185	Lits tech : 39322	67,42%
<b>Structure d'hospitalisation</b>	231	Lits organisés 37281	Total :
<b>polycliniques</b>	512	4 non fonctionnelles	516
<b>centres de santé</b>	1275	15 non fonctionnels	1290
<b>salles de soins</b>	4545	267 non fonctionnelles	

Source : MSPRH

Commentaire du tableau n°3

Nous constatons que les treize (13) CHU occupent 22 % du nombre de lits qui est de 588061 lits ; après la réalisation des sept (7) hôpitaux le nombre sera de 20418 lits avec les lits des EHS qui ont les 10,58% du total des lits organisés. Les secteurs sanitaires occupent le premier rang avec 67,42% avec un nombre de 37281 lits organisés. Nous remarquons que la santé a mis les grands moyens dans la formation puisque la capacité d'accueil des 34 écoles et les 3 annexes est de 11420 postes.

**Tableau n° 4 : Effectif des personnels paramédicaux, administratif et technique**  
**Année 2004**

<i>Effectif des personnels paramédicaux,</i>	<i>nombre</i>	
<b>Corps paramédical :</b>		<b>Formation :</b>
<b>1/secteur sanitaire</b>		<b>Diplômés d'Etat</b>
Diplômés d'Etat	39926	1ere année 178
Brevetés	20681	2 <sup>ème</sup> année 87
Aides paramédicaux	7997	3 <sup>ème</sup> année 112
<b>Total</b>	<b>68604</b>	<b>Total : 377</b>
<b>2/ CHU</b>		<b>Brevetés</b>
Diplômés d'Etat	10632	1ere année 164
Brevetés	2147	2 <sup>ème</sup> année 0
Aides paramédicaux	896	<b>Total : 164</b>
<b>Total</b>	<b>13675</b>	<b>Aides paramédicaux :</b>
<b>3/EHS</b>		1ere année 746
Diplômés d'Etat	3593	2 <sup>ème</sup> année 865
Brevetés	725	<b>Total : 1611</b>
Aides paramédicaux	206	
<b>Total</b>	<b>4524</b>	<b>Annexes des CHU :</b>
<b>4 /DSP</b>		1ere année 173 2 <sup>ème</sup> année
Diplômés d'Etat	378	122
Brevetés	40	<b>Total : 295</b>
Aides paramédicaux	11	
<b>Total</b>	<b>429</b>	
<b>5 / Secteur parapublic</b>		
Diplômés d'Etat	598	
Brevetés	457	
Aides paramédicaux	212	
<b>Total</b>	<b>1267</b>	
<b>Total général</b>	<b>90 946</b>	

Source : MSPRH

### Commentaire du tableau n°4

Concernant le corps paramédical c'est le secteur sanitaire qui occupe le premier rang avec un total de 68604 sur un total de 90946 postes cela donne un taux de 75,43%, les CHU ont un taux de 15,03% avec 13675. Les EHS avec 4524 postes occupe le troisième rang avec un taux d'environ 5% les DSP et le secteur parapublic à eux deux totalisent un nombre de seulement 1696 c'est à dire 4,54

### Tableau N° 5 Personnels administratifs et techniques

#### Année 2004

<i>Personnels administratifs et techniques</i>	
<u>Secteur sanitaire :</u>	
Administratifs	9582
Techniques	1913
Services	28 850
Autres personnels	524
<b>Total :</b>	<b>40 345</b>
<b>CHU</b>	
Administratifs	2690
Techniques	623
Services	9286
Autres personnels	163
<b>Total :</b>	<b>12 599</b>
<b>EHS</b>	
Administratifs	1274
Techniques	301
Services	4035
Autres personnels	96
<b>Total :</b>	<b>5706</b>
<b>DSP</b>	
Administratifs	969
Techniques	130
Services	401
<b>Total :</b>	<b>1 500</b>
<b>Total général</b>	<b>60 150</b>

Source : MSPRH



## Commentaire du tableau n°5

Concernant le personnel administratif et technique le nombre total est de 60150 postes dont 40345 employés par les secteurs sanitaires avec un taux de 67% ; Les CHU emploient 12599 administratifs et techniques avec un taux de 20,94% Les EHS et les DSP totalisent un nombre global de 7206 poste et un taux de 12,06%. Etat global des ressources humaines du système de santé Algérien comprend, toutes catégories confondues, un effectif de 204 064 personnes pour l'année 2004 dont 90 946 paramédicaux avec un taux de 44,56% et 60 150 postes administratifs et techniques avec un taux de 29,47% et le corps médical est de 52968 postes 25,97 %. L'analyse sera complétée par les taux rapportés à la population de l'année 2004.

### 3.5- Financement de la santé :

Le problème qui se pose à la santé Aujourd'hui dans les économies avancées et dans le tiers monde « c'est comment assurer un financement compatible avec les niveaux de soins que l'on veut donner tout en respectant les règles d'une bonne gestion macroéconomique » <sup>(8)</sup>

La problématique du financement de la santé occupe une place essentielle dans les systèmes de santé.

Parallèlement les États et leurs partenaires (caisses d'assurance, associations) attachent une importance croissante aux considérations d'équité dans le financement de la santé et dans l'accès aux soins. Les responsables de la santé sont de plus en plus attentifs au rôle que le financement peut jouer dans l'efficacité des systèmes de santé, selon des schémas variés pouvant combiner financement et production de services publics et privés.

Le financement de la santé ne peut donc plus être dissociés des politiques de développement et des réformes macroéconomiques et sectorielles .En matière de politique de santé il est nécessaire de procéder à des évaluations rigoureuses.

C'est ainsi que le ministre des finances affirme que les dépenses de la santé ont connu un excédent de 100% en cinq ans entre 1999 et 2005.

Sur les 5 milliards de dollars qui sont alloués à ce secteur 65% sont destinés pour les ressources humaines, 20% pour les médicaments ,15% pour les équipements. Ce qui représente 8% du PIB.

Les ressources financières du système de santé proviennent principalement d'assurance sociale, de la fiscalité directe et indirecte et des paiements directs de certaines catégories d'utilisateurs par exemple les ménages.

---

<sup>(8)</sup> Mr lamri Larbi : le système de sécurité sociale en Algérie l'OPU en mars 2004

Le financement doit concerner en priorité : la prévention ,les services de soins de santé de base., la planification familiale ,l'éducation sanitaire .

Nous pouvons affirmer que la réussite du système dépend de l'accord entre le secteur de la santé et la sécurité sociale.

Il faut donc insister sur l'amélioration du système Algérien des assurances.

Si le système d'assurance est en crise, le système de santé ne risque pas de progresser. Le ministre des finances reproche au système de gestion des caisses d'assurance de gérer ces caisses en l'absence de son ministère.

Mais le ministre du travail en poste à la même période Mr Louh indique qu'il faut repenser le système de financement en termes de performance .et affirme que « le système Algérien de sécurité sociale est l'un des meilleurs au monde, il permet de prendre en charge 90% de la population. »<sup>(9)</sup> Cette conclusion n'engage que son auteur.

Concernant les sources de financement nous nous baserons une fois de plus sur les écrits de Mr Lamri (ouvrage sur le système de sécurité sociale en Algérie, OPU, 2004) .

### **3.5.1- Sources de financement :**

Les services de santé sont financés par :

-l'Etat : qui doit garantir la solidarité nationale et la cohésion sociale d'une part et la pérennité de ses prérogatives de puissance publique en matière de planification et de régulation.

-Les organismes d'assurance sociale

-Les départements ministériels concernés par la protection et la promotion de la santé des individus et de la collectivité.

- Des collectivités locales dans le cadre des programmes d'investissements et des programmes de prévention, d'hygiène et d'éducation sanitaire.

- Des associations

- Les bénéficiaires de prestations de santé à l'exception des catégories particulières identifiés par la législation et la réglementation en vigueur (handicapés)

-Les entreprises et les assurances économiques.

Le financement Nous remarquerons que les ressources mobilisées pour du système national de santé ainsi que les utilisations qui en sont faites sont présentées annuellement à l'A P N sous forme « de comptes nationaux de santé »

---

<sup>(9)</sup> Mr Louh ministre du travail en poste Journal la tribune du 15 Juin 2008

### **3 .5.2- Modalités de financement et de la maîtrise des dépenses :**

La rationalisation de l'utilisation des ressources financières exige une maîtrise des dépenses de santé qui se traduit par :

-La maîtrise de l'offre des soins.

-Une stratégie efficiente de recouvrement des coûts par l'actualisation de la nomenclature et de la tarification des actes.

- La définition et la mise en place des outils d'évaluation pour la maîtrise des coûts de santé.

Les deux derniers points soulevés ne sont pas restés lettre morte mais très peu de structures appliquent ces méthodes de gestion.

concernant la principale source de financement du système de santé , au lendemain de l'indépendance l'Algérie héritait d'un système de sécurité sociale comportant onze (11) régimes , soixante et onze (71) organismes de sécurité sociale et onze (11) organismes de retraite complémentaires . Cette diversité a rendu le système complexe dans son fonctionnement et sa gestion.

Ce n'est qu'en 1970 que les mesures d'harmonisation allaient être prises. C'est ainsi que le décret n°70- 116 du premier Août 1970 qui a réorganisé la sécurité sociale en créant des caisses d'assurances. Mais à ce système professionnalisé allait lui être substitué un système unifié qui se structure sur la base du risque couvert.

Les rapports du système de santé avec la sécurité sociale sont multiples et variés dont on peut citer les modalités de financement de service de santé publics et privés.

L'ordonnance N°73-65 du 28 Décembre 1973 instituant la médecine gratuite a mis fin à la procédure de paiement et de remboursement par une caisse à laquelle le malade est affilié par une autre procédure de budgétisation des dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé dite de budget global.

En matière de financement l'ordonnance portant gratuité des soins stipule que le financement des établissements publics de santé provient d'une participation de l'Etat (prélèvements fiscaux) et d'une contribution des organismes de sécurité sociale (une partie des prélèvements sociaux fixée annuellement par la loi de finances)

Les structures sanitaires publiques sont organisées en secteurs sanitaires , des CHU et EHS et dotées d'un budget annuel de fonctionnement fixé par la loi de finance .Ce budget comprend deux principales sources : la contribution de l'Etat et la participation de la sécurité sociale sous forme d'un forfait annuel dit « forfait hôpitaux » Cette conception allait être remise en cause suite à une

grave crise socio économique qu'a connu le pays depuis 1985 due à l'effondrement des recettes extérieures étant donné la chute des prix du pétrole .

Le système défini en 1983 a porté essentiellement sur l'unification des multiples régimes en vigueur avant cette date. Cette réforme s'est traduite par une refonte des structures administratives de la totalité et l'institution d'organismes de sécurité sociale spécialisés par grand régime de risques couverts (maladie, invalidité, retraite chômage, congés payés) avec une distinction entre salariés et non salariés) les nombreux régimes ont été unifiés autour de deux caisses : la CNASAT et la CNR.

En 1992 le décret n° 92- 07 1992 consacre la nouvelle organisation avec les actuelles caisses :

- La caisse nationale des assurances sociales (CNAS)
- La caisse des assurances sociales des non salariés (CASNOS)
- La caisse nationale de retraite (CNR)

Ces caisses ne sont pas des administrations publiques mais demeurent soumises à la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Les ressources de la sécurité sociale proviennent des prélèvements sociaux obligatoires

En dix ans le nombre d'assurés est passé de 1,2 millions au début de 1970 à 3 millions en 1984.

La sécurité sociale a engagé un vaste programme d'investissement socio sanitaire au profit des assurés sociaux et leurs ayants droit entre 1967 et 1982 Il s'agit d'infrastructures médico-sociales il s'agit 159 cliniques médico chirurgicales, 212 centres médico -sociaux, six (6 )centres de famille, quinze (15 ) crèches et jardins d'enfants et vingt et un (21) centres spécialisés pour handicapés . Toutes ces infrastructures ont été transférées à l'Etat en 1983.

### **3.5.3-Contribution de la sécurité sociale au financement de la santé :**

Après 1983 la sécurité est devenue un important agent pourvoyeur de la santé. Elle est de plus en plus impliquée dans le financement surtout après 1985 après la diminution des recettes des hydrocarbures.

Cette débudgétisation de la santé (financement par prélèvements sociaux et de moins en moins par prélèvements fiscaux. Nous avons cité le programme d'investissement sanitaire. Du rôle de l'épargnant institutionnel elle est passée au rôle de « financeur » ce qui s'est traduit par une intense mobilisation de ses ressources pour financer les prestations de santé.

Ce processus a provoqué le tarissement de ses ressources et menace gravement les équilibres financiers de cette institution.

C'ainsi que les déficits apparus à partir de 1990, ont tendance à se maintenir et revêtent un caractère structurel.

Au cours de la conférence de la sécurité sociale tenue en Mai 2000 les responsables font état d'un chiffre de 6 000 bénéficiaires directs et en ajoutant leurs ayants droit .Cela donne un chiffre de 24 millions de personnes sur une population résidente de 30 millions d'habitants (taux de couverture de 80%)

-Les bénéficiaires sont les salariés.<sup>(10)</sup>

-les catégories particulières (anciens moujahids, handicapés, étudiants)

-les ayants droit (le conjoint qui ne travaille pas, les enfants)

- Des spécialistes de la santé ont reconnu que le système a connu et connaît encore des dysfonctionnements et des contraintes qui ont réduit la portée de l'action sanitaire et son efficacité ce qui a pour conséquence l'insatisfaction des usagers (les malades) et des bailleurs de fonds comme l'Etat et la sécurité sociale ainsi et les Professionnels de la santé.

-Une centralisation excessive du niveau décisionnel bloque l'initiative à l'échelle locale et au niveau des établissements de santé.

Des analystes soulignent l'insuffisance et l'inadaptation du financement et de la répartition des ressources financières. Les sommes affectées au secteur de la santé ont été réduites ces dix dernières années, alors que les besoins des populations étaient en progression vu les transitions démographiques et épidémiologiques.

A ces données il faut rajouter la précarité liée à la situation socio-économique .Notons que l'évaluation des activités et des coûts étaient pratiquement inexistantes. Lors de notre enquête à Rouïba ce travail a commencé à se faire et des prix de certains actes et le coût de la journée ont été affichés.

L'inadaptation des statuts des professions de santé, en termes de rémunération, de progression dans la carrière ajoutée à la dégradation des conditions de travail sont à l'origine d'un taux d'absentéisme élevé et d'une grande démobilisation dans les structures publiques de santé.

-l'état des équipements marqué par un fort taux d'immobilisation (30%), et ce pour des raisons multiples comme l'obsolescence, la sur utilisation.

### **3.6 - Système sanitaire Algérien actuel :**

La carte sanitaire du pays actuellement en vigueur a été réorganisée. Une nouvelle carte est déjà mise en place.

---

<sup>(10)</sup> Remarque : les chiffres rapportés ont été extraits de l'ouvrage intitulé le système de sécurité sociale en Algérie par Mr Lamri Larbi publié par L'OPU EN MARS 2004

Elle est consacrée par le décret exécutif n° 7 140 du 19 Mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP)

Il s'agit de la séparation des structures extra hospitalières (polycliniques) des structures d'hospitalisation. Le ministre de la santé a présenté la carte sanitaire comme « ayant pour objectif de délimiter les responsabilités »

Elle permet une meilleure hiérarchisation des soins

*Les EPH* se consacreront donc essentiellement aux activités curatives et à l'hospitalisation. Ils sont constitués d'une structure de suivi, d'hospitalisation et de réadaptation médicale.

Ils programment et organisent la distribution des soins c'est « l'autonomisation » totale de tout ce qui est soins hospitaliers. Les malades s'adresseront d'abord aux salles de soins et aux polycliniques.

Les EPH auront comme vocation première l'hospitalisation « pendant longtemps les soins de base et de prévention ont été sacrifiés aux soins hospitaliers »

*Les EPSP* constitués de polycliniques et de salles de soins seront pleinement responsables des activités de prévention de soins de base et de proximité, ils assureront les consultations de médecine générale et spécialisées et prendront en charge le plan préventif. Des maladies non transmissibles (MNT). Le patient pourra y trouver la consultation spécialisée sans aller à l'hôpital.

Pour les EPSP l'état assurera la totalité des charges. Au total on dénombre 192 EPH et 257 EPSP.

La nouvelle carte sanitaire telle qu'elle est présentée donne plus d'autonomie aux unités extrahospitalières et contribue à réhabiliter l'unité de base et à rapprocher les soins des populations.

Avec ce changement, les centres de soins disparaissent au profit des polycliniques.

D'après Mr le ministre de la santé la nouvelle carte permettra l'élimination des disparités géographiques particulièrement la région des hauts plateaux et du sud. Pour ces deux régions le ministre a annoncé 2100 médecins spécialistes dont 67% sont des femmes et ont déjà été affectées dans les wilayas intérieures du pays.

Mais le SNPSP (syndicat national des praticiens de la santé publique) dénonce la nouvelle carte sanitaire et prévoit « la fin du système de santé en Algérie car il n'y a pas eu une consultation des différents partenaires »

Le SNPSP s'élève contre la séparation des hôpitaux, des centres de santé ou de la transformation des centres de santé en salles des soins. Les 16 000 praticiens d'après le secrétaire général du syndicat attendent leur statut particulier ainsi

que les réponses concernant les primes de garde qui ne sont que de l'ordre de 700 à 750 DA ainsi que des décisions concernant le problème de logements

### **3.6- 1'organisation et le fonctionnement des EPH et des établissements de santé et de proximité EPSP :**

#### **3.6.1- Organisation :**

Un nouveau dispositif portant organisation pour les établissements hospitaliers publics a été mis en place en application du décret exécutif n° 076 140 DU 19 Mai 2007 portant organisation et fonctionnement des EPH et des établissements publics de santé de proximité.(EPSP ) Ce décret introduit des changements dans le secteur de la santé par le maintien de deux types d'établissements hospitaliers :

- Les établissements publics hospitaliers EPH ;
- Les établissements de soins de proximités (polycliniques et salles de soins) en leur assurant une autonomie financière .Ce sont des établissements à caractère administratif ( EPA ) dotée d'une personnalité morale et placée sous tutelle du wali .

Selon les responsables du MSPRH l'organisation du personnel est déjà entamée ; Toujours d'après la même source cette nouvelle réorganisation répond à un but de l'élimination des disparités géographiques et des écarts entre les wilayas en termes de couverture sanitaire de la population.

Elle prévoit une rationalisation de l'implantation des nouvelles structures de soins spécialisées et de haut niveau.

Il sera donc question de la réorganisation des soins dans les unités autonomes séparant les structures extrahospitalières des structures d'hospitalisation et de consacrer d'une manière nette des unités de prévention et de soins de base.

C'est ainsi que le E PH est doté d'une structure de diagnostic, de soins, d'hospitalisation et de réadaptation médicale couvrant la population d'une ou de plusieurs communes (article 03)

#### **3.6.2 - Mission :**

Le EPH a pour mission de prendre en charge de manière intégrée et hiérarchisée les besoins sanitaires de la population. Il a pour mission :

- D'assurer l'organisation, la programmation de la distribution des soins curatifs, de diagnostic, de réadaptation médicale et d'hospitalisation.
- D'appliquer les programmes nationaux de santé.
- D'assurer l'hygiène, la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- D'assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels des services de santé, l'article 05 du décret précise que le E P H peut servir de terrain de

formation médicale et paramédicale en gestion hospitalière sur la base de convention signée avec les établissements de formation .

L'EPSP, établissement public de santé de proximité a pour mission :

- La prévention et les soins de base.
- Le diagnostic
- Les soins de proximité.
- Les consultations de médecine générale et les consultations spécialisées de base
- Les activités liées à la santé reproductive et la planification familiale.
- La mise en œuvre des programmes nationaux de santé et de population.
- Le PSP doit contribuer à la protection de l'environnement dans les domaines relevant de l'hygiène, de la salubrité et la lutte contre les nuisances et les fléaux sociaux.
- De contribuer au perfectionnement et au recyclage des personnels des services de santé.
- En additif à l'article 8, l'article 9 précise que le EPSP peut servir de terrain de formation paramédicale et gestion hospitalière.
- Les EPH et les EPSP sont placés tous deux sous la tutelle du wali et jouissent d'une autonomie financière.
- Il sont administrés 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 et comprend :

Un représentant de l'administration des finances.

Un représentant des assurances économiques.

Un représentant des organismes de sécurité sociale .

Un représentant de l'APW

Un représentant de l'APC

Un représentant des personnels médicaux élu par ses pairs

Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses pairs Un représentant

Un représentant des associations des usagers de la santé

Un représentant des travailleurs élus en assemblée générale

Tous ses membres sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelable par arrêté du wali sur proposition des autorités et organismes dont ils relèvent.

La mission du conseil d'administration est définie par l'article 14

Il a pour rôle de délibérer sur :

- le plan de développement à CT et MT de l'établissement
- Les comptes prévisionnels
- Les comptes administratifs
- Les Projets d'investissement
- 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 des établissements, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes.
- Le projet de tableau des effectifs
- Le règlement intérieur de l'établissement
- Les acquisitions de bien meubles et immeubles et les baux de location
- L'acceptation ou legs.
- 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 des partages des voix, celle du président est prépondérante.

Les délibérations sont soumises pour approbation au wali dans les huit jours qui suivent la réunion.

#### Le conseil médical

Il est chargé d'étudier et d'émettre un avis médical et technique sur toute question intéressant l'établissement notamment sur :

L'organisation et les relations fonctionnelles entre les services médicaux

- Les projets relatifs aux équipements et aux constructions et réaménagements des services médicaux
- Les programmes de santé et de population
- Les programmes des manifestations scientifiques et techniques
- La création ou la suppression des structures médicales.
- Le conseil médical propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement notamment des services de soins et de prévention.
- Le conseil médical peut être saisi par le directeur de l'établissement public de santé et de proximité (EPSP) de toute question à caractère médical scientifique ou de formation.

-Le conseil médical 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 conseil médical élit en son sein un président et un vice président pour une durée de trois (3) années renouvelables

Le conseil médical ne peut siéger valablement que si la majorité de ses membres est présente

Si le quorum n'est pas atteint le conseil est à nouveau convoqué dans les huit (8) jours qui suivent et ses membres peuvent délibérer quelque soit le nombre des membres présents.

#### Le directeur :

La direction de ces établissements est assurée par des directeurs nommés par arrêté du ministre chargé de la santé. Il est mis fin à leur fonction dans les mêmes formes

L'article vingt définit les missions du premier responsable de l'établissement à ce titre :

Il représente l'établissement et doit veiller au bon fonctionnement de l'établissement :

Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile

Il est ordonnateur de l'établissement.

Il prépare les budgets prévisionnels et établit les comptes de l'établissement.

Il met en œuvre les délibérations du conseil d'administration.

Il établit le rapport annuel d'activité qu'il adresse à l'autorité de tutelle, après approbation du conseil d'administration.

Il passe tout contrat, marchés convention et accords dans le cadre de la réglementation en vigueur

Il exerce le pouvoir hiérarchique sur les personnels placés sous son autorité

Il nomme l'ensemble des personnels à l'exception de ceux pour lesquels un autre mode de nomination est prévu

Le directeur est assisté de quatre (04) sous directeurs chargés respectivement :

-Des finances et des moyens

-Des Ressources humaines

-Des services de santé

-De la maintenance des équipements médicaux et équipements connexes

Les sous directeurs sont nommés par arrêté ministériel (ministre de la santé)

L'organisation interne ainsi que le classement des deux établissements les EPH et les EPSP sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé , des finances et de l'autorité chargée de la fonction publique

#### Dispositions financières :

Le budget des EPH et des EPSP comporte un titre de recettes et un titre de dépenses

Les recettes comprennent :

Les subventions de l'Etat

Les subventions des collectivités locales

Les recettes issues de la contractualisation avec les organismes de la sécurité sociale au titre de soins prodigués aux assurés sociaux et à leurs ayants droit ,les mutuelles, les entreprises et les établissements de formation.

- Les dotations exceptionnelles
- Les dons et les legs
- Les recettes diverses
- Toutes autres liées à l'activité de l'établissement.
- Les remboursements des assurances économiques au titre de dommages corporels

Les dépenses

- Les dépenses de fonctionnement
- Les dépenses d'équipement
- Toutes autres dépenses nécessaires à la réalisation de son objet
- Le projet du budget est préparé par le directeur et soumis au conseil d'administration et transmis pour approbation à l'autorité de tutelle.

Notons que les dispositions du décret exécutif n° 07 140 DU 19 Mai 2007 abrogent les dispositions du décret n° 976-466 du 2 Décembre 1997 fixant les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires.

Les EPH sont au nombre de 192 et les EPSP sont au nombre 257

Rappelons que faute de recul sur ce nouveau découpage nous ne ferons aucun commentaire. Si non que les hôpitaux qui servaient de sièges pour ces secteurs sanitaires seront débarrassés des problèmes de gestion administrative et financière. Ces derniers pourront mieux jouer leur rôle ce pour lequel ils sont destinés c'est-à-dire la livraison de soins.

### **3.7-Évolution historique des effectifs des personnels médicaux**

Pour les besoins de l'étude et des recoupements statistiques nous procéderons à une présentation succincte de l'Algérie et un découpage par zone régionale et leur composition.

pour pouvoir montrer l'évolution des effectifs des médecins des pharmaciens et chirurgiens dentistes concernant les années 1997-2004 nous avons agrégé les statistiques données par les annuaires de ces mêmes années qui sont présentée par établissement et par communes. Nous les avons cumulés par wilaya, puis par zone géographique sanitaire. Ces zones sont au nombre de cinq (5) le centre l'Est, l'Ouest, sud Est, sud Ouest. Ces statistiques nous permettront de montrer les disparités régionales entre les zones du nord et celles du Sud.

Ces statistiques sont données par corps c'est-à-dire par profil ou poste : spécialiste, médecins généraliste, et sont organisées par secteur sanitaire, par établissement et surtout zone sanitaire

*Découpage de l'Algérie en régions :*

Présentation de l'Algérie :

Superficie : 2381741 km<sup>2</sup>

Deuxième pays de l'Afrique, les 4/5 du territoire sont occupés par le Sahara

-Au nord : zones Telliennes et steppiennes : 380 000 km<sup>2</sup>

-Les zones désertiques au sud de l'Atlas Saharien occupe les 5 /6 du territoire national .Pour faciliter l'exploitation des statistiques communiquées par le MSPRH nous procéderons à des agrégations des statistiques données par wilaya , en statistiques par région sanitaire . Les régions se présentent comme suit :

La région centre comprend les wilayates suivantes :

Bejaïa, Blida, Bouira, Tizi-Ouzou, Alger, Djelfa, Médéa, Bordj Bou Areridj  
Boumèrdes, Tipaza, Ain-Defla

La région Est comprend les wilayates suivantes :

O.E. Bouagui , Batna , Tebessa , Jijel , Sétif , Skikda , Annaba , Guelma ,  
Constantine , Msila , El –Tarf , Khenchla .

La région Ouest comprend les wilayates suivantes :

Chlef , Tlemcen , Tiaret , Saida , Sidi belabes , Mostaganem , Mascara , Oran ,  
Tissemsilt , Aïn –Temouchent , Relizane ,

La région sud Est comprend les wilayates suivantes :

Laghouat, Biskra, Tamanrasset, Ouargla, Illizi, El Oued, Ghardai

La région Ouest comprend les wilayates suivantes :

Adrar, Bechar, El Bayadh, Tindouf, Naama

**Présentation de l'évolution de la population Algérienne :** Le tableau 06 nous informe sur l'évolution de la population totale algérienne qui s'élevait à 25 millions en 1990 et 33 millions en 2006 soit une progression de 8 millions dans l'intervalle de 16 années.

Cette population nous servira à vérifier l'évolution des taux de couverture en médecins , en pharmaciens et en chirurgiens dentistes .

**Tableau n°6 : Évolution de la population Algérienne Année : 1990- 2006**

Année	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité	Taux d'accroissement	Populationen (milliers)*
1990	30,94	6,03	2,494	25.022
1991	30,14	6,04	2,410	25.643
1992	30,41	6,09	2 ,432	26.271
1993	28,22	6,25	2,257	26.894
1994	28,24	6,56	2,168	27.496
1995	25,33	6 ,43	1,890	28.060
1996	22 ,91	6, 03	1,688	28.566
1997	22,51	6,12	1 ,639	29.045
1998	20,58	4,87	1,57	29.507
1999	19,82	4,72	1 ,51	29.965
2000	19 ,36	4,59	1,48	30.416
2001	20,03	4,56	1,55	30.879
2002	19,68	4,41	1,53	31.357
2003	20,36	4,55	1,58	31848
2004	20,67	4,36	1,63	32.364
2005	21,36	4,47	1,69	32.906
2006	22,07	4,30	1,78	33.481

**Source :** ONS

**Remarque :** Les indicateurs démographiques sont donnés pour 1000 habitants

Au 1 Janvier 2007 la population est estimée à 33 ,8 millions d'habitants

Au 1 Janvier 2008 la population est estimée à 34,4 millions d'habitants

Pour mieux apprécier le développement du système sanitaire de l'Algérie examinons les ratios et surtout l'évolution du nombre d'habitants par médecin, par chirurgien- dentiste, et pharmacien, et ce sur une période de 32 ans de 1970 à 2002 .

Le tableau n°7 nous renseigne sur le taux de couverture du nombre d'habitants par médecin et ce sur une période de 32 ans ( 1970-2002 )

Le taux de couverture est donné par le document « rétrospective statistique » de 1970 à 2002 ) élaboré par l'office national des statistiques (ONS ) et est calculé sur la base de la population totale algérienne ( tableau n°6) rapporté au nombre total de médecins ( tableau n°7)

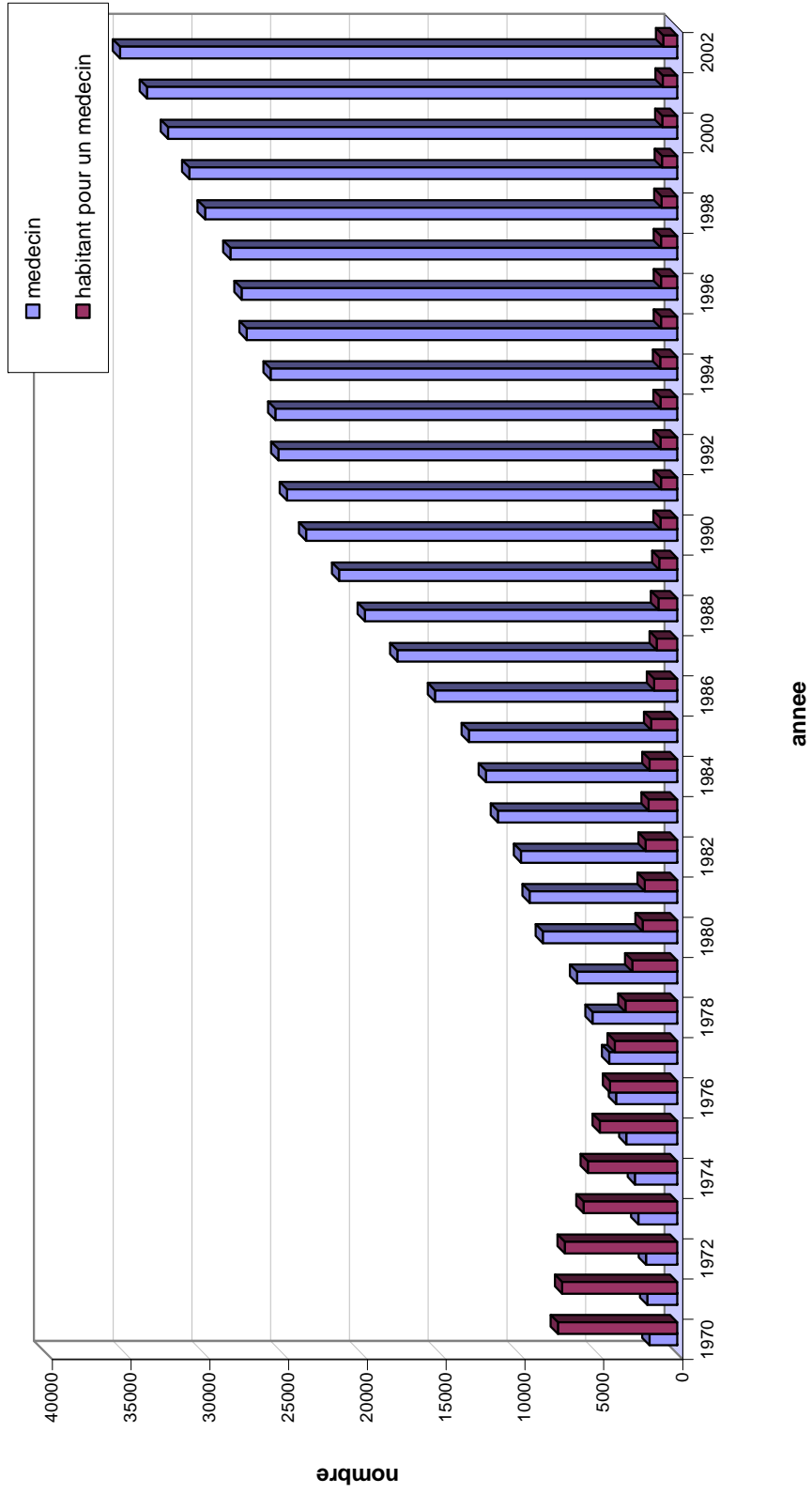
**Tableau n°7 : évolution du nombre de médecins et d'habitants par médecins de 1970 à 2002**

Années	Algériens	Etrangers	Total	Nbre. d'h /med.
1970	611	1149	1760	7562
1971	696	1189	1885	7289
1972	784	1201	1985	7139
1973	1241	1226	2467	5938
1974	1425	1247	2672	5675
1975	1820	1392	3212	4909
1976	2427	1448	3875	4245
1977	3026	1295	4321	3948
1978	3756	1607	5363	3282
1979	4561	1785	6346	2855
1980	6202	2310	8512	2193
1981	6858	2501	9359	2058
1982	7515	2401	9916	2005
1983	8190	3188	11378	1804
1984	9106	3206	12132	1746
1985	11170	2051	13221	1654
1986	13396	1965	15361	1466
1987	15949	1811	17760	1303
1988	18683	1131	19814	1200
1989	20436	1031	21467	1137
1990	22716	834	23550	1063
1991	24323	468	24761	1034
1992	24917	387	25304	1038
1993	25134	357	25491	1055
1994	25685	111	25796	1066
1995			27317	1027
1996			27652	1033
1997			28344	1025
1998			29970	985
1999			30962	968
2000			32332	941
2001			33654	918
2002			35368	887

Source : ONS

observations il s'agit des médecins généralistes, des spécialistes et des résidents

Evolution du nombre de medecins et du nombre d'habitants par medecin de 1970 a 2002



### **Observation**

Le graphe nous montre un histogramme avec un effectif de médecins de plus en plus important pour l'année 1971 le nombre était de 1885 ce qui nous donne un taux de couverture de 7139 d'habitants pour un médecin. Pour l'année 2002 nous avons un effectif de 35368 ce qui donne un taux de couverture de 887 habitants pour un médecin.

L'histogramme nous démontre que les effectifs de médecins et les taux de couverture respectifs du nombre d'habitants par médecins sont inversement proportionnels.



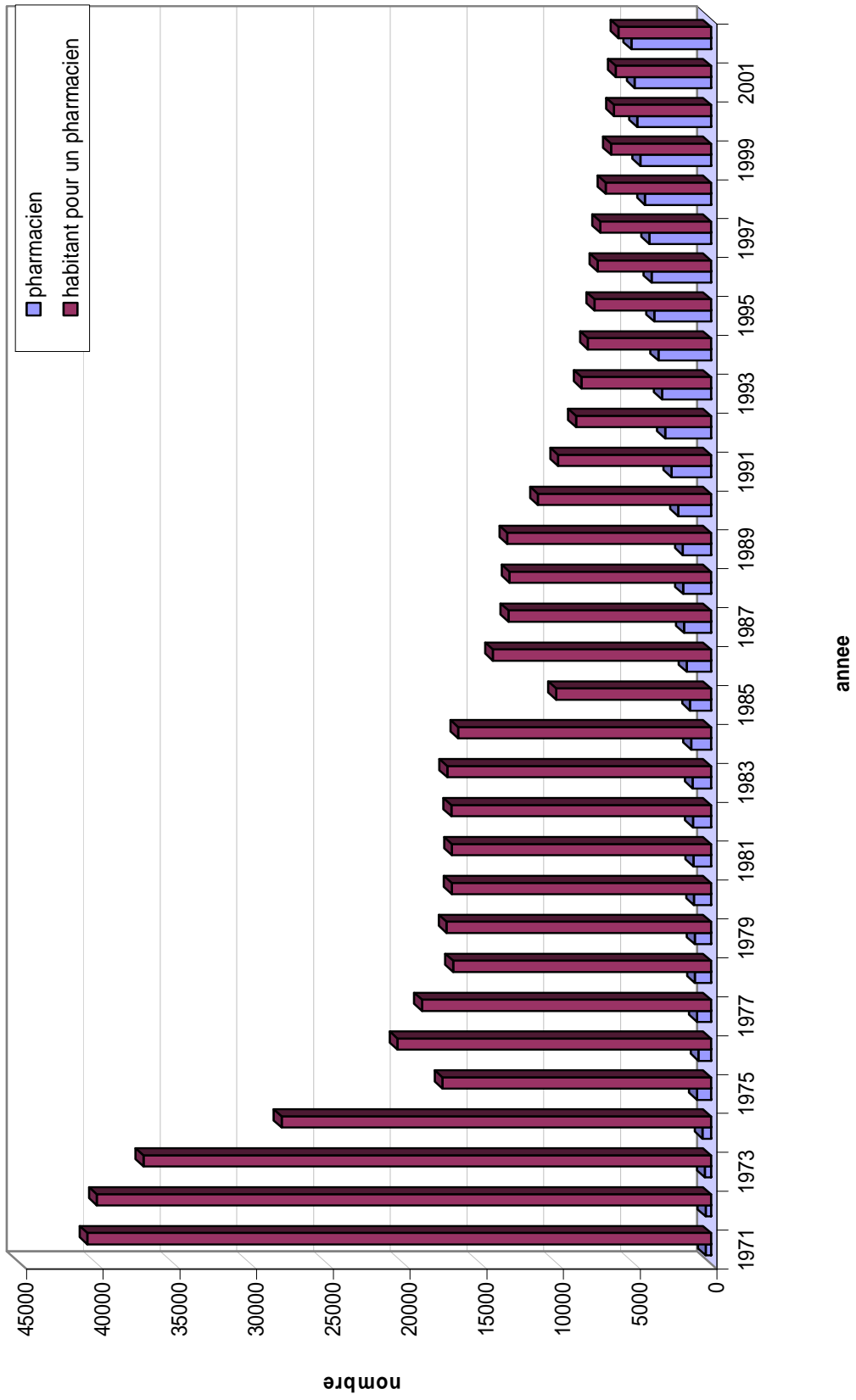
Le tableau 8 : nous renseigne sur le taux de couverture du nombre d'habitants par pharmacien sur une période de trente deux (32 ans) de 1970 à 2002

Le taux de couverture est donné par le document rétrospectives statistiques de 1970 à 2002 élaboré par l'ONS et calculé sur la base de la population totale Algérienne ( tableau n°6 ) rapporté au nombre total de la même année en pharmaciens ( tableau n°8 )

**Tableau n° 8 : Evolution du nombre de pharmaciens et du nombre d'habitants par pharmacien de 1970 à 2002**

Années	Algériens	Étrangers	Total	Nbre. d'h /Ph.
1970	236 *		*	
1971	292	46	338	40648
1972	316	38	354	40031
1973	332	64	396	36992
1974	441	101	542	27978
1975	849	52	901	17501
1976	764	41	805	20435
1977	866	40	906	18828
1978	958	89	1047	16810
1979	1001	50	1051	17240
1980	1035	70	1105	16892
1981	1061	80	1141	16882
1982	1093	82	1175	16922
1983	1130	64	1194	17188
1984	1226	60	1286	16474
1985	1325	34	1359	10088
1986	1576	8	1584	14212
1987	1744	8	1752	13207
1988	1810	1	1811	13133
1989	1836	3	1839	13273
1990	2133	1	2134	11275
1991	2573	2	2575	9958
1992	2982	2	2984	8804
1993	3186	3	3189	8433
1994			3425	8028
1995			3691	7602
1996			3866	7389
1997			4022	7222
1998			4299	6864
1999			4600	6514
2000			4814	6318
2001			4976	6206
2002			5198	6033

Evolution du nombre de pharmaciens et du nombre d'habitants par pharmacien de 1970 a 2002



**Observations:** le calcul du ratio est rapporté à la population en milieu de l'année

Le graphe nous montre un histogramme avec un effectif de pharmaciens de plus en plus important pour l'année 1971 le nombre était de (338) ce qui nous donne un taux de couverture de 40648 pour un pharmacien . Pour l'année 2002 nous avons un effectif de 5198 ce qui donne un taux de couverture de 6033 habitants pour un pharmacien .

L'histogramme nous démontre que les effectifs de pharmaciens et les taux de couverture respectifs du nombre d'habitants par pharmacien sont inversement proportionnels.

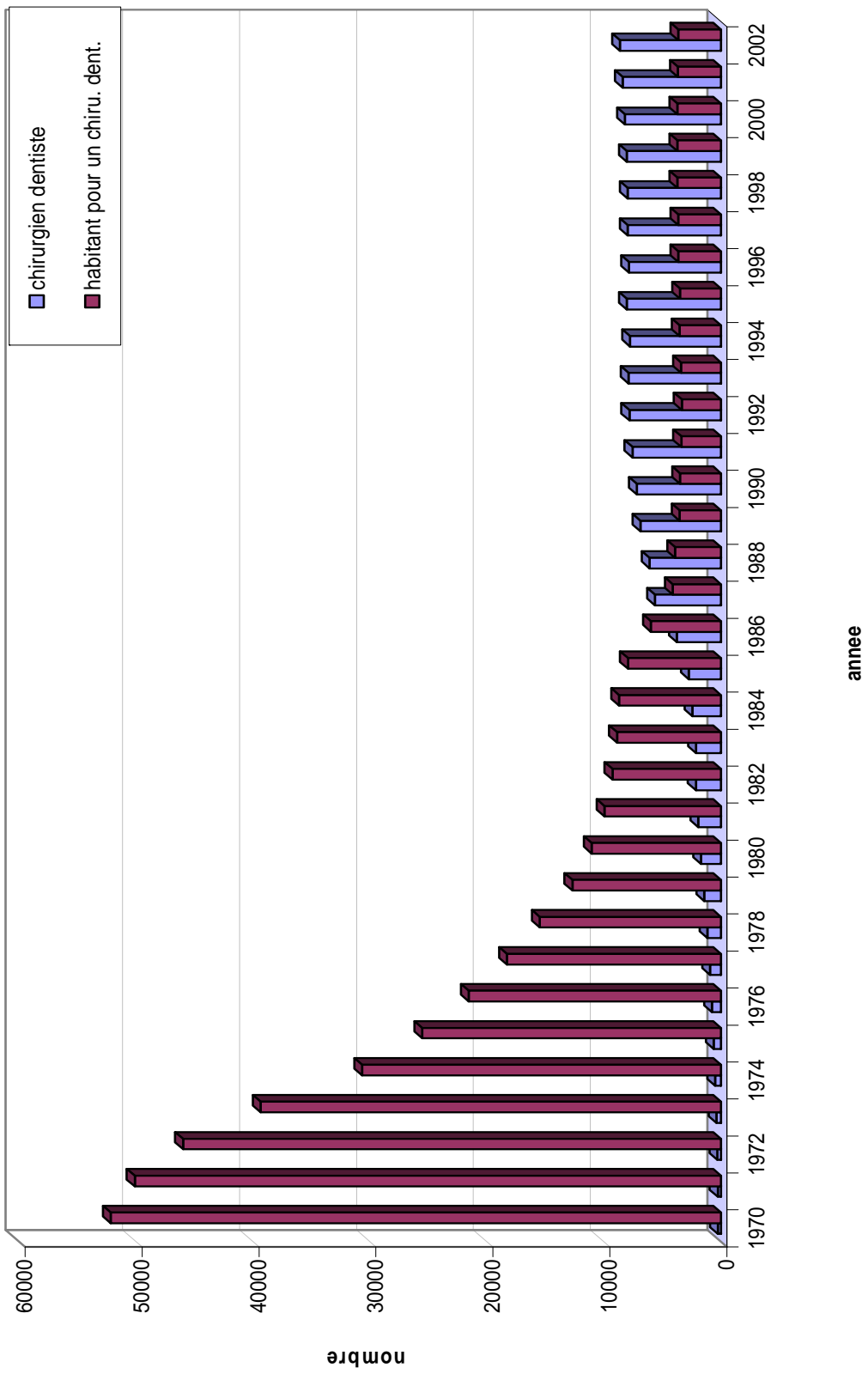
Le tableau 9 : nous renseigne sur le taux de couverture du nombre d'habitants par chirurgien dentiste sur une période de trente deux (32 ans) de 1970 à 2002

Le taux de couverture est donné par le document rétrospectives statistiques de 1970 à 2002 élaboré par l'ONS et calculé sur la base de la population totale Algérienne ( tableau n°6 ) rapporté au nombre total de la même année en pharmaciens ( tableau n°9 )

**Tableau n°9 : Evolution du nombre de chirurgiens dentiste et du nombre d'habitants par dentiste de 1970 à 2002**

Années	Algériens	Etrangers	Total	Nombre d'h/1 chirur.dent
1970	171	84	255	52192
1971	183	91	274	50142
1972	211	97	308	46010
1973	279	93	372	39379
1974	410	84	494	30696
1975	535	82	617	25556
1976	653	90	763	21560
1977	813	120	933	18283
1978	1013	124	1137	15479
1979	1305	121	1426	12706
1980	1577	114	1691	11038
1981	1831	105	1936	9949
1982	1996	148	2144	9274
1983	2171	139	2130	8884
1984	2319	116	2435	8700
1985	2644	106	2750	7950
1986	3735	19	3754	5997
1987	5637	11	5648	4097
1988	6090	7	6097	3901
1989	6884	8	6892	3542
1990	7189	10	7199	3476
1991	7555	8	7563	3391
1992	7824	9	7833	3354
1993	7882	3	7885	3411
1994			7763	3542
1995			8056	3483
1996			7837	3645
1997			7966	3646
1998			7954	3710
1999			8062	3717
2000			8197	3711
2001			8408	3673
2002			8618	3639

Evolution du nombre de chirurgiens dentistes et du nombre d'habitants par dentiste de 1970 a 2002



Le graphe nous montre un histogramme avec un effectif de chirurgiens dentistes de plus en plus important pour l'année 1971 le nombre était de (274) ce qui nous donne un taux de couverture de 50142 habitants pour un chirurgien dentiste . Pour l'année 2002 nous avons un effectif de 8618 ce qui donne un taux de couverture de 3639 habitants pour un chirurgien dentiste .

L'histogramme nous démontre que les effectifs de chirurgiens dentistes et les taux de couverture respectifs du nombre d'habitants par chirurgien dentiste sont inversement proportionnels.

### **3.7.1- Conclusions et commentaires :**

*- L'évolution des ratios de la prise en charge par les médecins, les chirurgiens dentistes et les pharmaciens :*

Nous distinguons la première période de 1963-1972 concernant l'évolution du nombre de médecins et du nombre d'habitants par médecins ; les courbes sont inversement proportionnelles. la même conclusion peut être faite concernant les chirurgiens dentistes et les pharmaciens.

#### Première période: 1963-1972

En 1970 le nombre total de médecins était de 17601 , le nombre d'habitants par médecin était de 7562.

Ce taux s'explique par le fait qu'au l'en de main de l'indépendance le pays ne disposait que de 500 médecins dont la moitié étaient des Algériens.

A ce moment l'espérance de vie de l'algérien n'atteignait pas 50 ans le nombre était trop réduit pour couvrir les 10 millions d'habitants

En 1971 255 dentistes professaient en Algérie ce qui nous donnait un taux de 52192 d'habitants par chirurgien dentiste et 338 pharmaciens ce qui nous donne un taux de 40648 habitants /pharmacien.

#### 2eme période : 1973-1982

Période de l'instauration de la médecine gratuite (janvier 1974)

Réforme des études médicales maîtrise et encadrement des flux d'étudiants en nombre croissant ainsi que du nombre de praticiens toutes spécialités confondues, création des secteurs sanitaires et organisation du système de santé (rattachement des unités de soins gérées par les communes et le para public

-En 1982 le nombre des médecins était de 9916 dont 75,7% sont algériens (7515) et le taux par médecin 2005/par médecin, 2144 chirurgiens dentistes et 9274 H/ch .dentiste et 1175 pharmaciens et un taux de 16922 H/pharmacien

### Troisième période :(1983-1992)

Cette période est caractérisée par : la réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires : hôpitaux généraux, polycliniques et centres de santé en vue d'étendre la couverture sanitaire :

-Création de treize (13 ) CHU avec trois missions : les soins, la formation et la recherche.

-Importance des promotions annuelles issues de la formation.

-En 1992 le nombre de 25304 hab dont 387 étrangers et le taux est 3354 hab./ 1 chirurgien dentiste

Le nombre de pharmaciens est de 2984 et le taux de couverture est de 8804 hab./ pharmacien

### Quatrième période (1993-2002)

Cette période a été marquée : par la décentralisation et la promotion d'un développement sanitaire et un effort de valorisation des ressources humaines par le développement de la formation continue.

En 2002 le nombre de médecins total est de 35368 et le taux est de 900 habitants par médecin, L' effectif des dentistes est de 8618 avec un taux de 3639 habitants/ chirurgien dentiste.

L'effectif 5198 pharmaciens donne un taux de couverture de 6033 h/ Pharmacien

Nous constatons que le taux de couverture par médecin continue d'évoluer, mais l'évolution des chirurgiens- Dentistes et des pharmaciens n'évolue pas à la même allure, celui des dentistes ne s'améliore pas par rapport à celui de l'année 1992.

### *Evolution des effectifs des praticiens du secteur public (secteur sanitaire) :*

Le tableau n°10 est le résultat de calculs agrégés faits à partir de statistiques donnés par profils ou postes médecins généralistes , spécialistes , sont organisés par secteur et par zone sanitaire ces agrégations concernent les années 1990 à titre indicatif l'année 1997,1998, 1999,2000,2001,2002et 2004.L'année 2003 a été laissé de côté n'ayant pas fait l'objet d'édition par le MSPRH. Ces calculs des années citées ont faits l'objet de tableaux détaillés et sont à l'annexe sous les numéros 28,29,30,31,32,33,34,35

**Tableau 10**

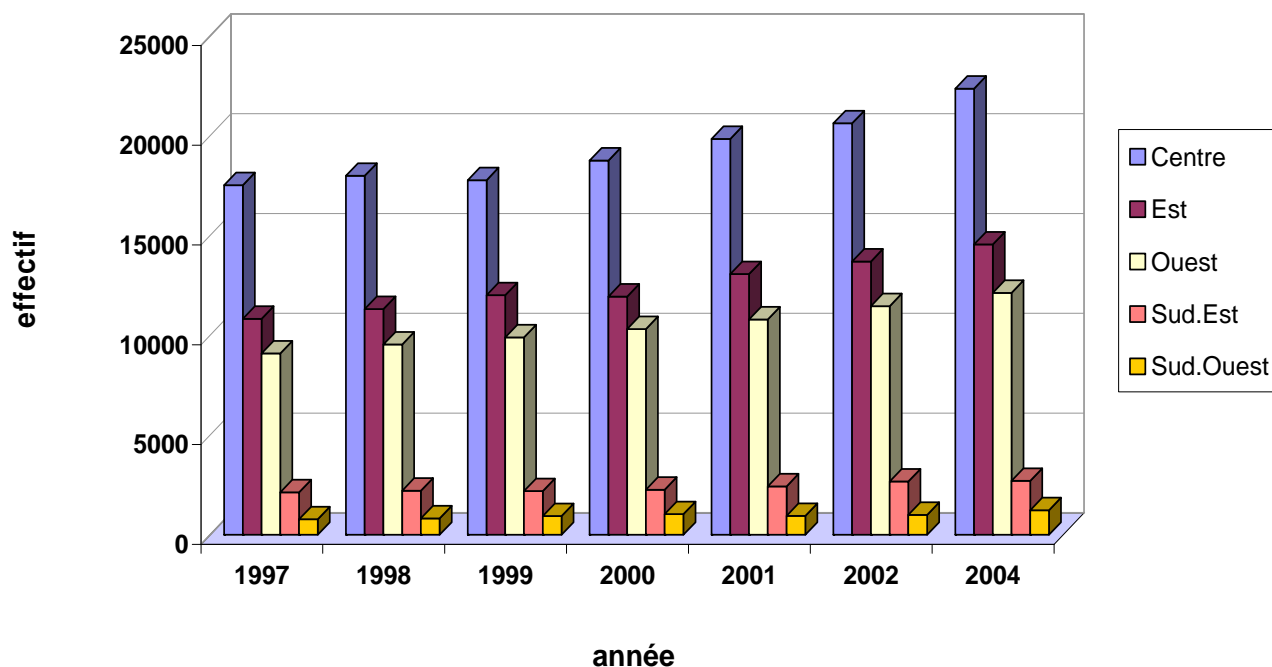
**Corps médical des secteurs sanitaire par région et par année tout corps**

**confondu (Médecins spécialistes, M,généralistes, Chir-dentiste, Pharmaciens)**

Région / Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Centre	6511	7164	6615	7306	7302	7400	7768
Est	4391	4326	4361	4143	4387	4544	4812
Ouest	3977	4057	4081	4186	4349	4254	4590
Sud.Est	1197	1190	1097	1162	1212	1358	1279
Sud.Ouest	557	589	580	679	650	708	724
<b>Total général</b>	<b>16633</b>	<b>17326</b>	<b>16734</b>	<b>17476</b>	<b>17900</b>	<b>18264</b>	<b>19173</b>

Source:annuaires statistiques MSPRH

**Etat global tout secteurs confondus des praticiens**





*Commentaires du tableau de synthèse des praticiens des secteurs sanitaires :*

Intervalle des années de 1997 à 2004 au centre , à l'Est , l'Ouest , le sud Est , le sud Ouest , nous constatons une progression de 15,27% avec une différence d'effectifs totale de 2540 postes

- L'effectif du centre a augmenté de 19,30%
- L'effectif De l'Est a augmenté de 9,58% ce qui représente une différence de 421 postes
- L'effectif De l'Ouest a augmenté de 15,41% ce qui représente une différence de 613 postes
- L'effectif De l'Ouest a augmenté de 6,85% ce qui représente une différence de 82 postes
- L'effectif De l'Ouest a augmenté de 29,98% ce qui représente une différence de 167 postes

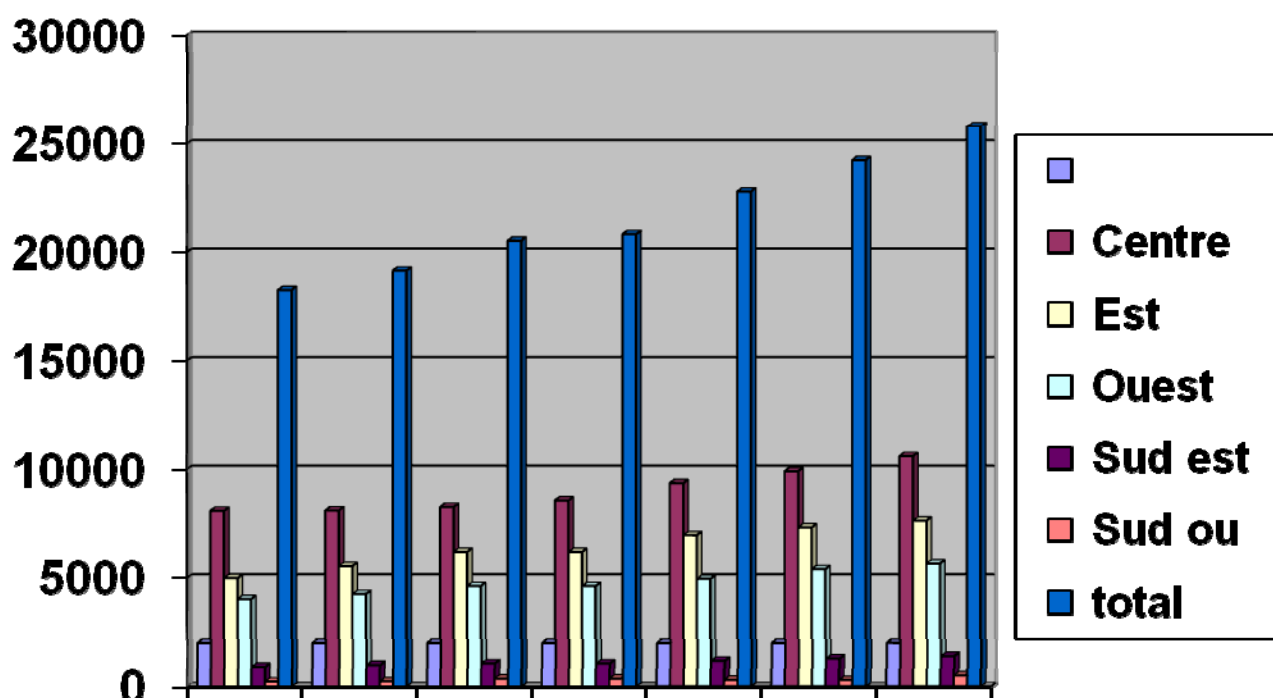
Effectifs des praticiens du secteur privé et public :

*Evolution des effectifs des praticiens du secteur public (secteur sanitaire) :*

Le tableau n°11 est le résultat de calculs agrégés faits à partir de statistiques données par profils ou postes médecins généralistes , spécialistes , sont organisés par établissements(CHU , EHS, DSP , secteur privé, et parapublic et par zone sanitaire ces agrégations concernent les années 1990 à titre indicatif l'année 1997,1998, 1999,2000,2001,2002et 2004.L'année 2003 a été laissé de côté n'ayant pas fait l'objet d'édition par le MSPRH. Ces calculs des années citées ont faits l'objet de tableaux détaillés et sont à l'annexe sous les numéros 36,37,38,39,40,41,42,43 .

**Tableau n°11 Corps médical :Etat global par région Secteur hospitalier ,privé et parapublic**

<b>Année région</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>
<b>Centre</b>	8084	8098	8260	8560	9361	9905	10604
<b>Est</b>	4985	5536	6187	6187	6959	7323	7633
<b>Ouest</b>	4021	4252	4619	4619	4954	5398	5658
<b>Sud est</b>	939	1024	1097	1097	1213	1317	1426
<b>Sud ou</b>	222	236	361	361	302	295	510
<b>total</b>	18251	19146	20524	20824	22789	24238	25831



## **Commentaires :**

Dans l'intervalle 1997-2004, l'effectif total du secteur hospitalier, privé et parapublic est de 7580 ce qui représente un taux de progression de 41,53%

-Au centre la différence est de 2520 ce qui représente un taux de 31,17%

-A L'Est la différence est de 2648 cette progression représente un taux par rapport à l'année 1997 de 53,11%

- A L'Ouest la progression en postes est de 1437 , cette progression représente un taux de 35,73%

-La progression est plus minime dans le sud Est et dans le sud Ouest :

.Sud Est : 487 avec un taux de 51,86%

.Sud Ouest : 288 avec un taux de 129,72

Ces taux nous montrent qu'un grand effort a été fait dans le sud ouest et sud est mais ceci reste insuffisant par rapport aux besoins d'une population en progression continue

Le graphe nous montre une prédominance et une présence très marquée du privé .le centre « rafle » toujours la mise , mais le sud Est et le sud Ouest restent loin derrière le nord Est et le nord Ouest

### Personnel médical hôpitalo- universitaire :

Le tableau n°12 est le résultat de calculs agrégés faits à partir de statistiques donnés par profils ou postes de professeurs ? de docent, de maîtres assistants et de résidents sont organisés par établissements(CHU , EHS, et par zones sanitaires ces agrégations concernent les années 1990 à tire indicatif l'année 1997,1998, 1999,2000,2001,2002et 2004.L'année 2003 a été laissée de côté n'ayant pas fait l'objet d'édition par le MSPRH. Ces calculs des années citées ont faits l'objet de tableaux détaillés et sont à l'annexe sous les numéros 44,45,46,47,48,49,50,51

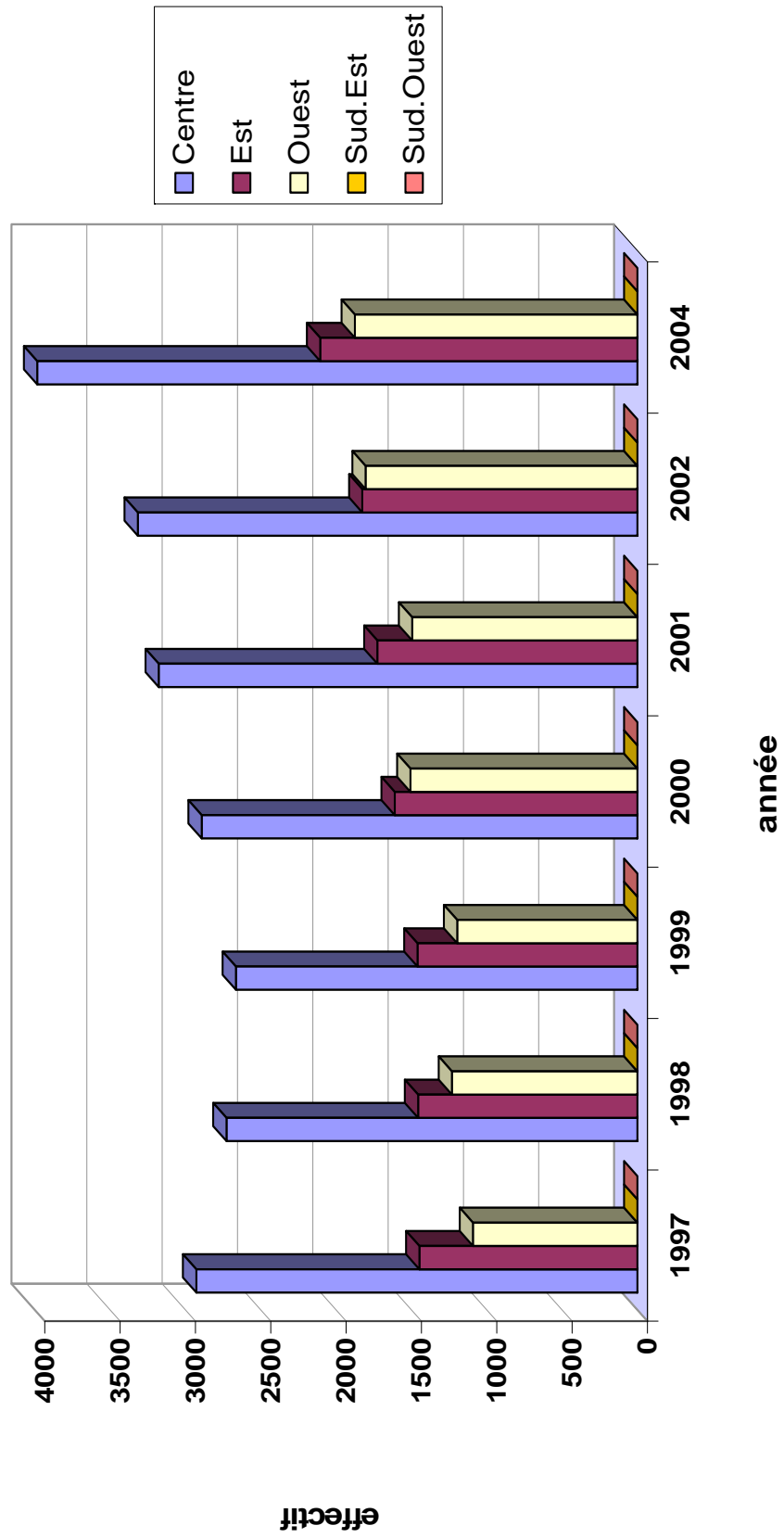
La lecture des schémas nous démontre une prédominance du privé dans la zone centre se retrouve dans le tableau et le graphe représentant le personnel hospitalo- universitaire suivi par le nord Est et le nord Ouest. Puisque ce corps est inexistant au sud Est et sud Ouest à cause de l'absence des CHU et des EHS dans le sud .

La progression entre 1997 et 2004 n'est que de 2498 soit un taux de progression de 45,70%

**Tableau n°12: Evolution du corps médical hospitalo-universitaire année 1997 – 2004**

Région	Etablissement	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Centre	CHU	2363	1962	1936	2085	2297	2416	2891
	EHS	565	765	729	807	880	900	1093
Est	CHU	1418	1301	1306	1461	1554	1643	1885
	EHS	29	155	154	150	172	184	220
Ouest	CHU	1048	1186	1155	1452	1445	1738	1796
	EHS	43	45	41	55	50	66	79
Sud-Est	/	/	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/	/	/
Total général		5466	5414	5321	6010	6398	6947	7964

**Corps médical : Hospitalo-universitaires  
(Professeurs, Docteurs, M, Assistants, Résidents)**



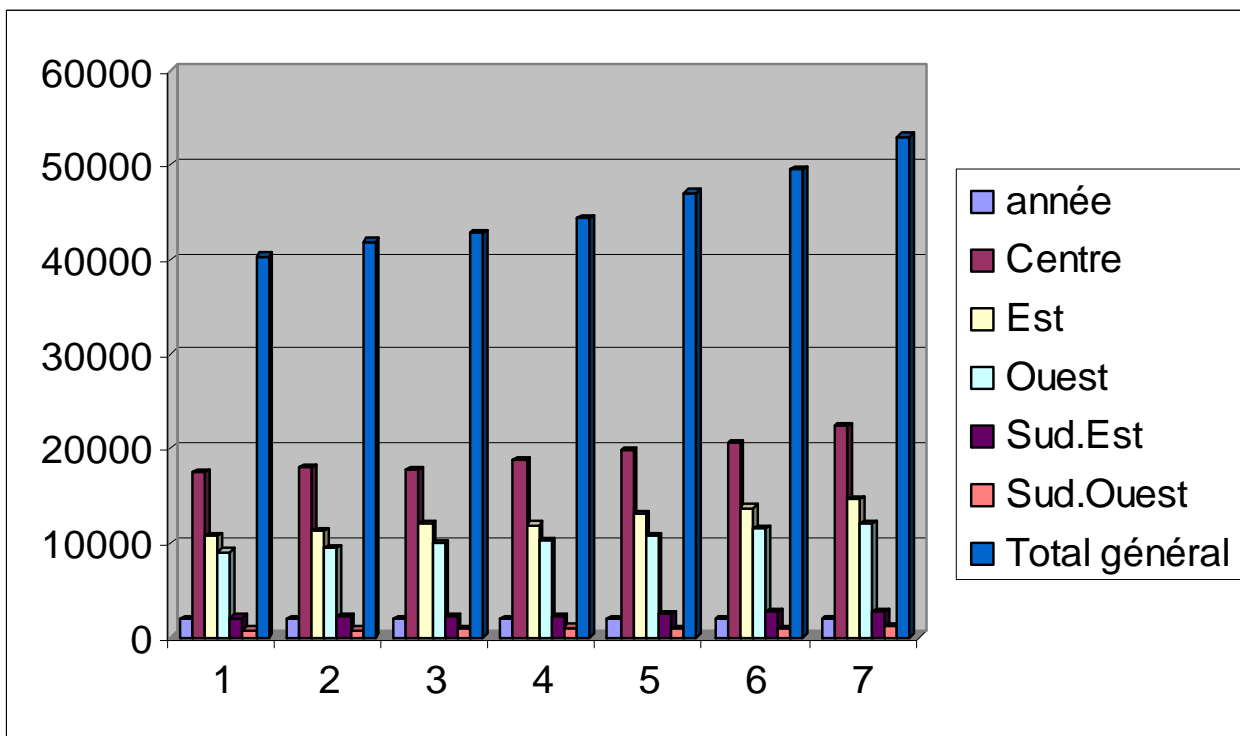
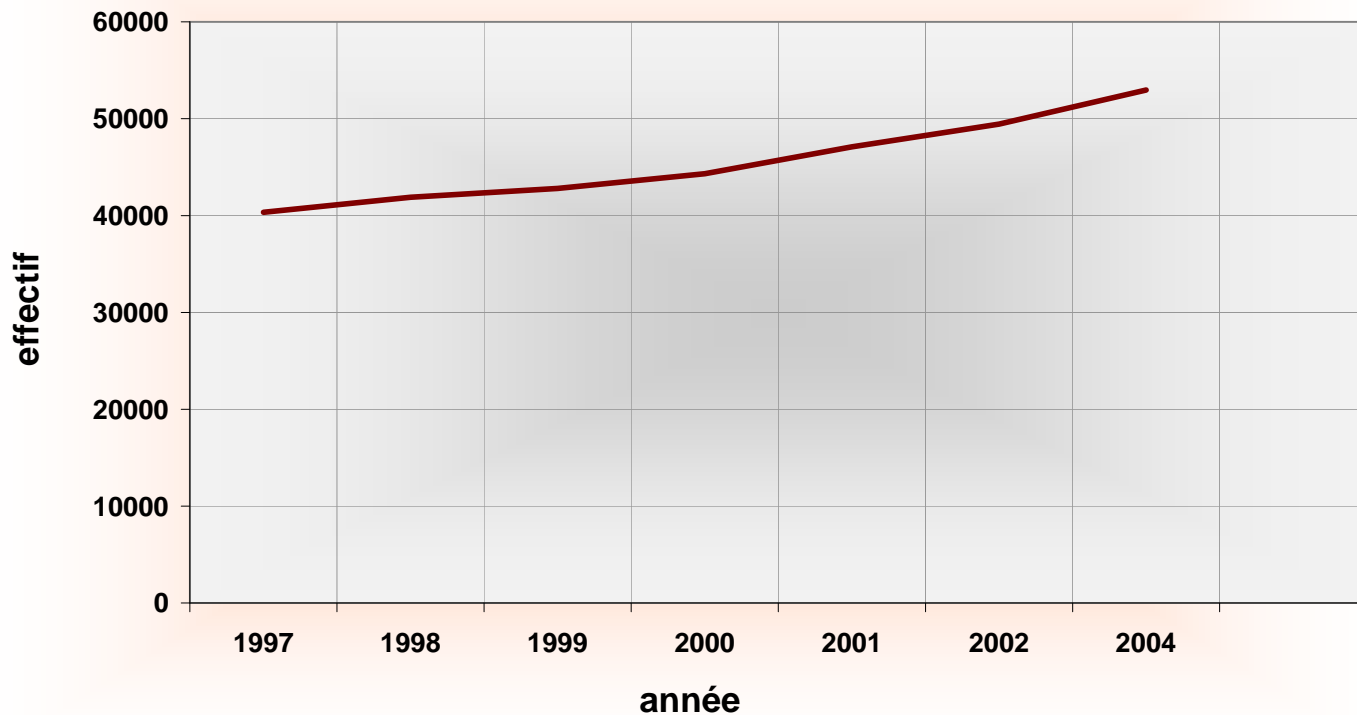
**Le tableau n°13** représente un état global entre les médecins généralistes , des pharmaciens , des chirurgiens dentistes , des hospitalo universitaires, et dans les secteurs sanitaires, le secteur privé, le parapublic, les DSP , les CHU ? Les EHS ; c'est donc l'état de l'effectif total du secteur de la santé. C'est ainsi que nous arrivons à un total général des personnels médicaux de 53000 postes en 2004

**Tableau n° 13 Effectif des praticiens des secteurs sanitaires et Hospitalier, privé et parapublic et Hospitalo-universitaire (Etat global tout secteur confondu)**

<b>Région / Année</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2004</b>
<b>Centre</b>	<b>17523</b>	<b>17989</b>	<b>17767</b>	<b>18758</b>	<b>19840</b>	<b>20621</b>	<b>22356</b>
<b>Est</b>	<b>10823</b>	<b>11318</b>	<b>12008</b>	<b>11941</b>	<b>13072</b>	<b>13693</b>	<b>14550</b>
<b>Ouest</b>	<b>9089</b>	<b>9540</b>	<b>9896</b>	<b>10312</b>	<b>10798</b>	<b>11456</b>	<b>12123</b>
<b>Sud.Est</b>	<b>2136</b>	<b>2214</b>	<b>2194</b>	<b>2259</b>	<b>2425</b>	<b>2675</b>	<b>2705</b>
<b>Sud.Ouest</b>	<b>779</b>	<b>825</b>	<b>941</b>	<b>1040</b>	<b>952</b>	<b>1003</b>	<b>1234</b>
<b>Total général</b>	<b>40350</b>	<b>41886</b>	<b>42806</b>	<b>44310</b>	<b>47087</b>	<b>49448</b>	<b>52968</b>

**Source:MSPRH**

# Etat global tout secteurs confondus des praticiens



### Commentaire du tableau n°13

Evolution globale : des secteurs sanitaires, hospitalier, privé parapublic du système sanitaire global

Entre l'année 1997 – et 2004 l'effectif global du système sanitaire Algérien a évolué de la façon suivante :

Progression globale : effectif de 12618 postes ce qui donne un taux de progression de 31,27%

Le centre progression de	5033 postes	28,72 %
L'est progression	3727 «	34,72 %
L'ouest progression	3034 «	33,38 %
Sud est progression	569 «	26,63 %
sud ouest progression	455 «	58,40 %

Nous pouvons donc remarquer que le taux de progression du sud ouest est relativement élevé par rapport à l'effectif de 1997, même si en valeur absolue la progression n'est que de 455 postes

En effet ces dernières années le ministre de la santé déploie des efforts pour combler le vide en médecins spécialistes et en généralistes en faisant appel à des étrangers (126 cubains) pour les hauts plateaux. Ces étrangers sont payés au prix fort , ce qui crée des désagréments auprès des médecins Algériens qui sont au nord et refusent les conditions du\_sud

C'est ainsi qu'en 2007 une enveloppe 840 000 000 DA sera consacrée à la modernisation des équipements médicaux par deux hôpitaux d'Ilizzi et de Djanet. L'achat d'un scanner pour 100 000 000 DA et le projet d'un nouvel hôpital de 40 lits à Ain amenas a été programmé ,un autre projet pour Ilizzi verra la réalisation d'un centre de toxicomanie (fléau de drogue qui a pénétré par les frontières )

Le départ massif des spécialistes est dû surtout aux mauvaises conditions de travail ; le poids du volume est loin des normes internationales, l'absence de congé, pas de week end, risque d'être réveillé plusieurs fois en une nuit ce qui pose des problèmes aux mères de famille.

L'état doit encourager un spécialiste qui accepte d'aller au sud en lui affectant un appartement et un salaire supérieur à celui de ses collègues du nord ,vu les conditions climatiques spéciales huit mois d'Eté par an, c'est un phénomène qui n'est pas évident pour quelqu'un qui a vécu toute sa vie dans un climat tempéré du nord.



### **3.7.2- Conclusion sur le système de santé en Algérie :**

Si nous devons juger des atouts et des faiblesses du système de santé Algérien nous nous baserons sur une communication de Dr Chaouch qui estime que ce système dispose d'atouts importants avec une couverture géographique en termes d'infrastructures de santé couvrant tout le territoire national de façon « homogène » pouvant permettre à chaque citoyen d'accéder à une structure de santé de proximité. Même si nous devons constater l'absence totale d'hôpitaux et de CHU dans le sud Est et du sud Ouest ?

-Le potentiel en praticiens médicaux est important même si comme nous l'avons déjà remarqué il persiste des disparités surtout pour le personnel spécialisé.

- les indicateurs sanitaires se sont améliorés tout au long des années, grâce aux programmes de prévention et de politique de population qui a eu un impact bénéfique sur l'état sanitaire de la population. L'absence d'une politique de renouvellement et de maintenance.

-les limites de la politique du médicament : si elle a obtenu des résultats positifs en termes de disponibilité et de contrôle de qualité, elle connaît néanmoins différentes dysfonctions : persistance de pénuries cycliques, augmentation des prix du médicaments, référence aux médicaments essentiels et place du générique peu développée, absence d'encadrement de la prescription médicale.

-le manque de coordination entre les secteurs de la santé et de protection sociale notamment dans les domaines de la codification des relations de la nomenclature et la tarification des actes médicaux et paramédicaux du remboursement du médicament, et des transferts pour soins à l'étranger.

-l'absence de définition de la place du secteur privé dans le système national de santé.

-l'implication insuffisante des autres secteurs dans la mise en œuvre des programmes multisectoriels de santé et de population. Ou le plus souvent l'essentiel des ressources mobilisées et des actions menées est le fait du seul secteur de la santé pour des problèmes (maladies à transmission hydrique, zoonoses, sécurité alimentaire, accidents, pollution, violence..) dont la prise en charge préventive relève en grande partie d'autre secteurs notamment les collectivités locales, l'agriculture, l'hydraulique, le commerce, l'industrie.)

-Parmi les actions qui doivent accompagner le processus des réformes qui ont démarré à la fin 2007 nous citerons celles qui intéressent au plus haut niveau notre sujet c'est :

le renforcement du dispositif de formation et de mobilisation des ressources humaines afin de développer leur potentiel et leur compétences pour mener à bien ce processus de réforme des statuts et du mode de rémunération des personnels de santé en général et des médecins en particulier.

- Une refonte des statuts et du mode de rémunération des personnels de santé
  - l'introduction d'un dispositif d'intéressement et de mesures incitatives.
  - la généralisation de la formation continue.
  - le développement de la communication, de la concertation et de la participation communautaire
- par ailleurs certains spécialistes comme le professeur Cholet attirent l'attention sur le fait que notre système de santé doit s'adapter aux mutations démographique constatées ces dernières années avec un mûrissement de la population ( espérance de vie dépasse 74 ans ) et l'explosion de certaines maladies dégénératives comme le diabète l'hypertension artérielle
- Toutes ces notions feront l'objet de recherche détaillée dans la partie analyses et recommandations de la présente étude .et la possibilité d'appliquer les principes de la GHH dans l'institution sanitaire en général et l'hôpital en particulier.

### **3.7.3- perspectives du système de santé :**

*Les promesses du nouveau schéma directeur de la santé :*

Il convient de rappeler que la carte sanitaire, adoptée en 1983 n'a pas atteint les objectifs fixés du fait que le système de santé s'était trouvé confronté à de multiples contraintes, principalement à la fin des années 1980.

Le programme d'actions contenu dans ce schéma directeur sectoriel tient compte d'une population actuelle de 33 millions d'habitants et qui atteindra, selon les prévisions à l'horizon 2025, plus de 44 millions huit cent mille habitants

Ce programme déjà lancé et qui a pour principal but de garantir à l'ensemble des citoyens un accès aux soins préventifs et curatifs essentiels s'articule autour de l'amélioration des capacités du système de santé à travers notamment une adaptation de la carte sanitaire aux objectifs de répartition rationnelle et équilibrée des structures et ressources et d'unicité du système de santé ( secteur public et privé) .Le développement de la santé préventive, l'amélioration de soins curatifs et la poursuite de la réforme hospitalière qui doit aboutir , à terme à améliorer notamment les conditions d'accueil et de séjour des malades.

-Pour atteindre et consolider une couverture optimale de 100% a l'effet de prendre en charge convenablement les attentes des citoyens en matière de soins, le schéma vise à atteindre le nombre de 2 638 polycliniques en 2025 ce qui nécessite :

-La réalisation de 588 structures de ce type entre 2010 et 2025  
Réaliser 73163 lits d'hôpital entre 2 010 et 2025 et 50 150 lits pour atteindre

3,4 lits pour 1 000 habitants et 27 700 lits supplémentaires pour atteindre celui de 4 lits pour 1 000 habitants

-Lancer un programme de mobilisation de la ressource humaine pour atteindre en 2025 les ratios de un médecin généraliste plus spécialiste pour 300 habitants ce qui requière des effectifs de 99 666 médecins généralistes et 498 333 spécialistes, un chirurgien dentiste pour 1400 habitants avec un effectif total de 32 025 praticiens, un pharmacien pour 850 habitants avec un effectif total de 32 035 pharmaciens, un paramédical pour 200 habitants, ce qui nécessite un personnel estimé à 224 248 paramédicaux.

## **CHAPITRE III : ETUDE DU SECTEUR SANITAIRE DE ROUIBA**

### **Introduction :**

Comme nous l'avons déjà cité dans l'introduction de cette étude les mutations que connaît l'économie mondiale ces dernières années, imposent de plus en plus aux opérateurs économiques et aux établissements publics de nouveaux comportements organisationnels et managériaux. Ces comportements de plus en plus adaptés et plus à même de régler les problèmes qui se posent au niveau de la gestion des ressources humaines, qui sont le véritable capital du secteur de l'établissement hospitalier public de Rouïba.

Le seul moyen qui permet à cet établissement de réussir son adaptation à une nouvelle organisation plus efficace est d'opter pour une écoute aux exigences du changement.

Cette écoute doit s'accompagner de nouvelles méthodes de gestion et d'évaluation des ressources humaines citées dans le chapitre « gestion des ressources humaines » de cette modeste étude. Ces principes de gestion ne doivent pas être appliqués d'une manière systématique comme à une entreprise. Il ne faut pas perdre de vue que :

L'hôpital n'a pas un but lucratif et doit assurer des soins au quotidien à des centaines de citoyens des zones limitrophes de la région. A cet effet le service urgences de Rouïba reçoit en moyenne trois cents malades par jour. Ce n'est pas une tâche des plus aisées pour le premier responsable et ses proches collaborateurs. Se basant sur cette réalité les responsables de cet établissement nous ont facilité et appuyé notre action. Même si monsieur le directeur savait que le chemin était long et que le changement ne peut s'imposer qu'avec l'accord des principaux acteurs qui sont les personnels médicaux, le personnel paramédical et les personnels administratif et technique. C'est dans le cadre de cette écoute que nous avons visité tous les services de l'hôpital et interrogé le maximum de médecins, de malades, des paramédicaux et des administratifs.

Ce n'est certainement pas en s'isolant et en refusant de voir et d'entendre certaines insuffisances et plus particulièrement celles qui concernent les conditions de travail des personnels médicaux, paramédicaux, administratif ... que l'on peut progresser et être efficace.

Les responsables sont conscients que tout en restaurant l'établissement, ils doivent se doter de moyens d'observations modernes. Ce n'est que dans ces conditions que l'on peut transformer peu à peu l'environnement, ceci dans le cadre d'une réglementation bien comprise et acceptée par tout le personnel (gestion participative) et une autonomie dont les limites sont fixées par la tutelle .

Le ministère de la santé devant les mutations et les transformations doit se

moderniser en se dotant de méthodes de gestion et d'évaluation actuellement en application dans La santé dans les sociétés développées.

Quelques unes sont déjà en cours d'application dans certains organismes nationaux qui appliquent les principes de management.

Dans le cadre de cette modeste recherche j'ai été donc admise dans les services de l'hôpital de Rouïba dont les portes m'ont été grande ouvertes par la direction malgré quelques problèmes d'indisponibilité dus au changements dictés par l'application de la nouvelle carte sanitaire .Ma présence devait consister à questionner le personnel médical en l'occurrence messieurs les professeurs les maîtres assistants, les spécialistes, et les généralistes. Ce questionnement devait nous permettre de procéder à l'étude quantitative et qualitative du personnel médical de l'établissement. Le support de cette enquête est un questionnaire qui devait guider notre audition.. Voici la démarche du questionnaire qui a été remis à un échantillon représentatif de médecins, Tous les services cités de l'établissement sont représentés. (Voir questionnaire en annexe)

Avant d'exploiter les réponses à notre questionnement présentons le secteur sanitaire de Rouïba dont fait partie le centre hospitalier sujet du présent chapitre.

## **Section I : présentation du secteur sanitaire de Rouïba :**

### **1.1 Historique :**

C'est une entité administrative qui se compose de cinq (5)

Sous secteurs et dont le siège se trouve à Rouïba .Issu de la restructuration (Voir le décret exécutif N° 97-466 du 02 décembre 1997 qui a procédé à la restructuration des secteurs sanitaires)

Le secteur de Rouïba avait pour mission la couverture sanitaire curative et préventive d'une population répartie sur deux circonscriptions administratives abritant cinq communes à savoir :

Reghai

Rouïba

B.B kiffan

Dar El Beda

Bab Ezouar

Pour plus de précisions concernant l'organisation (voir organigramme en annexe)

Ces communes formaient les cinq sous secteurs du secteur de Rouïba. D'après les statistiques parues dans l'annuaire de l'année 2004 le secteur sanitaire de Rouïba devait couvrir les besoins d'une population de 393 829 habitants.

Le secteur sanitaire est considéré comme l'un des plus importants établissements de la wilaya d'Alger par sa dimension géo- sanitaire qui lui permet de prendre en charge un nombre considérable de malades en provenance des wilayates limitrophes. Notamment la wilaya de Boumerdès.

Par ailleurs l'établissement hospitalier de Rouïba réduit le flux de malades en direction des structures d'Alger centre pour une prise en charge médicale spécialisée (en phtisiologie- allergologie, médecine interne, pédiatrie). En outre l'hôpital de Rouiba draine un nombre non négligeable des accidentés de la circulation de l'autoroute Est mitoyenne, ainsi que les accidents de travail enregistrés au niveau de la zone industrielle Rouiba - Réghaia. . C'est un hôpital de Daira.

Les entreprises de la zone qui le désirent bénéficient d'une assistance permanente ainsi que les travailleurs qui les constituent .les droits des travailleurs sont défendus et les obligations des entreprises envers ces derniers sont remplies. Il faut seulement que ces entreprises soient conventionnées avec l'hôpital.

C'est un hôpital d'environ de 180 lits. C'est une structure hospitalière du type semi pavillonnaire d'une superficie de 3025m<sup>2</sup>.Il a été réalisé en 1958 et faisait partie du plan de Constantine. La surface bâtie en sol est de 7030 m<sup>2</sup>..

Dans les année 90 en pleine « décennie » noire un certain nombre d'établissements hospitalier ont perdu du jour en lendemain leur statut hospitalo universitaire certains ont pu se transformer en EHS comme c'est le cas pour l'hôpital de Douera, mais les autres comme ceux d'Ain Taya et de Rouiba sont devenus des hôpitaux de secteurs sanitaires avec la particularité d'avoir des services hospitalo universitaires en leur sein.

Les services demeurés Hospitalo- universitaires continuent de recevoir des étudiants de graduation et des résidents de faculté de médecine.

Mais dans les secteurs sanitaires le conseil médical qui est l'équivalent du conseil scientifique des CHU ne peut jouer le rôle pédagogique ni le rôle de transmission de courroie avec la faculté de médecine. Il est noyé par les problèmes propres au secteur sanitaire qui ne se résument pas à l'hôpital mais également aux soins de santé de base (prévention santé scolaire protection maternelle et infantile, programme de vaccination assurées par les polycliniques et dispensaires. D'autre part ce conseil médical est occupé par les chefs de service hospitaliers qui lorsqu'il sont des universitaires ils sont professeurs mais lorsqu'ils s'agit de services non universitaires sont des médecins désignés par le chef d'établissement.

Les chefs de sous secteurs sont des médecins non universitaires. Il arrive qu'à la tête de ce conseil médical siège un jeune médecin alors que l'assistance peut être composée de plusieurs professeurs.

Rouïba a fait partie donc de ces structures hospitalières au statut équivoque jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2008 avant qu'il n'ait le statut d'un établissement public hospitalier EPH. L'administration ne voyait en ces médecins que des praticiens devant entre autre assurer la garde (examiner le cas du maître

assistant chef d'unité qui assure des gardes en plus de sa mission d'enseignant et de suivi des malades dans le service phtisiologie).

En matière de budget l'hôpital du secteur sanitaire de Rouïba avait un budget inférieur à un EHS ou un CHU dont relèvent « en théorie les soins de haut niveau ».

Les équipes hospitalo universitaires de cet hôpital, qui ont acquis une haute compétence dans le domaine de la médecine interne, en phtisiologie, allergologie, et en chirurgie devaient se battre avec l'administration par le passé pour pouvoir assurer la continuité des prestations .Quelquefois ils reçoivent des patients qui devaient être hospitalisés par les CHU et les EHS à cause de la proximité géographique du lieu de résidence du malade. Souvent ces établissements n'arrivaient pas à couvrir la masse salariale pour les douze mois de l'année.

Avant 1998 l'hôpital de Rouïba était rattaché au CHU – Alger « EST » et depuis 1998 à Janvier 2008 il a fait partie du secteur sanitaire de Rouïba, ainsi que d'autres unités extra hospitalières dont :

Les polycliniques (4)

Les centres de santé (9)

Les salles de soins (12)

Les unités de dépistage et de suivi en milieu scolaire (11)

Le centre d'hémodialyse

Le centre annexe de médecine du travail

Le contrôle aux frontières (un centre à l'aéroport Houari Boumediene

Exploration fonctionnelle

Laboratoire

Radio

CTS : centre de transfusion sans

UMC : urgence médico – chirurgicale

UMP : unité médicale préventive

Les unités extrahospitalières sont au nombre de 29 réparties dans les cinq

Communes formant les cinq sous secteurs

Avec la dernière carte sanitaire élaborée en Janvier2008 l'hôpital est

Devenu un établissement public hospitalier (EPH )

Les disciplines de base en activités sont

Chirurgie générale hommes et femmes

Urgences médico- chirurgicales et pédiatriques

Maternité, néonatalogie.

Pédiatrie

Médecine interne : médecine interne homme et femme, hématologie  
diabétologie cardiologie ...

Médecine du travail

Médecine légale

Service pneumo-physiologie et exploration fonctionnelle

Le service pédiatrie et maternité.

Ainsi que des services de soutien dont la radiologie et l'imagerie médicale, la pharmacie centrale, le laboratoire central, centre de transfusion sanguine.

-SAM

La superficie de l'hôpital ne peut pas être significative en soi si elle n'est pas complétée par les capacités d'accueil des services en nombre de lits.

**Tableau n°14 : Capacités d'accueil des services en nombre de lits**

**Année 2007**

Services	Unités	Lits tech	Lits org/sce	Lits org/sce
Médecine interne		48		54
	Médecine H Médecine F Urgences m		24 24 06	
Chirurgie générale		56		59
	Chirurgie H Chirurgie F Réa chirurgie Urgences chir		24 24 06 05	
Pneumo-physio		35		33
Pédiatrie		14		14
Maternité		-	12	12
Hémodialyse			08	08
TOTAL				180

Source : Hôpital de Rouiba

Après un séjour de trois mois pour les besoins de la présente étude nous pouvons conclure que toutes les infrastructures de l'établissement ont bénéficié ou sont programmées pour être restaurées à l'exception du

pavillon de la médecine interne réalisé en 2005 et qui est un environnement digne de ce nom pour le malade et le corps médical. Certains services (le laboratoire et le centre de transfusion) ont été déjà restaurés



Le service de dialyse doit être déplacé vers un environnement plus favorable pour le malade qui passe une grande partie de son temps dans ces lieux. Cela bien sûr n'échappe pas à la direction qui est en attente de l'affectation d'un budget pour réaliser cette opération et beaucoup d'autres. Peut être qu'avec les dernières réformes les sommes affectées seront utilisées uniquement pour les besoins de cet établissement et les améliorations attendues seront atteintes. En tout état de choses L'établissement hospitalier de Rouïba a arrêté un programme relatif à la réfection des infrastructures pour l'année 2008. Il s'agit des travaux :

- de réfection du réseau d'assainissement.
- Travaux de réfection du réseau d'eau potable (AEP).
- Travaux de réfection du réseau électrique (réinstallation ou branchement réseau ENEL.
- Travaux de réaménagement de l'actuel service de pneumo hommes et femmes en service de pédiatrie hospitalisation.
- Travaux de réaménagement de l'actuelle consultation médecine en salle d'attente pour médecine légale et extension de l'unité d'hémodialyse.
- Travaux d'aménagement des espaces verts et une aire de stationnement véhicules.
- les travaux de goudronnage des cours (15 000 m<sup>2</sup> )

**Le sous secteur de Rouïba** comprend une (1) polyclinique

Une (1) clinique dentaire

Un (1) centre de santé à haouch Rouiba

Un (1) centre de santé à Souachette

Un (1) centre de santé au Hamiz

## **1.2- Organisation fonctionnement du secteur sanitaire et de l'hôpital**

Bien que uniforme d'un secteur à un autre on retrouve généralement une organisation qui comprend la direction générale qui coiffe l'ensemble des services comme suit :

Arrête du 26 Avril 1998 fixant l'organigramme des secteurs sanitaires

1/ Sous l'autorité du directeur auquel sont rattachés :

- le bureau d'ordre général
- le bureau de la communication

Le secteur sanitaire comprend :

-La sous direction de l'administration des moyens

-La sous direction des services économiques, des infrastructures et des équipements

-La sous direction des activités de santé

La sous direction de l'administration des moyens :

Le bureau de la gestion des ressources humaines et du contentieux

Le bureau du budget et de la comptabilité

Le bureau des coûts de santé

La sous direction économique et infrastructures et Equipements

Le bureau des services économiques

Le bureau des infrastructures, des équipements et de la maintenance

La sous direction des activités de santé :

Bureau de la prévention

Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités de soins

Bureau d'accueil, de l'information et de l'orientation.

Le bureau des entrées.

Le secteur sanitaire est administré par un organe exécutif dénommé « conseil d'administration » et dirigé par un directeur. Il est doté aussi d'un organe consultatif dénommé « conseil médical »

-le conseil d'administration

-le directeur

-le conseil médical

**Section 2.1- Étude quantitative des personnels médicaux :**

Toute intégration d'un nouveau système exige un environnement favorable pour cela notre secteur sanitaire de Rouiba nécessite une radiographie complétée afin de pouvoir déceler les déformations et les dysfonctionnements organisationnels ; nous avons donc fait un diagnostic quantitatif :

Cet examen consiste à établir un inventaire complet sur les ressources humaines du secteur et surtout de l'hôpital qui nous permet d'avoir un effectif global du secteur .La répartition des effectifs par entité, la démographie des employés en faisant apparaître des différents indices et notamment la pyramide d'âge,les tranches d'âge et par sexe

Nous élaborons une analyse des dépenses relatives à la gestion du personnel : masse salariale ou plus exactement les salaires perçus par la catégorie, objet de notre étude. Ce premier point nous renseignera sur les effectifs de tout le secteur sanitaire :

## **2.1- Effectif des personnels médicaux du secteur sanitaire de Rouiba 2007**

L'effectif des personnels médicaux du secteur sanitaire de Rouiba se présente comme suit :

- Professeur chef de service : 04 (CH de Rouiba)
- Docent chef d'unité : 01 (CH de Rouiba)
- Maître assistant chef d'unité : 09
- Maître assistant : 17
- Praticiens spécialistes assistants : Santé public : 69
- Médecins généralistes coordinateurs (chef du sous secteur) : 06
- Médecins chef d'unité : 13
- Pharmaciens coordinateurs dont le rôle est d'être chef de service de la pharmacie qui se trouve à l'hôpital (01)
- Pharmacienne généraliste : 01
- Médecins généralistes : Hôpital de Rouiba + unités : 206
- Chirurgie dentistes : 74

Ce qui représente un total d'environ 400 praticiens du secteur public.

L'effectif de l'hôpital se présente comme suit: (voir tableaux 38, 39,40 ,41 )

Les données statistiques nous ont été communiquées par l'administration de l'hôpital.

**Tableau n°15 : Effectif au 31 11 2007 de l'hôpital de Rouïba**

Grade	Moins de 30 ans	30-40 ans	41-50 ans	51-55 ans	56-59 ans	60 ans	total	Dont femme
PSP P chef de Ser					01		01	01
PSPASSchefdeSer		01	02				03	02
PSP chef d'unité			01				01	01
PSPASSchef unité			01				01	01
Med coordinateur				04	02		06	01
Med chef unité		01	07	03	02		13	09
PH coordinateur			01				01	01
CH .D.COORD			01				01	01
PSP principal			05	07			12	08
PSP Assistant		26	20	05	01		52	35
Pharmacien				01			01	01
Psy clinique		01	07	01			09	09
Psy . Orth		02	02				04	02
Total		<b>31</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>6</b>		<b>105</b>	<b>72 F</b>
Taux en %		<b>29,52%</b>	<b>44,76%</b>	<b>20%</b>	<b>5,72%</b>		<b>100%</b>	<b>68,57</b>

Source : Hôpital de Rouïba

Conclusion : l'effectif médical de l'hôpital de Rouïba est à 68,57% féminin et 31,43% masculin ;

94,28 % de cette population est âgée entre 30 et 55ans. Ce qui donne une moyenne d'âge de 42.5 ans qui est relativement jeune

5% seulement du corps médical est âgée entre 56 et 59 ans, ce personnel est retraitable d'ici trois ans. En nous basant sur notre échantillon 55% sont

originaires d'Alger 15 % des wilayates limitrophes comme Béjaia Tizi-Ouzou, Bouira

5% de la wilaya de Médéa et 5% de Constantine.

Ceci nous démontre que ces médecins pour la plus part se sont déplacés à Alger pour étudier et sont restés au centre pour travailler à Alger et ses environs .pour la plus grande majorité ils font une moyenne de trente kms au quotidien. Les personnes interviewées ont déclaré ne pas toucher une prime de transport encore moins être logées.

**Tableau n° 16 : Evolution de l'effectif du personnel médical ,paramédical, administratif et technique :année 1997-2006**

sexe année	Med spécialistes			Med généralistes			Chirurgiens Dentistes			pharmacien s			Total général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1997	8	33	41	48	128	176	11	67	78	1	3	4	68	231	299
1998	18	49	67	61	162	223	8	78	86	1	3	4	88	292	380
1999	19	46	65	68	166	234	7	76	83	1	3	4	95	291	386
2000	16	45	61	66	157	221	7	76	83	1	2	3	90	280	370
2001	18	47	65	64	160	225	6	76	82	1	2	3	89	282	371
2002	18	47	65	65	161	223	5	70	75	1	2	3	89	279	683
2003	21	44	62	62	161	223	5	69	74	0	2	2	88	276	364
2004	21	44	65	62	161	223	5	69	74	0	2	2	88	276	364
2005	20	46	66	63	162	225	5	69	74	0	2	2	88	277	365
2006	22	41	63	63	161	224	0	2	2	4	68	72	89	272	361

Source : Hôpital de Rouiba

En 2004 le taux de féminisation de la population était de 75,82 %

En 1997 il était de 77,25%

Concernant le total de l'effectif il a augmenté entre 1997 et 2004 de 21,73% ce qui représente un total de 65 médecins toutes spécialités confondues

**Tableau n°17 : Personnel paramédical (2007) :**

année	Diplômé d'Etat			Brevetés			Aides paramédicaux			Total général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1997	39	50	89	36	23	59	13	15	28	88	88	176
1998	118	149	267	77	73	150	30	35	65	225	257	482
1999	124	160	284	70	71	141	26	30	56	220	261	481
2000	126	170	296	74	72	146	23	32	55	223	274	497
2001	132	179	311	65	75	140	19	30	49	216	284	500
2002	147	190	337	57	69	126	16	29	45	220	288	508
2003	162	190	337	57	69	126	16	29	45	220	288	508
2004	162	218	367	46	65	111	15	25	40	223	308	531
2005	165	211	376	42	59	101	15	38	53	222	308	530
2006	162	218	380	41	58	99	15	37	52	218	313	531

Source : Hôpital de Rouiba

Pour le personnel paramédical le taux de féminisation est de 56.69%

**Tableau n°18 : Personnel administratif et technique :**

année	Administratifs			techniques			Services			Total général		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
1997	23	22	45	0	0	0	42	113	255	165	135	300
1998	49	42	91	5	9	14	22	168	389	275	219	494
1999	47	47	94	5	14	19	201	163	364	253	224	477
2000	47	47	94	5	14	19	196	154	350	248	215	463
2001	47	56	103	5	16	21	189	155	344	241	227	468
2002	45	57	102	7	16	23	183	165	348	235	238	473
2003	46	58	104	7	16	23	174	172	346	227	246	473
2004	46	58	104	7	16	23	174	172	346	227	246	473
2005	48	59	107	7	22	29	169	171	340	224	252	476
2006	48	58	106	7	22	29	167	168	335	222	248	470

Source : Hôpital de Rouiba

Le taux de féminisation du personnel administratif et technique était de 52%  
 Entre 1997 et 2004 l'effectif total a augmenté de 57% ce qui totalise une différence de 173 agents administratifs et techniques.

L'effectif total en 2006 du secteur de la santé de Rouiba entre médecins, paramédicaux, administratifs et personnel technique était de 1362 personnes, n'est pas pris en compte le personnel vacataire.

**ABSENTEISME :**

Pour pouvoir calculer le taux d'absentéisme procédons de la façon suivante : en faisant le total des retenues sur les salaires des médecins dues aux absences maladies et des absences sanctionnées ainsi que des absences pour maternité.

**n° 19 : absences du personnel médical pour l'année 2007 :**

<b>Période : mois</b>	<b>Absences en jours dues à la maladie</b>	<b>Absences en jours sanctionnées</b>	<b>Absences en jours pour maternité</b>	<b>Total en jours</b>
janvier	127	32	-	159
Février	146	3	-	149
Mars	280	8	98	386
Avril	124	7	-	131
Mai	238	6	-	244
Juin	137	5	98	240
Juillet	143	3	196	342
Août	33	-	-	33
Septembre	231	2	98	331
Octobre	42	2	98	142
Novembre	314	4	294	612
Décembre	141	4	98	243
Total général	1956	76	980	3012
Pourcentage	<b>64,94%</b>	<b>2,53%</b>	<b>32,53%</b>	<b>100%</b>



**Source :** Administration de l'hôpital de Rouiba

Les absences du corps médical sont dues pour une grande partie 64,94% aux congés de maladie 32,53% aux maternités et 2,53 % seulement des retenues dues aux absences sanctionnées.

Ces données nous permettent de calculer le taux d'absence de l'année 2007 qui découlera du rapport entre le nombre total d'absences qui est de 3012 jours et les 220 jours ouvrables multipliés par l'effectif de l'année qui est de 105 personnes (tableau du 03 / 11/ 2007).

$$\frac{3012 \text{ Jours}}{105 \times 220} * 100 = 13,03\%$$

**Tableau n°20 : salaires du corps médical**

<b>Grade</b>	indemnités en DA	Net à payer en DA	de Salaire base DA
<b>Professeur</b>	71748,00	55497,08	40 000
<b>Docent</b>	50800,50	39294,19	35 000
<b>Maître ASS</b>	25382 50	19633,36	30 000
<b>Résident</b>	18184,00	15539,44	-
<b>Médecin Spécialiste</b>	47994,000	47225,57	17 480,00
<b>Médecin généraliste</b>	30747,83	34942,32	13 901,97
<b>Médecin généraliste</b>	30747,83	35253,57	13 901,97
<b>Chirurgien dentiste</b>	249462,64	29925,92	12 695,38

**Source :** Hôpital de Rouiba

Concernant les salaires du corps médical l'administration nous a communiqué les salaires payés par l'administration de l'hôpital pour l'année

2007, la grille de salaire a été communiquée par le ministère des finances au mois d'Avril 2008

**Tableau n°21 : grille de salaire de l'enseignement supérieur**

Grade	Classement	Echelon	Salaire Avril 2008
<b>Professeur</b>	Subdivision 7	6	73 .056
		10	81 .541
<b>Maître de conférence</b> <b>Docent</b>	Subdivision 6	6	62.544
		10	69.883
<b>Maître assistant H .U</b> <b>Maître assistant chargé</b> <b>De cours</b>	Subdivision 3	6	51.434
		10	57.483
<b>Maître assistant</b>	Subdivision 1	6	47.723
		10	51.777
<b>Assistant</b>	Groupe A Catégorie 3	6	29.939
		10	33.265

**Remarque :**

La grille de salaire a été communiquée par le ministère des finances..

**Tableau n°22 : Grille de salaire du ministère de la santé :**

Grade	Catégorie	Echelon	Salaire Avril 2008
<b>Médecin</b> <b>spécialiste</b>	Hors catégorie	1	53 435,17
		5	60 029,65
		8	78 041,50
<b>Médecin</b> <b>généraliste</b>	16	1	36 096,26
		5	42 823,40
		10	47 067,38
<b>Chirurgien</b> <b>dent</b>	13	1	31 497,90
		5	37 250,95
		10	41 377,75
			22 450,05

psychologue	11	1	22 455,65
-------------	----	---	-----------

**Source:** Cette grille de salaire a été communiquée par le MSPRH

### **Section 3- Méthode et résultats de l'intervention à l'hôpital :**

#### **Diagnostic qualitatif :**

Pour ce diagnostic, le recours à la technique de l'enquête qualitative par questionnaires à partir d'un échantillon représentatif nous permet de fournir certaines indications notamment :

- les attentes de l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et surtout le personnel médical de l'hôpital .
- Les aspects liés à la gestion de carrière des employés.
- Les éléments à la motivation individuelle et collective
- Les différentes attitudes et opinions des médecins interviewés à l'égard des systèmes de gestion des ressources humaines, de l'organisation et de l'information du secteur
- Les données sur la qualité des systèmes de communication et d'information du secteur
- Les informations sur les conflits de travail .
- La description des conditions de travail à l'hôpital .

#### **3.1- gestion strictement administrative.**

Il est inutile de reprendre entièrement le décret 97-466 largement rapporté au chapitre « système de santé Algérien. L'administration des personnels médicaux de Rouïba ne diffère pas des autres secteurs à l'échelle nationale.

Malgré tous les efforts par la direction les résultats ne sont pas toujours à la hauteur des investissements consentis.

Les objectifs fixés ne sont pas toujours atteints, ceci engendre des insatisfactions aussi bien des usagers que des professionnels de la santé eux même en l'occurrence les médecins, les maîtres assistants et les professeurs, Comme nous le prouvera la synthèse des réponses faites aux questionnaires et interviews élaborés pour les besoins de l'étude.

Si nous considérons l'unité principale du secteur sanitaire qui est l'établissement hospitalier, il serait intéressant de savoir dans quel cadre il évoluait et quelles sont les contraintes auxquelles il était confronté par le passé Car actuellement des réformes ont eu lieu et la carte sanitaire a subi des changements et l'hôpital de Rouïba est devenu un EPH établissement public hospitalier.

Il est intéressant de savoir si l'organisation de l'hôpital et son mode de gestion était en adéquation avec le système national de santé. Il faut donc s'interroger sur les statuts des personnels médicaux, sur le financement des ses activités ainsi que sur son système d'information.

Les grèves des dernières semaines démontrent bien qu'un problème d'insuffisance sur le plan statutaire existe en matière de santé publique et ce à l'échelle nationale.

Le secteur sanitaire de Rouïba était donc destiné à assurer sa mission principale qui est de dispenser des soins préventifs et curatifs. Pour cela nous nous demandons si pour autant son cadre juridique le lui permettait. Ses missions sont donc spécifiques, multiples et variées. Pour mieux saisir donc la situation du personnel médical de l'hôpital au jour d'aujourd'hui faisons une rétrospective sur l'organisation et le fonctionnement du secteur sanitaire dont dépendait l'établissement hospitalier sujet de notre analyse.

Ce secteur était géré selon les règles de création d'organisation et de fonctionnement du décret exécutif N°97 -476 de Décembre 1997 fixant les règles de création d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires nous constaterons que les problèmes actuels de l'hôpital ont pris naissance par le passé : au niveau même de la nature juridique des statuts des établissements sanitaires en général et du secteur sanitaire en particulier.

C'est donc un établissement public à caractère administratif doté d'une personne morale et de l'autonomie financière. Placé sous la tutelle du wali bénéficiant d'un budget autonome alimenté par une participation de l'Etat et une contribution de la sécurité sociale.

Ce statut en plus de toute la lourdeur administrative qui caractérise la gestion des biens matériels et les ressources humaines, comporte un arsenal juridique imposé aux gestionnaires qui ne leur laisse aucune marge d'initiative, voir aucune possibilité d'adapter et de développer une stratégie propre à un établissement de santé .Nous pouvons qualifier l'intervention de la tutelle comme étant trop coercitive.

L'occasion nous a été donnée d'analyser un document émis par la tutelle intitulé plan de gestion des ressources humaines. Ce document conçu comme étant un support statistique comprend deux tableaux portant sur la situation des affaires de litiges désignant les parties en conflit , les parties juridiques spécialisées , les recours par jugement.... A la lecture de ce document nous pouvons croire que nous étions dans un établissement de juridiction et non dans un hôpital.

Un autre tableau porte sur les affaires disciplinaires, avec les mises à pied, les réunions des commissions désignées pour les sanctions des fautes, les recours, les cellules et les comités de recours, l'application des décisions. C'est à croire que ce personnel ne fait que des fautes et ne doit jamais être récompensé. une visite éclairée au sein des urgences de Rouïba nous convaincra du contraire même si tout n'est pas encore au point comme nous verrons plus loin .

Les tableaux portant sur la formation et les recrutements montrent que cette entité sanitaire est décentralisée théoriquement, mais les pouvoirs de décision étaient soumis au contrôle de la tutelle. En théorie ce pouvoir de tutelle fait respecter la

légalité des activités des établissements sanitaires et la régularité de leurs actes de gestion il est destiné aussi à veiller sur la bonne administration de ces établissements, mais en pratique cette tutelle est une véritable atteinte à l'autonomie de décision de ces établissements. Cette gestion quotidienne, dictée par la tutelle est empirique et centralisée a montré ses limites et pour preuve le malaise actuel qui règne au niveau de tous les hôpitaux.

Cette tutelle administrative sur le secteur sanitaire s'exerce aussi par le biais de la direction de la santé et de la protection sociale (DSPS) .a ce propos ces directions devraient être plus opérationnelles, et plus efficaces au niveau local. Elles doivent faciliter la collecte des statistiques et des prévisions et une intervention plus directe dans la médecine préventive.

Le recrutement , la nomination et la gestion des carrières de tous les personnels autres que les Directeurs Administrateurs de la santé et les hospitalo-universitaires ainsi que les médecins spécialistes sont assurés au niveau des secteurs sanitaires et des établissements hospitaliers . Cependant les actes concernant la gestion continuent à être soumis au visa à posteriori de l'inspection de la fonction publique .Une autre atteinte est portée à l'autonomie de l'établissement.

La lecture du document « plan annuel de gestion des ressources humaines » nous montre que nous devons prendre conscience du retard accumulé dans nos hôpitaux en matière de gestion du personnel.

En effet au moment où les pays développés ont enregistré des avancées formidables, notre mode de gestion est resté figé ; ce mode est resté obsolète dépassé et surtout inadapté . Nous nous posons la question qu'on a posée dans l'introduction de ce mémoire : Pourquoi devrions nous le changer, dans quel sens ? Comment y parvenir ?

Les réponses à nos questions devraient donc être le résultat de l'exploitation des questionnaires et des autres expériences sur le terrain par nos spécialistes dont nous citerons : « Mr Benkheireddine, Mr. Boulahbal, M. Talhi et M .Bellil , Mme Hattali <sup>11</sup>

Ces chercheurs et praticiens sont confrontés à une réalité au quotidien et pensent que les insuffisances sont nombreuses.

### **3.2 - Le cadre organisationnel est inadéquat :**

---

<sup>11</sup> Revue le gestionnaire « recueil des communication présentées lors des V journées nationale des gestions des établissement de santé édité par L'ENSP D'ELKMARSA EN 1999

Le cadre organisationnel dans lequel évolue l'établissement sanitaire est marqué par la rigidité du fait que l'organigramme de cet établissement est établi au niveau central du (MSPRH).

L'hôpital est donc un établissement public à caractère administratif.

Les règles et les critères de gestion sont imposés par son statut de (EPA) et le régime juridique qui régit les carrières des professionnels de la santé.

Ces critères sont inspirés en totalité du statut de la fonction publique (statut du fonctionnariat) notifié par l'ordonnance 66- 133 du 02 /06 / 1996 et la loi n° 78 / 12

Du 05 /08/1978 relative au SGT (statut général du travailleur) et d'autres textes réglementaires (statut particuliers des corps de la santé) Comme le statut des praticiens médicaux des généralistes et spécialistes de la santé publique donné par le décret présidentiel n° 02-238 du 16 Octobre 2002.

### **3.3- Le recrutement au niveau de l'hôpital est du type procédurier :**

Il ne s'agit pas d'un processus de sélection. C'est ainsi que les professeurs, les maîtres assistants sont recrutés par le biais d'un titre ou d'un diplôme, sans faire référence aux aptitudes et qualifications des postulants.

Le directeur de l'hôpital gère le corps médical à l'exception donc des médecins spécialistes qui sont régis par le ministère de tutelle.

Le recrutement est considéré comme le point de départ de la vie professionnelle d'un employé. C'est le moyen qui lui permet d'accéder à un emploi public et par la suite de nouer avec l'administration une relation juridique.

A Rouïba les recrutements se font par la voie de recrutement externe qui s'effectue

Par voie de concours (ordonnance n°666 133 DU 02-06- 66) et affecté par le MSPRH. 45% des spécialistes ont suivi leur résidanat hors de Rouïba

-Il existe le concours sur titre et le concours sur épreuve.

-Par voie de recrutement interne : 35% des médecins ayant répondu à notre questionnaire et recrutés ont suivi leur résidanat à Rouïba, 20% des généralistes ont été aussi formés à Rouïba.

Le recrutement est fait selon les médecins interviewés :

1- la demande est faite par l'hôpital selon ses besoins et surtout selon les postes budgétisés

2- l'affectation est faite donc sans demander au supérieur hiérarchique direct C'est-à-dire le chef de service.

**3-**L'administration de l'hôpital n'a pas le droit de regard sur la compétence prouvée ou non prouvée du médecin.

**4-** 100% des médecins interviewés ont répondu que le salaire est nettement insuffisant et n'ont pas de logement d'astreinte ni de chauffeurs. Pour certains Services il est indispensable d'avoir un véhicule comme le service pharmacie, médecine du travail pour les déplacements dans les entreprises.

Cette gestion linéaire très bureaucratique et « uniformiste » démontrent une tutelle gouvernementale par le biais du ministère de la santé et des réformes hospitalières.<sup>12</sup>

(MSPRH) pour les praticiens spécialistes de la santé publique, et le ministère de l'enseignement supérieur (MES) pour les professeurs, les docteur et maître assistant.

Ces deux ministères sont les vrais décideurs établissements hospitaliers des moyens à lui allouer et des procédures à lui appliquer concernant le recrutement ou la gestion de carrière etc.

A ce propos la carrière des hôpitalo- universitaires des professeurs et des docteur des maîtres assistants ...Au niveau de l'hôpital est très claire, hiérarchisée, codifiée ... par contre la gestion des médecins spécialistes et généralistes de la santé publique ne subit aucune évolution sur le plan de la hiérarchie scientifique. Ils ont une évolution sur le plan salarial par les indemnités liées à l'ancienneté.

L'hôpital de Rouïba ayant un statut d'établissement public administratif EPA

Présente des contraintes qui entravent le bon fonctionnement des services et les empêche d'être performants sur le plan médical et sur le plan des ressources humaines et sur les coûts des actes sanitaires. La direction est sur le point d'entreprendre un travail d'analyse sur les délais trop longs des séjours des malades à l'hôpital.

- le caractère rigide de la grille de salaire prive l'hôpital d'un outil privilégié d'intéressement et d'incitation du personnel à la productivité : c'est ce qui explique la fuite des compétences vers les structures privées quand ce n'est pas vers l'étranger

- les lenteurs bureaucratiques liées au recrutement empêchent le pourvoi rapide des postes vacants en cas de besoin.

- le contraire lorsqu'une personne n'est pas performante, il est difficile pour l'hôpital de mettre fin à la relation de travail ou lorsque la nécessité de service ne justifie plus son maintien.

### **3.4- La gestion des ressources humaines est purement administrative**

#### **3.4.1- Les statuts particuliers et les contraintes de la fonction publique :**

---

<sup>12</sup> - Cette expression est utilisée par un groupe de chercheurs de la 30<sup>ème</sup> promotion de 1993-1997 de L'ENA d'Alger - séminaire portant sur l'Etablissement Sanitaire : situation actuelle et perspective.

La gestion des personnels médicaux est régie selon le décret exécutif n°91-106 DU 27 Avril 1991 portant statut particulier des praticiens médicaux généralistes et spécialistes de santé publique. Le chapitre I décrit les conditions de mise en activité par arrêté conjoint du ministre de la santé, de l'autorité chargée de la fonction publique et du ministre concerné dans les établissements ayant des activités similaires.

Conformément à la législation et à la réglementation les praticiens médicaux de la santé bénéficient du transport pour le travail de nuit ou à une garde .La restauration est gratuite pour le personnel de garde.

Pendant leur mission ils sont astreints à une disponibilité permanente. A ce propos les primes de garde sont insignifiantes. La réglementation ne prévoyait aucune particularité en ce qui concerne les composantes du salaire qui est arrêté d'une façon fixe par la grille des salaires propre à la fonction publique.

Le recrutement dans l'établissement est soumis aux limites imposées par l'administration centrale dans le cadre des effectifs normalisés et celles relatives aux autorisations budgétaires, bien que les règles de recrutement soient fixées de façon stricte, toute une série de contrôle et de visas préalables est exigés de la part de la tutelle, le contrôleur financier, et l'inspecteur de la fonction publique.

Les praticiens médicaux spécialistes de santé publique conformément aux dispositions du 91-106, sont nommés et titularisés dès leur installation par arrêté du ministre de la santé.

Les médecins généralistes de santé publique sont recrutés, par voie de concours sur titre parmi les candidats titulaires du diplôme du Doctorat en médecine DM. Les chirurgiens dentistes et les pharmaciens sont recrutés dans les mêmes conditions. Le responsable du recrutement se limite au suivi du mouvement des personnels et au suivi de leurs dossiers, de ce fait il néglige toute notion participative basée sur le système d'information. Le gestionnaire règle les procédures de communication permanente.

### **3.4.2- Les plans de carrière manquent d'ambitions :**

Les rythmes d'avancement applicables aux praticiens médicaux sot fixés l'article 75 du décret n° 85-59 du 23 Mars 1985. Toute fois les titulaires d'emploi présentant un taux de pénibilité ou de nuisance bénéficient des rythmes d'avancement étudiés et appropriés à l'activité.

Les possibilités de promotion des praticiens médicaux aux postes supérieurs sont fixés comme suit :

-Médecin responsable d'unité de base

Médecin coordinateur

Médecin inspecteur

Pharmacien coordonnateur



Pharmacien inspecteur  
Chirurgien dentiste coordonnateur  
Chirurgien dentiste inspecteur

Outre les tâches médicales ces postes sont dédoublés par une fonction administrative. C'est vrai que l'administration prend en considération ce fait et la paye en conséquence mais ne peuvent pas suivre une formation en post graduation pour accéder au poste de docent ou professeur.

Les possibilités de promotion des praticiens médicaux aux postes supérieurs sont fixés comme suit :

Médecin responsable d'unité de base  
Médecin coordonnateur  
Médecin inspecteur  
Pharmacien coordonnateur  
Pharmacien inspecteur  
Chirurgien dentiste coordonnateur  
Chirurgien dentiste inspecteur

Au lieu de la promotion par la formation et l'amélioration par une formation poussée, les praticiens peuvent accéder aux postes de praticiens spécialistes, chef d'unité, praticiens spécialistes chef de service et médecin du travail, inspecteur.

Ces promotions s'adressent à des praticiens spécialistes du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré justifiant de deux années d'exercice effectif en cette spécialité. Tous ces classements aboutissent à une grille de salaire unique qui n'accepte aucune négociation ni dérogation basée sur des catégories, sections et indices.

### **3.4.3 - Le système d'avancement et de promotion est rigide :**

Toute fois ces médecins généralistes bénéficient d'une indemnité liée à l'évolution de carrière et à celles de leurs qualifications. Cette indemnité vise à stimuler la promotion des qualifications et des compétences. Ces indemnités sont servies à ces praticiens en tenant compte de quatre niveaux : à ceux :

- Justifiant de trois (3) années d'ancienneté.
- Ayant un titre de praticiens médicaux généralistes chefs
- Ayant un titre de praticiens médicaux généralistes chefs ayant trois années d'ancienneté en cette qualité.

Les plans de carrière sont mal élaborés avec pour conséquence un manque d'ambition, ils tiennent compte des niveaux d'instruction et de l'ancienneté et négligent les facteurs : rendement et efficacité, l'avancement doit être perçu comme un moyen d'incitation et de motivation. Mais les règles rigides qui s'appliquent en la matière éliminent le sens de l'initiative et d'avancement d'une manière matérielle d'un échelon à un autre. Ceci

démontre que la réglementation en vigueur ne prévoit pas des formes de promotions par mérite professionnel.

Les procédures d'avancement ne prennent pas en compte la qualité du travail, la performance la rationalité, l'aptitude la compétence et le potentiel. Le médecin est condamné à un carriérisme rigide qui se résume comme suit : recrutement, confirmation, avancement, retraite.

#### **3.4.4- La formation n'est ni développée ni permanente :**

Si nous analysons un budget annuel nous constaterons que le chapitre formation n'est que de 2% à 5 % dans le meilleur des cas alors que 70% du budget sont consommés par les salaires du personnel médical, paramédical et administratif pour encourager la formation. Les praticiens médicaux généralistes bénéficient d'une réduction d'ancienneté.

- D'une année pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de trois (3) mois

-De dix huit mois pour ceux ayant suivi une formation complémentaire de six (6) mois

-L'article 33 de ce décret stipule « ne peuvent bénéficier de cette formation que les PMG de santé publique ayant exercé trois années au moins en cette qualité »

Les conditions d'accès à la formation complémentaire spécialisée. Les modalités de son organisation ainsi que les domaines et les filières prioritaires de formation sont fixées par arrêté du ministre de la santé.

Les modalités de sanction des formations complémentaires spécialisées sont fixées par arrêté du ministre de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur

Les conditions de nomination de ces postes de commandement soumises à certaines conditions par exemple les médecins inspecteurs sont nommés parmi les médecins généralistes major justifiant de deux années d'exercice. La formation continue dans l'hôpital vise surtout à rappeler, sensibiliser et mettre à jour toute qualification ou compétence pour une meilleure rentabilité d'une action à tous les niveaux de l'organisation.

la formation continue peut être considérée comme un rappel permanent des rôles et des fonctions afin de mieux les assumer .

Le médecin, et ceci n'est pas propre à l'hôpital de Rouïba, a besoin d'être à jour dans sa spécialité par un abonnement régulier dans des revues spécialisées et la participation à des séminaires et des journées d'études planifiées et programmées au préalable pour mieux répondre aux objectifs de la mise à jour des qualifications et des compétences .Les journées d'étude

doivent porter sur des thèmes bien ciblés répondant aux objectifs stratégiques de l'entité ou de l'établissement.

Si l'établissement de Rouïba était autonome et les moyens le lui permettaient ses gestionnaires choisiraient des stages à l'étranger pour les praticiens de la médecine interne, de la pneumo- phtisiologie ainsi que la chirurgie afin qu'ils puissent utiliser cette formation comme un moyen judicieux pour la développer dans leur profession et de participer au transfert du savoir médical pour leur établissement

d'origine. Ces praticiens sont d'excellents agents de communication qui pourront à leur tour assurer une formation continue en direction de leurs collègues et les résidents en formation. Dans le cadre des recommandations nous reviendrons sur ce problème.

en matière de gestion des ressources humaines , nous reviendrons sur la formation car elle est à la base de tout progrès humain qui doit faire parti d'un programme global de motivation .

Nous proposons à l'hôpital de Rouïba la création d'une bibliothèque destinée à servir la formation médicale pour les médecins, les paramédicaux.....

Cette bibliothèque doit être dotée d'une salle de lecture qui peut être utilisée a l'occasion comme salle de projection et salle de réunion.

La formation ne doit pas être une affaire de jours ou de semaines mais de toute l'année. il faudrait commencer par installer l'INTERNET et le rendre à portée de main pour tout le corps médical et tout le personnel de l'établissement .

Démuni de moyens financiers l'établissement de Rouïba ou un autre se trouvera dans l'impossibilité de le faire .Ce n'est que cette année 2008 que la direction fait des démarches pour vulgariser ce moyen d'information et surtout de formation et le rendre plus disponible pour le corps médical et des cadres supérieurs de la direction.

Concernant le niveau des personnels médicaux et la formation 100% des médecins sont diplômés en médecine générale , 75% sont titulaires d'un DEMS en pneumo phtisiologie , en chirurgie , médecine du travail , pédiatrie

.  
Seul le service d'hémodialyse qui fonctionne avec quatre médecins généralistes.

Concernant la formation complémentaire 20% ont suivi un stage en informatique. Les autres ont appris l'informatique sur le tas. En médecine du travail les médecins spécialistes et les maîtres assistants ont suivi une formation en ergonomie et d'autres en secourisme.

Les médecins pédiatres désirent suivre une formation en psycho- clinique

Les médecins du service d'hémodialyse désirent suivre une formation de quelques mois en néphrologie, assister à des symposiums et avoir un chef de service spécialisé en néphrologie.

Concernant la formation continue tous les services et surtout en chirurgie et médecine du travail des colloques hebdomadaires sont organisés et les étudiants dans cette spécialité interviennent régulièrement sur un sujet de recherche ou des cas de malades suivis sont exposés par ces mêmes résidents. Les maîtres assistants doivent organiser une à deux communications par an.

A la question avez-vous besoin d'une formation 95% en pédiatrie veulent un détachement pour une formation en psycho clinique et en cardiologie.

Pédiatrique.

Ainsi qu'une formation d'urgentiste, en échographie vasculaire et certains veulent avoir des cours d'anglais à l'hôpital pour maîtriser certaines données scientifiques.

### **3.4-5- Absence d'une véritable politique sociale :**

La situation de la gestion du personnel médical et autre est caractérisée par une absence d'une politique de planification des ressources humaines à long terme.

La conservation des ressources en l'occurrence celle des médecins interpelle à la mise en œuvre d'une politique sociale or dans la réalité qui ressort de nos interviews l'administration centrale n'accorde que peu d'importance à cette action ce qui signifie :

-une amélioration du cadre de travail stable et valorisant. A Rouïba cette amélioration a commencé par la réalisation d'un pavillon à peu près bien entretenu et respectable pour le corps professionnel et les malades. Les autres pavillons sont en cours de restauration.

Une mauvaise qualité de vie professionnelle se traduit par des absences répétitives, une démotivation et surtout une dégradation du niveau des prestations. a cet effet le corps médical de l'hôpital de Rouïba n'est pas très touché par le phénomène de l'absentéisme sinon les absences dues aux accouchements des médecins femmes ( voir tableau n°42 ) .

Si nous voulons retenir nos ressources il faut leur rendre leur dignité il faut les payer correctement et leur assurer un niveau de vie correcte. Etre médecin en Algérie de nos jours est presque un « sacrédo ».

Il faut noter que dans la grande majorité des établissements les œuvres sociales sont absentes ou presque c'est ainsi qu'il est impossible de construire une crèche au sein de l'hôpital car la réglementation centrale ne le permet pas. A l'hôpital de Rouïba une crèche rendrait service à la majorité des femmes qui y travaillent, il faut l'autorisation du ministre de tutelle une fois de plus .Pourtant

70% des médecins sont des femmes à Rouïba et cette crèche rendrait service à toutes les mamans tout corps confondu.

-Le climat de travail s'est dégradé surtout au niveau des urgences ou le personnel est exposé à un danger certain surtout pendant les gardes de nuit.

Le personnel est exposé pendant les manipulations des équipements, l'instrumentation, l'exposition à certaines maladies (SIDA) et autres, tuberculoses etc. .

**3-5 Le système d'information** est à revoir à cause du manque de tradition de communication et de dialogue. Les traditions bureaucratiques de monopole de l'information entraînent un cloisonnement des structures et c'est le cas du service de médecine interne.

Ce manque de tradition de communication et de dialogue au sein d'une structure ne favorise nullement un climat de concertation et de participation à la prise de décision.

La non circulation de l'information entraîne des conflits sociaux pas toujours faciles à gérer.

L'année 2007 et 2008 a vu se produire beaucoup de grèves dues surtout à un manque de communication avec l'administration centrale restée sourde à beaucoup de revendications du corps médical et paramédical. Ces grèves ont touché l'hôpital de Rouïba comme tous les établissements publics .

### **3-6 -Pression et contraintes sur les services :**

#### **3-6-1- Service pédiatrie.**

Une visite quotidienne dans les services nous a permis de nous rendre compte

Qu'il est très difficile de répondre aux besoins pressants des patients vu les possibilités techniques offertes aux médecins. En pédiatrie chaque médecin du service traite 10 à 15 malades par jour. En interne le service n'a que douze (12) lits par conséquent ne peuvent être hospitalisés que douze enfants.

#### **3-6-2 - Services pneumo phtisiologie :**

Au niveau des urgences le service peut dénombrer 100à120 malades par jour et chaque résident reçoit 10 à 15 malades par jour.

Le chef d'unité qui est lui-même maître assistant donc enseignant peut visiter jusqu'à 100 malades par garde avec l'aide d'un interniste. Ce même assistant ne peut prendre en charge que quatre (4) malades au niveau du service car il a le travail pédagogique des étudiants.

La gestion du service est d'autant plus complexe, car le chef de service elle-même est malade mais ce problème doit être résolu par la tutelle.

Les résidents souhaiteraient avoir un ou deux bureaux pour recevoir les malades.

### **3-6-3 Médecine du travail :**

La mission principale pour les maîtres assistants consiste à encadrer les résidents dans leur formation.

La mission des médecins consiste à convoquer des travailleurs à examiner dans le cadre des visites systématiques entre 5 à 10 travailleurs par jour en plus des consultations spécialisées. La tâche des maîtres assistants consiste aussi à l'animation et la coordination des actes de prévention dans le milieu Professionnel dans des entreprises contractuelles qui bénéficient de l'assistance de l'hôpital.

Ce service assure la couverture d'au moins mille (1000) personnes pour accomplir leur mission les médecins n'ont pas de véhicules de service.

Souvent les décisions sont prises en groupe (d'une façon collégiale)

Cet état d'esprit est très présent dans ce service pour l'avoir bien perçu aux différents colloques hebdomadaires auxquels j'ai pu assister. Ici plus que dans les autres services la gestion est basée sur la méthode participative.

### **3-6-4 - le service d'hémodialyse :**

Ce service bénéficie de beaucoup d'attention de la part de la direction pourtant les conditions de travail ne sont pas ce qu'elles devraient être par rapport aux dimensions du service. Mais cette situation devrait s'améliorer avec le projet d'extension déjà programmé.

Les équipes se relayent toutes les quatre heures et sont au nombre de trois. L'absence du médecin néphrologue est due à l'absence du poste budgétaire. L'avantage du service c'est l'existence des huit « reins » qui sont récents et de la dernière technologie. La mission du médecin généraliste consiste à surveiller la bonne marche du service, à prendre la tension artérielle de chaque malade vérifier le poids et surtout veiller à éviter des complications qui peuvent intervenir pendant la séance de dialyse. Les médecins de service craignent souvent d'être dépassés. Les médecins souhaiteraient une formation en néphrologie sur une période de six mois.

Ces médecins travaillent dans des conditions pour le moins difficiles et sous payés, Certains médecins sont payés par le ministère de solidarité grâce au filet social.

### **5-5- Les urgences : UMC**

Le corps médical des urgences procède à 350 consultations par jour. Les équipes de jour pour la médecine interne sont composées de deux assistants et huit généralistes en deux équipes.

L'équipe de nuit comprend un assistant soit un spécialiste deux résidents deux internes et trois infirmiers.

Les urgences travaillent dans des conditions très difficiles il demandent plus de sécurité en embauchant des agents à la hauteur de leur mission qui est de protéger les médecins surtout pendant les gardes de nuit.

Tout l'hôpital fonctionne avec trois ambulances ce qui dérange le bon fonctionnement du service. Le service est dans l'attente d'un scanner qui éviterait des déplacements dans les hôpitaux.

Se remettre en cause et revoir le système des urgences, Dr Boubzari Confirme que « les services d'urgence des hôpitaux sont désorganisés du fait d'une très mauvaise répartition des tâches. Les raisons c'est l'absence de toute hiérarchisation de soins, le manque de qualification du personnel soignant médecins généralistes et maîtres assistants absence de formation d'urgentistes ».

A Rouïba les équipes de garde sont composées de médecins de médecine interne et de résidents en chirurgie et de médecins de l'emploi de jeunes très mal payés.

A l'échelle nationale nous notons un manque de qualification du personnel soignant et du personnel de soutien et une absence totale de communication et d'échange d'informations entre services. Nous notons aussi une absence de référence et de pôle d'excellence aux standards internationaux.

Nous suggérons la création d'une institution sous forme d'agence avec un statut juridique à l'image de celle du sang (ANS)

Selon Dr Boubzari « le service des urgences doit répondre aux problèmes des diagnostics, des thérapeutiques, déontologiques, et éthiques posés par chaque malade ».

Il appartient aux professeurs et chefs de service qui doivent défendre le corps du métier au niveau central. La tutelle doit penser sérieusement à ouvrir une spécialité pour former des urgentistes qui sachent soigner les malades et surtout les accidentés. Ils doivent être plus psychologues dans les cas de catastrophes.

Le service des urgences de Rouïba est largement dépassé. Les responsables doivent penser à un meilleur accueil des patients avec 350 patients par jour « la quantité y est, c'est le moment de penser à la qualité ».

Nous avons l'impression que c'est un service « fourre - tout » : personnes âgées, angine, douleurs abdominales, plaies, brûlures, fractures ....

Mais à coté de ces motifs qui justifient ou pas une consultation à l'hôpital il y'a les vraies urgences qui doivent en principe bénéficier d'une prise en charge adéquate.

C'est le cas des catastrophes naturelles : séisme de Boumerdés en 2003. Il faut rappeler que cette zone est sismique, inondations de Bab El Oued ou

encore les accidents de la route (RN24) et autoroute Est Ouest avec leurs lots quotidiens de morts et de blessés graves ainsi que la proximité de la zone industrielle avec tous ses risques (incendie, produits toxiques) etc....

Ce service doit donc être bien équipé, doté en moyens humains suffisants et bien rodés à la tâche et en matériels de réanimation adéquats.

Les citoyens qui s'adressent à ce service nécessitent une prise en charge rapide et surtout vitale médicale et chirurgicale.

Il faut qu'il soit muni de respirateurs, défibrillateurs et les appareils de monitoring pour la surveillance des patients (scope, oxymétrie) Et les moyens de diagnostic l'ECG et l'échographie dans le cas où le service de médecine interne ne suffit pas.

Une étude à l'échelle nationale doit être entreprise par des spécialistes et des experts en urgentologie et non pas par des administratifs de la tutelle qui ne connaissent pas la réalité du terrain dans chaque région d'Algérie où Les besoins ne sont pas toujours homogènes.

Après avoir recensé les problèmes qui se posent à la gestion des personnels voyons la réaction à travers les réponses qui ont été apportées à la question principale : quels sont les axes de travail à envisager pour améliorer la situation du personnel médical et la situation du malade ?

80% des médecins ont répondu qu'il faut améliorer les conditions d'accueil et de confort du malade et les conditions de travail des personnels médicaux..

20% sont sans opinion où n'ont pas compris la question.

Un grand nombre estime que les conditions de restauration sont à revoir.

Concernant l'amélioration des conditions médicales 70% pensent qu'il faut les améliorer 30% sont sans opinion ou sans réponse par exemple en pédiatrie les locaux doivent être plus grands, ils demandent des chambres plus grandes et plus confortables.

A la question êtes vous traités avec le respect qui vous est dû à votre activité et à votre poste : 80% ont répondu oui dans le service mais pas aux urgences où la pression est permanente .20% sont sans opinion.

65% pensent qu'il y a manque de moyens techniques et le peu qui existe n'est pas entretenu par manque de ressources financières .35% pensent qu'il y a manque de moyens d'exploration (médecine du travail et médecine interne ainsi que le service pneumo – phtisiologie)

80% sont pour une politique de communication qui existe au sein du service mais elle ne concerne que des informations techniques elle omet le fait que le médecin est un être humain qui doit être pris en tant que tel ,qu'il a besoin de participer au fait de ce qui se passe autour de lui et en dehors. Pour



apporter sa pierre. et s'informer de ce qui se passe sous d'autres cieux en ayant l'accès à l'INTERNET et surtout participer à des symposiums .

85% pensent que l'instauration du management peut améliorer la gestion de l'établissement hospitalier.

Ils pensent faire participer le citoyen au paiement des frais médicaux et pensent aussi que c'est une gestion archaïque.

45% pensent que la GRH peut permettre d'obtenir l'adhésion de tout le personnel pour tout projet à l'hôpital .30% sont sans opinion 25% ne croit pas à cette

solution et pensent que se sera jamais appliquée et par conséquent se remettent à la fatalité et pensent pour certains d'entre eux que la solution est d'aller au privé ou pire encore à l'étranger.

La revendication principale est récurrente. C'est améliorer le statut des praticiens dans la santé publique.

90% pensent qu'il faut améliorer l'environnement socio professionnelle que nous détaillerons dans le chapitre recommandations.

A la lumière des réponses que nous avons eu aux questionnaires remis par nos soins aux médecins praticiens et hospitalo- universitaires de l'hôpital de Rouïba et les articles portant sur le statut particulier des praticiens médicaux, nous pouvons conclure que la gestion de ce personnel au sens classique du terme , est une gestion strictement administrative qui apporte une réponse immédiate et rapide , sur le plan des moyens et de la mise en œuvre de ces moyens à un besoin de court terme .

Cette gestion a tendance à s'occuper des catégories, des grades, des différentes positions administratives du personnel soit en deux mots la gestion du statut administratif du personnel

Cette approche juridico administrative, aura tendance à privilégier l'application des statuts, contrôler l'exercice des droits et obligations de chacun, en définitif gérer les grades plutôt que les individus, en s'appliquant à respecter scrupuleusement les règles relatives au recrutement, la paie, aux différentes positions d'activité, à la notation et à l'avancement en termes d'échelons et de grades. On respecte les limites des droits et obligations de chacun, en négligeant le développement et l'épanouissement individuel et collectif.

Des réponses aux questionnaires remis au corps médical il se dégage le résultat suivant que : Les ressources humaines dont l'importance n'est plus à démontrer et en particulier le corps médical, n'est ni valorisé par ses statuts particuliers, ni par une politique sociale encore moins par les conditions de travail. De ce fait se dégage un sentiment de mécontentement très perceptible pendant les dernières grèves du mois de Février et Mars 2008.

Ma présence à l'hôpital m'a appris que ce personnel a l'impression que sa compétence n'est pas prise en compte ni dans la répartition des indemnités, ni dans le domaine de promotion ou d'avancement d'où il y a un laissé aller très perceptible par les patients . J'ajouterai à cela que le phénomène de mécontentement des médecins Algériens est exacerbé par le fait que même nos voisins Tunisiens et Marocains sont mieux payés. Les médecins Algériens considèrent que le pays a une manne pétrolière et perçoivent ceci comme une injustice et pas comme un risque d'inflation comme l'affirment les économistes.

En effet parmi les économistes un courant d'idées affirme que la distribution des hauts salaires sans contrepartie de production de biens crée de l'inflation.

« Pour l'hôpital , il faut attribuer un statut plus conforme à ses missions et devant lui assurer toute l'autonomie de gestion nécessaire, à savoir un statut d'établissement public à gestion spécifique (EPGS) qui existe déjà dans l'arsenal juridique Algérien, comme c'est le cas pour les organismes de sécurité sociale ». <sup>13</sup> Aussi, il est souhaitable qu'il soit élaboré et adopté un plan général de réhabilitation pour chaque hôpital et devant contenir au moins la fixation d'un niveau de performance (plusieurs critères d'activité), un contrat de performance pour l'équipe dirigeante et l'application d'un niveau de base d'outils et de méthodes de gestion moderne.

## **Section 4 : conclusions et recommandations pour la gestion des ressources humaines en milieu hospitalier :**

### **4.1-initiation à la gestion des ressources humaines à l'hôpital :**

Rien n'est plus compliqué que de gérer les ressources humaines. Mais si difficile que soit ce domaine, il n'en demeure pas moins aussi beau qu'essentiel car en touchant aux personnels médicaux, on touche au cœur de l'hôpital.

L'hôpital Algérien doit accepter les changements qui doivent être opérés dans la manière de penser et de concevoir la gestion du personnel hospitalier en général et des médecins en particulier.

Rappelons qu'il y a une vingtaine d'années les responsables du personnel des grandes entreprises dans les économies avancées confrontées à des réalités nouvelles mouvantes et complexes différentes des situations antérieures, ont compris qu'il fallait rompre, au plus vite avec les conceptions et pratiques anciennes sous peine de ne plus maîtriser la fonction majeure qu'ils avaient en charge .Ils ont substitué à la notion administrative et financière qui caractérisait la gestion du personnel le nouveau concept de « gestion des ressources humaines » fortement décriées

---

<sup>13</sup>- Extrait de la communication présenté par Mr Boulahbal sur le statut juridique, est t'il un obstacle à une gestion performante de l'hôpital. Revue le gestionnaire n°4 de L'ENSP Décembre 2000.

,au départ car il y a eu assimilation suggérée des personnes humaines à de simples ressources matérielles .

Les chefs d'entreprise ont eu conscience de la notion de compétitivité qui dépendait de leur capacité à trouver, à gérer et garder leurs cadres supérieurs pointus et compétents, mais également sur une augmentation rapide de la qualification de tous leurs salariés. A partir de ce moment la gestion des ressources humaines va se détacher progressivement d'une gestion stricte du personnel pour investir des territoires nouveaux comme la qualité, l'organisation du travail plus souple, l'anticipation, la motivation, la délégation de pouvoir.

Ces territoires nouveaux peuvent concerner la santé et plus précisément l'hôpital. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'une erreur dans le secteur de l'industrie se mesure par une diminution du chiffre d'affaire alors que dans la santé cela se mesure par des infirmités, des décès, des douleurs, et des souffrances des patients.

Donc nous devons changer de gestion et avoir un objectif de valorisation de ce corps constitué de personnels médicaux, paramédicaux et administratifs .La plus grande attention doit être portée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital.

Un bilan très rapide de la santé en Algérie fait par le ministre de tutelle nous donne pour l'année 2007 : « 190 hôpitaux ont accueilli cinq millions de malades qui ont totalisé onze millions de journées d'hospitalisation et plus de quarante millions de consultations toutes branches confondues » .En outre Mr le ministre a signalé que « le programme de relance 2005- 2009 a fait bénéficier le secteur d'un montant global de 1900 milliard de dinars dont une grande partie sera consacrée pour la réalisation de centres spécialisés et d'unités de médecine de proximité »<sup>14</sup> .

A la lecture de ce bilan, Comment se fait il que le secteur de la santé avec tous ces moyens est encore malade ?

Nous devons donc trouver un moyen de mobilisation qui puisse permettre au corps médical d'assurer et de réaliser un objectif commun qui est une meilleure prise en charge du malade.

Il ne faut surtout pas croire que les problèmes de la santé se résolvent avec une meilleure fiche de paie.

« Sommes nous certains que ces défaillances sont dues seulement aux insuffisance de crédits, au manque d'effectifs, à la pénurie de tel ou tel produit » ?<sup>15</sup> Cette question posée par Dr Boulehbahl a guidé notre

---

<sup>14</sup> - Bilan tiré de l'interview du ministre amar tou paru dans la revue électronique médecine du Maghreb Décembre 2007.

<sup>15</sup> - Comment gérer le personnel hospitalier au troisième Millénaire ? Communication présentée par Mr Boulahbal rapportée par la revue le gestionnaire de l'ENSP n°03 Juin 1999.

investigation et nous tenterons d'y répondre : a travers les quatre actions qu'il nous propose et qui sont comme suit :

\*changer l'image que le médecin se fait de l'administration

\*Améliorer les conditions de travail

\*Réajuster le système de valeurs

\*Appliquer des techniques qui suscitent l'Adhésion du personnel et surtout des personnels médicaux.

#### **4.2 positiver l'image de l'administration**

Le travailleur en général de par le monde voit l'administration comme un organe de coercition et parfois de répression.

En Algérie le corps médical voit la tutelle avec une mauvaise image.

Les spécialistes du secteur public voient l'administration centrale avec un mélange de suspicion et d'hostilité.

La majorité ne se montre pas toujours par crainte de représailles .Ils voient l'administration centrale comme une entrave dont les rouages bureaucratiques empêchent le déroulement harmonieux de l'activité.

cette image est donc trop négative pour pouvoir jouer le moteur dans la mobilisation du corps médical. Pour eux tout ce qui vient de l'administration est suspect. , même quand elle essaye de faire de bonnes actions.

Il faut réhabiliter la confiance, restaurer la crédibilité et positiver l'image de l'administration cela demande du temps et de la persévérance et surtout des actions.

Il faut assainir la situation des médecins (c'est le sujet de notre investigation) car en fait c'est tout le personnel de l'hôpital qui est concerné.. L'administration doit procéder à la régularisation des agents en matière de positionnement, de rappels, d'avancement, de nomination et de titularisation de certains médecins payés par le ministère de la solidarité.

Ceci pour assainir l'environnement et faciliter le travail des médecins.

La direction générale est concernée directement par ces actions mais ne peut agir que dans la limite que lui permet actuellement la réglementation.

Le directeur assure la gestion et la conduite générale de l'établissement et en tient le conseil d'administration informé.

Il faut promouvoir la justice : garantir l'égalité de tous devant la loi, en cas de faute la sanction ne doit pas être arbitraire, mais en proportion avec la gravité de la faute, cette faute doit être professionnelle et non personnelles. Donc à l'hôpital il n'y a pas de place pour « les protégés et les intouchables » qui sont au dessus de la loi.

La gestion d'un établissement doit se faire dans la transparence : les cercles

informels ne doivent pas avoir de place à l'hôpital. Les décisions sont prises par des personnes légalement habilitées à le faire.

### **4.3 - humaniser la gestion :**

Mon séjour à l'hôpital m'a fait comprendre que le médecin a des valeurs fondamentales au travail qui se situe moins au niveau de la rémunération que dans la reconnaissance professionnelle, l'autonomie l'initiative ou encore la reconnaissance professionnelle et la connaissance du rôle individuel et de sa finalité dans le cadre d'une organisation bien spécifique de l'établissement ou d'un service médical. Le médecin n'est pas une machine qui doit exécuter des actes. On doit respecter sa dignité .

La sérénité reviendra entre lui et l'administration centrale que lorsque le corps médical cessera de penser que la tutelle est là pour la distribution des mauvaises notes et des contraventions.

Humaniser l'hôpital peut signifier aussi améliorer la qualité de vie des malades. C'est restituer à l'hôpital le sens de l'homme. Tout le monde s'accorde à dire que la formation médicale est trop scientifique, trop centrée sur l'organe, elle oublie l'homme, le malade dans son humanité et dans sa société.

### **4.4- humaniser et sécuriser le travail :**

La qualité des relations professionnelles est une condition essentielle du bon déroulement des activités ; l'approche des solutions de la difficulté des tâches (stress, pesanteur, charge mentale ...) des soignants sur le tissu relationnel, source de tensions et de conflits. elle requiert de la vigilance pour maintenir le climat relationnel des équipes et le savoir faire de leur responsabilité .Les améliorations passent par la création d'espaces d'écoute et la prise en compte des difficultés vécues dans le service . L'amélioration des conditions de travail est la garantie d'une adhésion du corps social à son milieu professionnel.

### **4.5- promouvoir la communication :**

L'administration doit s'ouvrir un peu plus sur les services, réunir les personnels médicaux, les informer des mesures qu'elle envisage de prendre, les écouter et écouter leurs problèmes et leurs préoccupations.

à l'heure actuelle , la communication est d'autant plus nécessaire à l'hôpital et doit relever plusieurs défis, être capable d'intégrer les technologies de pointe et de prendre en charge les pathologies nouvelles.

Elle doit répondre aux exigences et attentes des malades qui souhaitent une meilleure prise en charge et une amélioration de la qualité des prestations.

L'efficacité de cette communication dépendra de la mise en œuvre d'une réelle gestion des ressources humaines qui passe par la mobilisation, l'adhésion, l'implication du personnel au projet de l'hôpital.

Une organisation ne peut évoluer et assurer sa stabilité en dehors d'un système de communication motivant qui constitue le nœud du management des hommes.

« La communication dit Melle Makhloufi est la pierre angulaire de l'organisation l'outil incontournable de toute administration cohérente et performante, outil de pilotage des ressources humaines et d'aide à la prise de décision »<sup>16</sup>. Ce qui domine le système de santé en Algérie c'est cette rigidité, cette approche bureaucratique administrative qui ne facilite guère la dynamique du potentiel humain.

Mon séjour à Rouiba m'a appris que ces hommes et ces femmes ont un potentiel énorme à condition de les associer pour le mettre en valeur.

« La communication est un vecteur de progrès au sein de l'hôpital »<sup>17</sup>

C'est l'affirmation de Mr Ferhat Balamane docteur en management des organisations à l'université d'Alger.

Le gestionnaire compétent est celui qui s'approprie ces conceptions managériales largement ouvertes sur les aspects de communication, de participation voire de « commandement consensuel »

Cela suppose, que l'on sorte de la représentation classique de l'autorité et du commandement et que l'on accepte que celui-ci s'exerce autrement que de manière dirigiste, et qu'il soit assorti d'une relative autonomie.

#### **4.6- Améliorer les conditions de travail :**

##### **4.6-1 -Améliorer le confort :**

Le capital humain est donc une ressource, une force et une richesse à préserver en tant qu'investissement immatériel indispensable pour répondre aux missions de l'établissement hospitalier .Pour cela il ne faut pas perdre de vue que cela suppose la satisfaction de tout ce qui concourt au bien être psychique et physique du corps médical au travail. L'amélioration des conditions de travail est la garantie d'une adhésion du corps social à son milieu professionnel. Le projet social doit lui réserver une place à la mesure de ses attentes. L'individu dit Jean Abbad dans son ouvrage « organisation et management hospitalier » ne s'intéresse à sa structure que pour autant qu'elle s'intéresse à lui.<sup>18</sup>

L'amélioration du cadre de vie doit être la préoccupation constante des responsables des ressources humaines.

---

<sup>16</sup>- Melle Makhloufi « Communication et motivation » 9<sup>ème</sup> journée nationale de gestion des établissements de santé exposé rapport par la revue le gestionnaire n)7 Du 23 Avril 2003.

<sup>17</sup>- Farhat balamane docteur en management ancien professeur à l'université.

<sup>18</sup> - Jean Abbad Organisation et management hospitalier H Berget- Levrault.

Il faut donc améliorer le confort de tout le corps médical sans exception ainsi que celui des malades par exemple des chambres éclairées, réchauffées et climatisées.

Le corps médical a besoin de souffler quelque fois à la sortie d'une intervention et de prendre un café sans être obligé de sortir du pavillon de chirurgie pour aller dans la cour où se trouve le distributeur pour grand public.

L'amélioration des conditions de travail est souvent assimilée d'une manière réductrice à des actions ergonomiques.

Une perception beaucoup plus large du thème doit être retenue pour élargir le sujet à une réelle recherche de l'épanouissement de l'homme au travail et de sa réconciliation avec sa tâche

Conscient des souhaits des malades, soucieux de la qualité de son accueil et de son ébergement, l'hôpital s'est doté au fil des années de structures administratives et hôtelières, s'efforçant de répondre aux exigences médicales et aux standards de confort même s'il y a un manque qui persiste en matière

D'hygiène dans les établissements publics, qui peuvent porter préjudice au personnel soignant et surtout aux malades.

#### **4.6-2- Conditions d'hygiène et de sécurité :**

L'hôpital est un espace géographique où interviennent des compétences diverses ainsi que des techniques scientifiques avancées. D'autre part c'est un endroit où se croisent des populations saines et des malades infectés de pathologies diverses et variées. Ils s'y pratiquent des examens et des investigations et des recherches de toute nature qui peuvent devenir des portes ouvertes aux germes dans l'organisme, si toutes les règles d'asepsie et d'hygiène ne sont pas respectées.

Que penser des services chirurgicaux où les douches ne sont pas fonctionnelles Est il raisonnable de rentrer dans un bloc avec sa transpiration et ses germes ?

C'est une expérience que nous avons vécue dans un des hôpitaux du centre lors d'une intervention chirurgicale.

En outre, le risque de contamination bactérienne omniprésent dans tout hôpital nécessite une vigilance particulière à tous les stades de la fonction restauration, depuis le stockage des matières premières jusqu'à la distribution finale de l'aliment à consommer. C'est pourquoi des mesures d'hygiène très strictes doivent être prises aussi bien vis-à-vis des locaux que vis-à-vis du personnel concerné par la fonction.

Le contexte hospitalier alimentaire est l'affaire des personnels de cuisine des diététiciennes ou des agents affectés à la distribution.

#### **4.6-3- L'approche ergonomique ou l'aménagement du poste :**

Sous les cieux des pays développés le corps médical est pris à son tour en charge psychiquement et physiquement. Le médecin bénéficie d'une action de prévention des lombalgies dues à la position debout pendant un certain nombre d'heures pour les chirurgiens par exemple.

Dans ce cadre l'ergonomie délimite des conditions physiques et mentales du travail. Les postures du travail sont délimitées dans le souci d'adaptation d'un poste à l'homme. Cette discipline étudie la durée, les rythmes du travail et leur influence sur l'individu : les horaires, la répartition hebdomadaires.

La médecine du travail a son mot à dire dans ce domaine et doit créer un espace d'expression pour ces médecins. Ces actions sont sources d'une meilleure intégration au milieu professionnel.

Cet espace d'expression favorisera le climat de travail propice à la qualité et la recherche de la créativité.

#### **4.7 - Instauration du système de valeur :**

Il faut améliorer les conditions de travail dont l'influence sur les médecins sont négatives. C'est l'absence de ce qui est communément appelé en Algérie le système de valeur cette notion propre à certains pays qui ont été sous influence de certains bouleversements sociaux. Ce système a été altéré et responsable du dysfonctionnement des structures hospitalières où on valorise plus le travail et où le sérieux et le dévouement ne paient plus.

Fort heureusement ce n'est pas général à tous les hôpitaux et pour preuve les interventions rapides lors des catastrophes naturelles comme les tremblements de terre ou les tempêtes.

Le directeur doit faire de sorte que les retards ne soient pas tolérés et si c'est répétitif il faut aider le médecin à solutionner la cause et non essayer de le régler par une sanction.

Pour cela le premier responsable de l'établissement doit nommer des personnes qualifiées aux postes de responsabilité et non des personnes non qualifiées, qui donnent le mauvais exemple.

Nous avons donc vu que sous l'influence des techniques de management, l'administration du personnel doit peu à peu évoluer vers une gestion davantage centrée sur la recherche de la valorisation des hommes. Parmi les instruments qui seront mis à la disposition des gestionnaires pour conduire et accompagner ce changement, nous parlerons de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, de formation, d'évaluation, d'intéressement et d'organisation efficiente du travail.

Ces notions n'ont d'intérêt que s'ils aboutissent à des fins qui servent l'établissement sanitaire et aide l'individu : médecin généraliste maître assistant et professeur à s'épanouir et s'adapter à cette nouvelle stratégie des



ressources humaines et ce sans oublier l'intérêt suprême qui est celui du malade.

Parmi les méthodes d'amélioration des conditions de travail nous citerons

#### **4.8 L'aménagement du temps de travail :**

Toute politique d'aménagement du temps et rythme du travail doivent concilier les aspirations des médecins et les contraintes de l'établissement hospitalier.

En milieu hospitalier, l'instauration d'une telle démarche représentait pour bon nombre d'acteurs un véritable défi en raison des difficultés à saisir exactement la production soins. Les contrats pour l'amélioration des conditions de travail ont favorisé l'ATT et a permis son développement.

Comme dans les entreprises le personnel hospitalier et surtout les médecins entrent de plus en plus tardivement dans la vie active à cause de la longueur des études (sept ans pour devenir médecin généraliste quand tout se passe normalement).

-Le départ à la retraite se fait à un âge fixé par la réglementation, mais le corps médical peut négocier sa prolongation à son poste à condition de signer un contrat avec l'hôpital.

- les interruptions pendant la vie active peuvent concerner le congé de formation

- un congé pour convenance personnel (le médecin doit le négocier avec l'administration)

- le congé d'enseignement et de recherche.

Le secteur de la santé est concerné par les horaires atypiques dont le travail de nuit et dont les horaires peuvent varier de 22h à 5h ou 22h à 6h

Le travail par équipes successives : permet à l'établissement hospitalier de fonctionner 24/24

Sur le plan individuel un certain pouvoir d'aménagement de ses horaires personnels peut constituer un élément attractif dans le choix de la profession.

#### **4.9 -Utiliser le système sanction / récompense :**

Parallèlement à l'action précédente et la formation du personnel il faut appliquer le système de valorisation dans des bons comportements et inversement la dévalorisation des mauvais comportements et pour cela il faut appliquer le système sanctions / récompense. L'efficacité de ce système n'est pas à démontrer. Une récompense n'est pas forcément une prime ou une promotion, le médecin peut se contenter de la reconnaissance des malades soignés par lui ou de la reconnaissance de son supérieur hiérarchique qui peut être le chef de service .Ce qui peut l'encourager à faire plus.

Quant un travail est valorisé par les responsables récompensé et admiré, inconsciemment ils auront tendance à l'adopter .Le tout est de savoir s'il est utilisé dans le bon sens.

#### **4.10 - Appliquer des techniques qui suscitent l'adhésion du personnel.**

Comme nous l'avons vu dans le point sur les conclusions de l'enquête quantitative et qualitative sur le personnel de l'hôpital de Rouïba que cette façon de gérer a ses limites si nous n'arrivons pas à l'orienter dans le bon sens. Il faut dire que depuis vingt ans beaucoup de changements ont survenu en Algérie, le multipartisme, la liberté d'expression de la presse, l'exercice du droit syndical, le droit de grève etc. Cela a induit d'autres changements dans le raisonnement et le comportement des travailleurs en général et des médecins hospitaliers en particulier qui sont mieux informés sur leurs droits. Ils entreprennent plus souvent des actions de contestation sous différentes formes. Ce qui explique qu'il y a eu beaucoup de grèves des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des maîtres assistants.

Ce droit de s'exprimer et de se révolter, il faut le préserver. Il faut trouver des méthodes qui suscitent l'adhésion du personnel autour d'un projet dans lequel il s'identifie, il se reconnaît, un projet qui le valorise et répond le mieux à ses besoins psychologiques. Ce projet doit impliquer tout le monde : administration, syndicat, médecins, chefs de service. Un processus basé sur le dialogue, la négociation et la persuasion. Pour obtenir l'adhésion les techniques existent : Celles classiques de management qui ont permis d'augmenter la productivité et le rendement. Mais ces méthodes ont ignoré la dimension humaine.

#### **4.10.1 - Les méthodes modernes de management (développées en 1940 par Maslow et Herzberg voir schéma en annexe)**

Elles mettent en jeu d'autres facteurs liés au caractère humain de l'employé tel l'autonomie, la responsabilité, l'initiative, le défi, le besoin d'être estimé et reconnu où le besoin de s'identifier à un groupe. Les médecins dans un environnement favorable ne demandent qu'à mettre leurs ressources au service de l'hôpital.

C'est à partir de là qu'est née la notion de **management participatif**.

Maintenant que nous avons compris dans quel sens il faut gérer ce personnel médical voyons les méthodes de motivation.

#### **4.10.2- Les techniques de motivation :**

Un responsable des ressources humaines ne peut être en mesure de motiver son personnel médical que si lui-même possède un certain nombre de qualités. C'est à travers cette image que l'hôpital est jugé, par extension le personnel qui y travaille. Cette autorité et cette confiance peuvent garantir un climat de sécurité et un minimum d'ordre et de discipline. C'est donc une autorité de compétence et de persuasion et non de statut qui est acceptée à cause de l'argumentation. Cette autorité n'est pas à confondre avec l'autoritarisme maladif.

#### **4.10.3- la mobilisation ne se décrète pas :**

Se basant sur cette vérité, le changement doit être impulsé et non imposé. Le médecin ne peut produire, que par la libre adhésion et la coopération avec ce supérieur hiérarchique. Ce changement sera un processus évolutif qui va

par étapes. Il faut y impliquer le maximum de personnes, il faut associer tout le personnel à son élaboration et négocier les objectifs à atteindre. Il faut communiquer, expliquer n'exclure personne garantir la libre expression et la responsabilisation de ses collaborateurs, déléguer et accorder un pouvoir de décision à autrui.

Toutes ces attitudes permettront d'éliminer la résistance au changement.

Il faut donc prendre en considération l'effet déstabilisateur du changement, parallèlement il faut mener une lutte contre les sceptiques. Il faut combattre la désinformation par une information claire et crédible. Il faut encourager l'esprit d'équipe par l'instauration et la préservation d'un climat de convivialité et un

esprit de cohésion en réduisant les conflits et les tensions et en canalisant cette énergie vers des actions plus valorisantes.

Une des conditions de la réussite dans le changement de la gestion des ressources humaines ; lorsque le personnel médical s'identifie à l'établissement où il travaille le directeur général pourra considérer que son combat est gagné à 50%. Lorsque ce personnel aura saisi que sa propre image sera valorisée si les malades sont bien soignés et vivent dans de bonnes conditions d'hygiène ...

L'enjeu ne sera plus la peur d'une sanction ou l'espoir d'obtenir une prime ou une promotion c'est la valeur du personnel soignant à ses propres yeux et aux yeux de la société, et c'est cela l'engagement.

Il faut donc s'identifier à l'institution où on travaille pour prouver son engagement. C'est un point de vue développé Jean Marc Bonmati, Jean Abbad, Jean Pierre Citeau.. Un point de vue développée aussi par les nationaux comme Madame Hattali, Mr Boulahbal, Dr Sahel (1)

Ce que nous venons de voir c'est une façon de voir les changements que nous devons opérer dans notre manière de penser et de concevoir la gestion des personnels médicaux dans le milieu hospitalier. Pour procéder aux changements nous devons utiliser certains outils énumérés ci après.

#### **4.11- Les outils du changement seront :**

##### **4.11.1 - La gestion prévisionnelle :**

La rareté des ressources financières nous impose de trouver des solutions adéquates en vue d'optimiser les moyens dont on dispose tout en respectant les équilibres budgétaires et la réglementation en vigueur.

Le meilleur moyen dans le premier stade concernant le personnel est d'adopter une démarche prévisionnelle dans la gestion des ressources humaines.

Motiver et développer les compétences est un impératif pour l'hôpital. C'est au management de développer les compétences du personnel et de miser sur

le potentiel de chacun dans l'intérêt bien compris du corps médical, des patients et de l'établissement. Au delà de la technique et de la maîtrise de la gestion la maîtrise de la gestion prévisionnelle, le développement des emplois et des compétences le concerne principalement. Le management doit repérer les savoir faire qui existent à l'intérieur de l'établissement les reconnaître et les faire partager.

Nous avons donc vu que la gestion au sens classique du terme est caractérisée par deux éléments essentiels à savoir la gestion administrative et celle purement budgétaire. Cette démarche apporte une réponse rapide sur le plan des moyens et de la mise en œuvre, et satisfait ainsi à un besoin de court terme.

Donc cette démarche ne s'inscrit pas dans un plan de travail à long terme, et ne permet pas de s'adapter aux évolutions à venir et risque de se révéler très coûteuse sur le plan économique et social.

A l'instar de toute entreprise prestataire de services l'hôpital consacre un taux important de son budget de fonctionnement à la rémunération et à la formation de son personnel en général et les médecins généralistes et spécialistes en particulier dans la limite du budget.

L'hôpital doit mobiliser toutes ses ressources et ses compétences pour arriver à concilier la double approche de la gestion des ressources, en intégrant le concept du développement qualitatif.

La GPRH, contrairement à la gestion du personnel permet une approche globale et anticipatrice, sans négliger le court terme en se basant sur les éléments suivants :

#### *L'analyse prévisionnelle de l'emploi :*

Cette analyse implique une connaissance approfondie de l'établissement, ses objectifs et orientations ainsi que l'environnement extérieur pour pouvoir influencer la configuration de la stratégie de l'établissement. Cela permet de repérer les emplois menacés et plus ou moins sensibles.

#### *L'analyse stratégique :*

Consiste à collecter certaines informations de sources internes : auprès de la direction, des services et l'audit interne s'il existe. Les sources peuvent être de sources externes : les organismes nationaux spécialisés (INSP, ENSP....etc.) le gouvernement, les séminaires.

A partir de là l'établissement peut dégager ses points faibles et points forts .

.

#### *l'évaluation des ressources humaines :*

L'évaluation est l'identification et l'analyse et aptitudes d'une personne ou d'un groupe d'individus. Cette évaluation permet de repérer dans quelle

mesure les ressources actuelles recouvrent les besoins de l'établissement .Quelles personnes pourront occuper les emplois de demain ? Ensuite elle débouche sur la préparation des compétences nouvelles dont aura besoin l'établissement.

Les informations recueillies sur chaque personne, en termes d'aptitudes, motivations et compétence pourront globalement déboucher sur des plans de carrières individualisés, en termes d'orientation, de promotion possible, de formation envisageable pour renforcer les points forts ou diminuer les carences, et cela permet ainsi à l'établissement de mettre en évidence ses points forts et ses faiblesses en terme de potentialités.

#### **4.12 - Les outils de la GPRH :**

La GPRH se résume en la capacité de l'établissement d'anticiper ses mutations lourdes tant économiques, technologiques qu'organisationnelles pour en gérer au mieux les conséquences aussi bien quantitative au niveau d'effectifs nécessaires, que qualitatives au niveau des compétences, en prenant en compte les ressources humaines comme l'outil fondamental de stratégie de développement.

##### **4 .12.1- Le redéploiement :**

Le redéploiement du personnel médical s'inscrit dans un contexte de moyens forcément limités. Il faut choisir et réaffecter ce dont on dispose, mais en modernisant et en améliorant cet existant car la solution du redéploiement qu'il faut saisir pour changer, assouplir ouvrir et décroisonner l'hôpital et offrir de lui une image positive et vivante .Les structures et les hommes ne doivent pas être figés, au contraire il doivent s'adapter en permanence pour mieux servir le public.

##### **4.12.2- La formation : clé du changement.**

La formation continue en tant qu'outil de concrétisation de la démarche prévisionnelle dans la gestion des ressources humaines est aujourd'hui au cœur de toutes les perspectives d'évolution des organisations. Elle est considérée comme le point de passage nécessaire à toute nouvelle orientation ou action majeure.

La formation est un moyen subtil et puissant d'accélération du changement. Elle offre une opportunité importante de rénovation des pratiques professionnelles notamment dans les domaines de la communication et de relation. Elle est un élément de motivation, d'évaluation personnelle et professionnelle.

Seulement voilà en Algérie le chapitre de la formation varie entre 1% et 3% quand cette somme n'est pas détournée pour d'autres chapitres .En principe c'est interdit par la réglementation .Ce volume doit être en réalité apprécié en fonction de l'utilisation qui en est fait . Trop souvent, il est procédé à des ventilations des crédits de formation un peu au hasard sans évaluation des besoins, non hiérarchisés en fonction des stratégies et de l'enrichissement du personnel.

La formation a pour mission de servir des démarches de progrès et doit faire l'objet d'une évaluation rigoureuse .Le contenu et les modalités de formation doivent être clairement identifiés comme source de participation collective à des actions de changement .C'est un moyen privilégié d'adaptation des hôpitaux aux évolutions des techniques, des modes d'hospitalisation et de l'organisation du travail.

#### **4.12.3- Le recrutement :**

Le recrutement en tant qu'outil de la démarche prévisionnelle de la gestion des ressources humaines est un élément complémentaire au redéploiement et à la formation et doit être l'exception pour pourvoir aux postes identifiés , avec des charges de travail précises , soit répondre à un besoin pressant .

Toute démarche de recrutement suit un certain nombre d'étapes comme : la définition de poste, l'identification de profil la détermination des sources.

-Deux sources s'offrent au gestionnaire des ressources humaines.

-À l'intérieur de l'hôpital par le choix de certains médecins comme ceux pris en charge dans le cadre du filet social ou le recours à des recrutements externes ; actuellement les affectations des personnels médicaux sont faits selon le budget et les nominations sur titre par la tutelle. L'administration doit procéder à une sélection. Le candidat recruté doit être accueilli, intégré. La phase de probation est considérée comme l'ultime étape dans le processus de la sélection.

Actuellement comme cela a été signalé le recrutement est procédurier et basé souvent sur un titre ou un diplôme ne reflétant pas ni la qualification ni les aptitudes psychologiques et morales. Ce recrutement est soumis aux limites imposées par la tutelle et la fonction publique.

#### **4.12.4 -l'évaluation des performances :**

Le médecin a besoin de connaître le résultat de son travail pour savoir s'il progresse ou s'il régresse ; il a besoin de savoir ce que pense son supérieur direct chef de service ou directeur. Tout être humain a besoin de se comparer, d'une émulation qui lui permet d'avancer de s'améliorer et surtout d'être reconnu.

Le chef tout en laissant du lest car le corps médical connaît son métier, mais montrer qu'il s'intéresse à ce que font ses collaborateurs. Il doit être à l'écoute et surtout être objectif dans son évaluation .Ce chef doit éviter d'évaluer le corps médical sur la base de critères subjectifs, non quantifiables, difficiles à mesurer et à communiquer tels que l'intelligence, la responsabilité, l'esprit d'initiative.

-Quand il faut sanctionner, il doit le faire dans la dignité et éviter de critiquer en l'absence de cette personne.

-Il faut récompenser l'effort car en médecine le résultat n'est pas toujours assuré, mais il faut y mettre tous les moyens qui sont à la portée de cette science

- Evaluer avec le maximum d'objectivité.

Jean Abbad a dit à ce propos il n'y a pas de compétence sérieusement exercées sans formation, il n'y a pas de formation objectivement organisée sans évaluation ».<sup>19</sup>

L'évaluation n'est pas un jugement de valeur et ne doit pas être basée sur une notation. La démarche doit s'appuyer sur une vision de l'évolution professionnelle et du développement personnel.

L'évaluation est un outil qui doit conduire à une transformation, plus précisément à une amélioration de la qualité traduite au travers du plan stratégique.

On doit donc apprendre à formaliser le résultat d'une évaluation sur le plan quantitatif et qualitatif même si certaines données comme la formation ne sont pas mesurables.

#### **4.12.5- L'intéressement et la déconcentration de gestion :**

L'intéressement est un levier puissant d'adhésion à l'institution .Il repose sur quelques notions de base sur le plan de la motivation , l'intéressement est un moyen de déclencher l'enthousiasme , susciter la créativité et renforcer le degré d'implication et de l'intérêt accordé au travail . La démarche de changement doit intégrer la pratique de l'intéressement à l'hôpital il faut encourager les expériences d'intéressement collectif aux gains de productivité. Dans la santé le gain n'est pas forcément monnayable il peut avoir une notion de gratification à partir de critères aménagement d'horaire, d'améliorations de conditions de travail, de prise en charge de formation permettant au médecin de mener à bien son projet .Préférentiellement à l'intéressement financier, existe l'intéressement de caractère stratégique dont l'objectif est de valoriser les hommes, de développer la motivation et l'engagement.

Une attention particulière doit être portée à la diversité des comportements qui caractérisent une collectivité au travail. Dans tout groupe social existe une marginalité que le management doit savoir identifier et impliquer.

Dans un concept de management ainsi élargi à l'ensemble du corps social, l'intéressement trouve toute sa légitimité et joue pleinement un rôle essentiel de moteur et d'accélérateur du changement.

La réussite de la modernisation de l'institution hospitalière passe par la conviction partagée d'agir en étroite collaboration avec l'ensemble des personnels politique. Interne sur le rôle indispensable de l'encadrement à la cohésion La réussite de la mission de l'hôpital repose sur l'existence d'un

---

<sup>19</sup> -Jean ABBAD organisation et management hospitalier, édition Berger –Levrault Mai 2001

projet social établi sur la base d'une nouvelle dynamique de négociation collective de performance.

Le nouveau contrat social sera celui qui, de manière participative contribuera à la réalisation du projet de l'établissement.

Cette nouvelle dynamique sociale postule le renforcement d'un réel dialogue social et l'instauration d'un management participatif résolument tourné vers la recherche du meilleur service rendu au malade.

La recherche d'un bon climat social dépend de la qualité de l'éthique de communication qui sera mise en œuvre.

#### **4.12.6- Organisation de la communication et du management participatif :**

Donc à l'hôpital traditionnel administré doit se succéder l'hôpital managé celui ou se partage l'information et qui prend en compte les activités professionnelles de chacun sans nuire aux objectifs de l'institution.

-De nos jours la communication dans l'hôpital est d'autant plus vitale, que l'information est reconnue comme matière première dans la prise de décision elle est utile à différents niveaux entre les services, elle permet la division et la coordination des tâches en facilitant la réalisation des missions en éclairant la prise de décision et en assurant l'adhésion des employés concernés.

- le système d'information à l'hôpital est une pratique de circulation des informations constitue l'essence d'une politique d'information.

Le bon management est celui qui facilite et qui prend en compte l'effort et l'innovation. C'est par la concertation et les échanges permanents que se construisent les liens identitaires.

Le plan de communication comprend l'information descendante et ascendante

***L'information descendante*** est véhiculée par divers moyens tel que le livret d'accueil les publications diverses , les techniques audiovisuelles les réunions , les colloques, les forums , Internet et Intranet

***L'information ascendante*** : une bonne organisation est celle qui gère judicieusement. Elles traduisent les attentes, les préoccupations, les aspirations du présent. Ces informations participent à l'enrichissement du climat social comme les boîtes à idées les enquêtes d'opinion et les sondages elles permettent d'établir un diagnostic en profondeur du climat social.

***Introduction des nouveaux champs de la politique d'information et de communication à l'hôpital*** : les politiques de communication et



d'information ont connu un essor sans précédent en partant de simples supports écrits, comme le journal de l'hôpital, les plaquettes de présentation, les moyens audiovisuels et les publications diverses, à de nouvelles méthodes de concertation, de communication et d'informations telles les cercles de qualité et les groupes d'expression de tout le personnel et plus particulièrement les médecins.

#### **4.12.7- L'organisation du dialogue social :**

L'amélioration du dialogue social est une nécessité il n'y a pas de changement notable s'il n'y a pas de prise de conscience plus déterminée des responsables des ressources humaines.

L'hôpital est un lieu où les communautés d'intérêt et la satisfaction du malade plaident pour l'instauration du dialogue social et de la communication.

#### ***Les cercles de qualité :***

Les cercles de qualité sont des groupes permanents de cinq à dix personnes qui se réunissent périodiquement et qui avec l'aide d'un animateur proposent des solutions aux problèmes de la vie professionnelle. En utilisant certains éléments méthodologiques :

- Identification des problèmes
- Sélection d'un problème et son analyse
- recherche de la solution
- présentation à la direction

-Les avantages des cercles de qualité sont multiples : se sont des formules simples qui ne nécessitent pas de textes législatifs ou réglementaires

-Ils permettent d'apporter un certain nombre d'améliorations concrètes qui concerne la qualité de travail du personnel hospitalier.

-Ces cercles ont pour objectif l'amélioration concrète que le corps médical peut apporter à la qualité de leur travail et à la motivation des participants. Les cercles de qualité sont intéressants et la formule est d'autant plus intéressante qu'elle est souple.

***Les groupes d'expression ou de concertation :*** l'expression directe du personnel médical a pour objet de mobiliser ce personnel autour d'un sujet commun. Les actions de ces groupes sont destinées à améliorer les conditions de travail dans l'hôpital.

Les modalités d'exercice de ce droit doivent être conclus entre l'hôpital et le syndicat.

Pour pallier à ses lacunes l'hôpital Algérien devra bâtir une politique performante d'information.

#### ***La stratégie de la démarche qualité :***

A l'hôpital, à chaque niveau hiérarchique, dans chaque unité de service, la sollicitation, la bonne volonté et la mobilisation de l'intelligence de tous

doivent être captée et orientée vers l'objectif commun : la meilleure qualité à produire pour la plus grande satisfaction des patients et des usagers .

La mobilisation des médecins, est éminemment souhaitable .Ils restent encore, trop souvent, réfugiés dans leur technicité parce que souvent dépossédés de tout pouvoir décisionnel .leur participation à des groupes de résolution de problèmes et la définition de la stratégie de l'établissement est une exigence du nouveau management.

La démarche qualité est un facteur primordial d'efficacité. La règle est de faire mieux avec le disponible et de s'efforcer de faire bien sans délai. La mission est double : satisfaire les attentes du patient et réduire les charges.

Les démarches qualité ont un lien étroit avec la gestion des ressources humaines en particulier, pour susciter l'implication des personnels.

La démarche passe nécessairement par une responsabilisation accrue des agents Ils doivent être sensibilisés et formés au concept de qualité c'est-à-dire à l'acquisition de principe et de méthodes aptes à les mobiliser.

***La gestion de la qualité ne s'improvise pas :***

Elle se prépare et s'inscrit dans la durée. Elle requiert la volonté partagée de recherche de l'efficacité, une implication des responsables au plus haut niveau, la définition d'une politique qui fixe des objectifs et des moyens, un consensus de toutes les instances et des groupes professionnels ; Elle se nourrit au quotidien et postule un management de performance de chaque équipe. Dans ce but Jean Fourastié dans son livre le grand espoir du xx siècle a écrit « le grand chef de service n'est pas celui qui épie et corrige ses collaborateurs mais celui qui aux moments requis apporte l'impulsion définitive ».(1) La limite vers laquelle tend la nouvelle organisation est celle où le travail se bornerait à cette seule forme de l'action : l'initiative

**Conclusion :**

Après avoir examiné le cadre théorique ou conceptuel qui nous a permis d'avoir des indications de piste de recherche que nous devons approfondir et nous aider à la compréhension du phénomène que nous étudions et qui est la gestion des ressources humaines à l'hôpital. Cette investigation nous a permis d'aboutir à l'élaboration de questionnaires qui nous ont permis de nous renseigner sur un cas réel, d'organisation et d'analyser les insuffisances de l'organisation actuelle.

Ces questionnaires sont les instruments et les outils de cueillette et de traitement des données. L'exploitation nous a montré la pertinence et les limites de ces moyens. La pertinence de ces questionnaires c'est qu'ils s'adressent à la source même qui sont les composantes de ce corps médical. Le corpus à qui s'adressent ces questionnaires est un échantillon complet composé de professeurs de maîtres assistants, de praticiens spécialistes et de médecins généralistes.

Cette partie de l'étude est basée sur la réglementation de la tutelle et surtout des conclusions des interviews menées à l'établissement hospitalier de Rouïba .

Nous avons constaté qu'il reste fondamental que l'adoption d'un système de gestion prévisionnelle des ressources humaines dans le secteur sanitaire passe par la connaissance de l'existant sur le plan quantitatif et qualitatif afin de passer à une correction organisationnelle et managériale comme nous venons de le voir dans cette partie intitulée « conclusions et recommandations ».

La GPEC est une façon de prévoir les compétences dans l'organisation c'est en même temps, un outil de diagnostic ,de révision et de projection

Nous avons vu que les méthodes classiques de management apparues au avec Adam Smith et plus tard avec Frederic Taylor et Henry Fayol ont permis d'augmenter la productivité et le rendement des travailleurs mais leur grande erreur est d'avoir ignoré la dimension humaine et d'avoir cru qu'on pouvait se passer de son intelligence et de sa créativité . Ces méthodes ont négligé le désir du travailleur de se surpasser et son besoin d'être reconnu .

Les méthodes modernes du management que nous venons d'énumérer tout au long de cette dernière partie de la section3« conclusions et recommandations » ne considèrent plus le travailleur comme une machine à exécuter des tâches bien réglées et devient rentable lorsqu'on lui donne plus d'argent .C'est d'autant plus important que nous avons à faire à des médecins de haut niveau intellectuel. Ayant tout sacrifié pour pouvoir se former, car les études médicales sont longues et très prenantes. Ces méthodes mettent en jeu d'autres facteurs lié aux caractères humains tel l'autonomie, la responsabilité, l'initiative ,le défis .

Le médecin a un besoin d'être estimé et reconnu par son administration qui dans un environnement favorable ne demande qu'à mettre ses ressources au service de l'hôpital et aussi et surtout du malade. C'est ainsi qu'intervient la notion de management participatif .avec ses cercles de qualité etc. .

Les méthodes de motivation ont été largement exposées la mobilisation qu'il faut impulser et non décréter. elle doit donc être le résultat d'une libre adhésion .

## **CONCLUSION GENERALE :**

Ceux qui travaillent dans le milieu hospitalier font un métier souvent difficile, en contact avec la souffrance, la détresse, la mort et la vie .Ceux sont bien sûr des étapes qui jalonnent le chemin de l'existence des hommes. Donc parler des ressources humaines à l'hôpital est un exercice périlleux.

Trois mois à l'hôpital de Rouïba, nous ont laissé cette impression de grande humilité. Nous étions dénuées de toute intention polémique. Tout au long de cette étude nous avons essayé d'être lucides et objectifs.

Vu la situation de la santé en Algérie nous nous sommes posés la question : est ce un résultat d'un problème de gestion ? Et la réponse serait donc « valoriser les ressources humaines est d'un intérêt stratégique pour l'hôpital.

Auparavant nous avons dû examiner les références dans les entreprises en nous basant sur des recherches de Peretti et de Jean Pierre Citeau etc. ...

Nous avons vu comment la gestion des ressources humaines s'est détachée progressivement d'une gestion « stricte du personnel » pour investir des territoires nouveaux « la qualité, l'organisation du travail plus souple, l'anticipation avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la délégation du pouvoir ...

Nous avons vu que la gestion des ressources humaines en général et des personnels médicaux en particulier a évolué et s'est développée de manière considérable au point de devenir un élément central de la gestion et des stratégies de développement au sein de l'hôpital occidental .

Jean Marc Bon Mati parle « des ressources humaines comme étant un patrimoine à valoriser ». Il ne croit pas si bien dire car la formation d'un médecin coûte à l'Algérie trente deux années d'études.

Dans les années quatre vingt dix les chercheurs Algériens ont pris conscience que notre mode de gestion est archaïque, obsolète dépassé, et inadapté et que nous devrions le changer, dans quel sens ? Et comment y parvenir ?

C'est à toutes ces questions que nous nous sommes proposés de répondre même si le chemin pour parvenir à la performance est encore long. Une médecine publique en bonne santé et performante ne dépend pas que des moyens matériels investis mais aussi et surtout de ses ressources humaines et de leur gestion.

Le capital humain doit être pris en compte d'une manière globale.

Le groupe des médecins au sein de l'établissement même si numériquement il paraît faible, il doit être valorisé. Le gestionnaire des temps modernes doit non seulement être déterminé au bon fonctionnement de son établissement, recruter, adapter à l'emploi par une formation exclusivement technique, élaborer des plans de carrière, rémunérer.

Cette vision serait incomplète si elle n'intègre pas le potentiel individuel et collectif que recèle ce groupe si important et vital que constitue ce corps médical regroupant les médecins généralistes les spécialistes, les maîtres assistants, les docents et les professeurs.

C'est donc un objectif de valorisation auquel seront confrontés le directeur général et le DRH dans un établissement hospitalier.

Leur priorité sera donc de réaliser au mieux la participation de ce corps médical à tous les projets de l'institution. Ce corps médical doit participer à l'élaboration de la stratégie générale et la stratégie propre à chaque fonction et à chaque service ainsi qu'à l'évaluation permanente de la qualité des prestations.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation technique et individuelle pour l'épanouissement de la personne doit être une priorité. Actuellement il se pratique à l'hôpital une gestion caractérisée par une centralisation des prérogatives et une rigidité des textes régissant la carrière des médecins praticiens. Cette gestion est très lourde. L'hôpital a un statut à caractère administratif de la santé même si ce statut de la fonction publique est complété par un ensemble de statuts particuliers.

Les responsables au niveau du sommet ont compris que le secteur est malade et ont voulu solutionner le problème à coup de réformes que nous avons citées tout au long de la description et l'historique du système de santé. Le premier problème est celui des salaires insuffisants des différents corps de la santé.

La libéralisation s'est faite après 1980 sans une véritable mise à niveau et un renforcement préalable et indispensable du secteur public qui disposait de moyens humains et de structures en grand nombre.

Le secteur privé a profité de l'affaiblissement du secteur public en lui absorbant les meilleures ressources humaines. Les spécialistes qualifient ce phénomène de véritable hémorragie.

Le directeur général et le DRH dans un établissement hospitalier, leur priorité sera donc de réaliser au mieux la participation de ce corps médical à tous les projets de l'institution. Ils devront procéder à l'évaluation permanente de la qualité des prestations et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

A l'absence de décentralisation et le manque d'autonomie suffisante il faut proposer les outils de la « GRH » largement décrits dans la partie «

solutions et recommandations ». Il faut noter aussi le manque de planification encore moins le système de GPEC. Les établissements ne font pas d'évaluation et de contrôle systématique des résultats malgré les sommes astronomiques investies dans le secteur qui sont par ailleurs insuffisantes selon certains en comparaison des normes internationales.

-Il est donc nécessaire de créer au niveau des hôpitaux une structure d'écoute de concertation et de dialogue regroupant tous les acteurs sociaux de la santé y compris les associations des malades, Syndicats etc. ...

-Le ministère de la santé ne doit plus gérer à coup de lois, décrets et amendements .Il doit donner une véritable autonomie de gestion aux hôpitaux avec un budget calculé sur la base des activités de chaque établissement et de ses performances .Grâce à ses ressources humaines en particulier du corps médical, le niveau est resté très haut en témoignent les communications qui se font aux niveau des forums à l'échelle nationale et internationale (haut niveau de recherche et techniques de pointe)

La GRH avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences peut être un instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle peut assurer les cohérences entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications et les politiques du personnel (recrutement, formation, mobilité, qualification, promotion.)

Mais certains auteurs mettent en garde à juste titre de trouver dans ces théories une recette miracle permettant de croire que quelques équations peuvent gérer les rapports entre les emplois et les hommes de façons prévisionnelles scientifiques et efficaces.

C'est ainsi que la gestion des ressources humaines sera détachée progressivement de la gestion stricte du personnel. C'est ce qu'essaient de faire les hôpitaux algériens sans trop de bruits en investissant des territoires nouveaux sans les nommer : La qualité, la communication, la motivation, la gestion participative ,la délégation , la contractualisation etc.....

C'est ce qui se traduit par toutes ces grèves, ces réformes et ces décisions d'amélioration de la situation des médecins .C'est une grève de bonne augure et un projet de borne santé.

Certains secteurs publics sont directement confrontés à une concurrence privée. Le secteur de la santé est également concerné par cette évolution. Le plus dangereux pour le secteur c'est qu'il reste dans une position attentiste.

Victime d'un système d'information souvent sclérosé et cloisonné ne favorisant pas la participation de toutes les compétences de l'hôpital.

Le moment est venu d'aborder avec courage les véritables transformations et particulièrement celles de la nouvelle organisation sociale de l'hôpital. Il faut donc

relever les défis dans le management des ressources humaines dont la vocation première est de soigner et soulager les personnes malades etc....

« on ne pourra plus faire marcher les gens avec la seule cagnotte du salaire , ce système a ses limites » , retrouver autre chose qui passera par la reconnaissance, la valorisation de la compétence , par des signes non monétaires mais par l'intérêt du travail .

Les composantes de la fonction des ressources humaines qui s'articule sur la gestion du présent en se basant sur les modalités de recrutement, l'administration, la rémunération, l'évaluation et la sanction. . la préparation du futur doit s'articuler notamment sur la sélection, le contrôle, la motivation, la formation et le dialogue social .

## Résumé

La santé est définie par l'OMS comme étant « un état de bien - être physique , mental et social » .La quasi-totalité de la mission de la santé s'articule autour du malade .Afin que cette mission puisse s'accomplir, il est indispensable de mettre en œuvre des moyens humains et matériels.

Le système de la santé outre ses structures administratives et techniques repose sur des établissements spécialisés qui dispensent des soins et fonctionnent grâce à des personnels médicaux qui retiendront notre attention et feront l'objet de notre investigation.

Un pôle de ce secteur en l'occurrence l'hôpital a été préoccupé d'abord de l'administration de son personnel. A-t-il comme l'entreprise découvert progressivement la GRH ?

Notre sujet consiste à répondre à la question « toutes ces pratiques dans l'entreprise s'adaptent-elles aux personnels médicaux particulièrement du milieu hospitalier » ?

Il semble opportun d'aborder les véritables transformations et particulièrement celles de la nouvelle organisation sociale de l'hôpital. Il faut donc relever les défis dans le management des ressources humaines dont la vocation première est de soigner et soulager les personnes malades etc....La solution pour les hôpitaux est de protéger leurs forces vives que constitue son corps médical. Il faut trouver d'autres solutions que l'augmentation des salaires pour les garder. Il faut passer par la reconnaissance, la valorisation de la compétence, par des signes non monétaires mais par l'intérêt du travail.





## Abstract

The health is defined by OMS as being “a state of physical, mental and social well-being” the mission of the health is centred almost entirely around the patient. To achieve this objective, it is necessary to make the best of human and material resources

The health system besides its administrative and technical structures is relaying of specialized establishments which provide medical care and which function thanks to medical personnel. It is these personnel who are the subject of our investigation.

A pole of this sector in this particular case the hospital was worried at first about the administration of his. (Her) staff -did it discover as the company gradually the GRH

Our subject consists in answering the question “off these practices in the company do the medical staffs particularly of hospitable (hospital) environment

It seems convenient to approach the real transformations conversions and particularly those of news of the hospital. It is thus necessary to meet the challenge in the management of the human resources the first vocation to protect their lively strengths which establishes (constitutes) its medical profession .

It is necessary to find the others solutions which the increase of salted

## **Bibliographie :**

### **Ouvrages :**

**Alexandre - VATIMBELLA :** Santé et Economie édition VUPS paru le 14 Avril 1993. Paru aussi chez l'éditeur SYROS

**-A. BERESNIAK, G .DURU** Santé et Economie édition 2001

**-BERGER –LEVRAUT** Traité de gestion hospitalière sous la direction de **Hervé LEUTEURTRE** Avril 2001

**-EMILE LEVY :** Introduction à la gestion Hospitalière paru aux éditions Bordas en 1981

**-Fatima Zohra Oufriha :** Système de santé et population en Algerie édition ANEP année 2002

**-GUYLE BOTERF**-Le schéma directeur des emplois et des ressources humaines : édition d'Organisation Paris 1988

**-Hervé LETEURTRE et Medal VAYSSE**-les tableaux de bord de gestion hospitalière ; Audit Hôpital édition Broché 1994

**-Jean François NYS-** La santé : Consommation ou investissement .économie du sport PUF collection que sais je 1994

- **Jean-Pierre CITEAU** Gestion des ressources humaines, édition Armand colin Février 2002

- **jean marc le GALL,** la gestion des ressources humaines collection Que sais je ? édition PUF 2007

**Jean – Marie PERRETI** Gestion des ressources humaines : Vuibert Entreprise collection dirigée par J-P Helfer et J .Orsini Décembre 1995

- **jaques IGALENS** Audit des ressources humaines Collection option gestion Décembre 2001

**-Jean ABBAD :** Organisation et Management Hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital Berger- Levraut Mai 2000

-**Jean-Marc BONMATI**) Les Ressources humaines à l'hôpital (un patrimoine à valoriser H Berger - Levraut année 1998

-**Louis MALLET** Gestion Prévisionnelle de l'Emploi collection option gestion

## **Mémoires :**

- Mr Lamri : Mémoire de magistère système de santé Algérien organisation fonctionnement et tendance sous la direction de Mr Bouzidi (institut des sciences économiques) 1986

- Mr Kraouan : La gestion des ressources humaines à l'hôpital, cas du secteur sanitaire d'El Attaf présenté en ( 2002- 2003 )

- Monographie des régions sanitaires (MSPPR)

- Etablissement Sanitaire situation actuelle et perspective : séminaire dirigé par Hocine Tahar et Terrak Amar année 30 ième promotion de l'école nationale de l'administration année 1993-1997.

- Mr Benmesbah : Mémoire sur le management des ressources humaines gestion prévisionnelle et acquisition année (CETIC) 1997

- Revue INPED N° 20, 21,23 numéro spécial : gestion des ressources humaines Octobre 2002

- Dr.A. Saida Mémoire : organisation et fonctionnement d'un CHU Année 2005 : ENSP

- Revues le gestionnaire de l'ENSP :

\* Numéro 5 : juin 2001

\* Numéro 3 : gestion prévisionnelle des ressources humaines date d'édition Juin 1999

\* Numéro spécial : formation continue : 1 et 2 Juillet 1997

\* Numéro spécial : n°2 la contractualisation IV journée nationales de gestion des établissements de santé : juillet 1998

\* revue n° 6 : stratégie de développement du secteur de la santé : 26 et 27 Mars 2002

\*revue n° 7 : réforme hospitalière « changement et communication : 23  
Avril 2003

Mémoires : Sur la tutelle sur le secteur sanitaire  
Sur la formation permanente chez les professionnels de la santé  
Sur la réflexion sur un nouveau mode de gestion des secteurs  
sanitaires (1992) ENSP EL Marsa (1992)

Cahier SHS n°5 : Réflexions sur L'hôpital de Demain :

Melle Talbi Safia : le recrutement Année 2005 -2006 ENSP

Mr Derguini : L'absentéisme causes et conséquences dans une structure  
hospitalière Etude sur les hôpitaux de la wilaya d'Alger 22 /07/2002

## **Webmagazine :**

**Site maghreb-santé** : guide de la médecine et de la santé en Algérie

\*Bilan des systèmes de santé par l'OMS K .Tabout9/4/ 2005

\* Lente et inexorable descente aux enfers des hôpitaux au statut équivoque  
Éditorial de Larbi Abid le 4 /12/ 2006

\* Réflexions sur l'avant projet de loi sanitaire par professeur Larbi Abid  
31/03/2001

\* Conférence sur gestion la optimale des finances par Mr Benachnou  
10 /04 / 2005 article de Djamila Kourta d'El Watan

\* Recueil international de législation 16 /03/2007 document de l'OMS

\* Il est temps de revoir le système de santé : Point de vue de Pr K.Merad  
03 /12 / 2005 Pr en cardiologie

\* Faillite programmée du système de santé et de l'assurance maladie : Point  
de vue de Pr Abdelyouhab Bengounia Pr en épidémiologie

\* Pour une dé bureaucratization de la gestion des hôpitaux et une  
professionnalisation des métiers de l'hôpital éditorial de Larbi ABID  
03 /04/2007

\* Système de santé : quelle place pour la santé publique de Mohamed IDIR  
Pédiatre (syndicat national des praticiens) 03/04/2007

- \* La santé publique méprisée par Dr Khadir Mohamed 08/11/ 2004
- \* Mort annoncée du système national de santé ....par euthanasie Farouk Zahi  
04/04/2006
- \* Avant projet de loi relative à la santé (MSPPR) Février 2003
- \* faculté de médecine en Algérie 19 /04/2007
- \* La refondation pyramidale des soins de santé point de vue par Farouk Zahi 14/ 05/2006
- \* Démographie Algérienne : source MSPPR et ONS
- \* Tourisme médical et exportation de soins une occasion de mise à niveau de nos structure de soins par Mohamed Cherak El Ghosli 18 Septembre 2006
- \* Article d'El moujahid : 6000 médecins Algériens exercent en France dont 70 professeurs chef de service 09/ 05/2003
- Enseignant – chercheurs et hôpitalo – universitaires :  
Statut finalisé
- \* Gestion des connaissances pour l'amélioration du système de santé par R .Bouriche : Dr en sciences politiques
- \* L'agence nationale de développement de la recherche médicale : article d'El Moujahid de 29/02 / 2008
- \* la réforme (moderniser et optimiser la gestion des soins hospitaliers (Mai 2006)
- \* Praticiens de la santé publique / Le SNPSP dénonce le mépris de la tutelle El Watan 24 /02/2008
- \* Déclaration de Mr le ministre de la santé « 80% des spécialistes seront affectés dans les hauts plateaux Janvier 2008.
- \* La santé au maghreb (protestation des malades et des professionnels 02 /01/ 2003
- \* L'Algérie en pleine transition épidémiologique par Réda Fehri Boubzari (article du journal quotidien d'Oran)
- \* la gestion hospitalière est le point noir (affirmation de Mr le ministre de la santé) le 11/11 / 2007
- \* Les praticiens misent sur la formation El Watan 25/02/ 2008

- \* Article d'El moujahid : infrastructure de santé en 2009 ( 26 janvier 2008 )
- \* Forum Algérie : quel est l'avenir des systèmes de santé Maghreb ?  
12/12/2005
- \* La charte de la santé : conclusions et recommandations établies lors des assises nationales du 26 au 28 Mai 1998
- \* Des principes fondamentaux de la politique nationale de santé
- \* Des principes directeurs de l'organisation du système national de santé
- \* Du financement de la santé
- \* De la formation, de l'information et de la communication\* La santé , pour un système d'information national et global de Meslem Larbi 15 / 02/2005
- \* des inspecteurs anonymes dans les hôpitaux : articles du quotidien d'Oran du 17 /07/2007
- \* Des spécialistes tirent la sonnette d'alarme : la santé dans un état critique : article d'El Watan 08 / 10/2007
- \* Nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et en EPSP
- \* des sociétés savantes et de leur rôle en médecine / éditorial de Larbi Abid Octobre 2007
- \* Communication et motivation : Melle Makhloufi édition électronique Maghreb santé .
- \* « L'Algérie accuse un retard de 20 ans » déclaration de Mr le ministre de la santé 13 / 02/2008 : article d'El-Watan
- \* Schéma directeur sectoriel de santé à l'horizon 2025 : rattraper le retard article du journal El moudjahid 22/02/2008
- \* les promesses du schéma directeur de la santé / article du quotidien d'Oran  
24/02/2008.
- \* La nomenclature nationale des actes médicaux a été modernisée selon les besoins sanitaires El Moudjahid 25 / 01 /2008
- \* santé en Algérie prestations de soins ou prestation de services El Watan 21/10 / 2004
- \* Formation continue de corps médical : la santé scolaire en débat El Watan 05 / 03 / 2008

\* Infrastructure hospitalière, Amar Tou reconnaît la vétusté et le retard considérable dans la réalisation des projets journal la tribune

\* Il faut rester d'abord médecin : professeur Hadj Mohamed Brahim  
25/10/2004

\* L'éthique médicale à l'ère de l'improvisation par Hafid Oussoukhine  
(membre de l'association internationale de sciences, éthique et droit  
16/04/2008



## **TEXTES JURIDIQUES :**

-JO N°8 du décret exécutif 16 Février1985 relative à la protection et à la promotion de la santé en Algérie (loi n° 85- 05

-Décret exécutif : n°2000-150 du 28 juin 2000 portant organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population

-Arrêté interministériel portant organisation en bureaux de l'administration centrale du ministère de la santé et de la population (JO 006 du23012002)

-Décret exécutif : 97-466 : fixant les règles de création d'organisation des secteurs sanitaires

-Arrêté DU 26 Avril1998 fixant l'organigramme des secteurs sanitaires

-Décret présidentiel n°02 -238 portant statut particulier des praticiens médicaux et des spécialistes de santé publique

-Décret exécutif n° 91-106 du 27 Avril portant statut particulier des praticiens médicaux et des spécialistes de santé publique

-Décret exécutif n°97 -261 fixant les règles de fonctionnement des DSP du 16 juillet 1997 n°47

-Décret exécutif n°07 -140 du 19 Mai 2007 portant la réorganisation de la carte sanitaire

-Décret exécutif 85-25du Février : création, organisation et fonctionnement des CHU

-Décret exécutif N°97-467du 2 12 1997 plus arrêté ministériel du 26 avril1998

-Arrêté interministériel du 25 12 2005fixant les modalités d'organisation des concours sur épreuves pour l'accès aux corps et aux grades des praticiens médicaux de santé publiques Décret exécutif n°07-140 du 19 Mai 2007 portant création organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers EPH et des établissements publics de santé de proximité

## LEXIQUE :

### Ressources humaines :

-**Choisir** : recruter, accueillir, intégrer

-**Former** : en veillant à manager la formation, identifier les besoins de formation

-**Gérer** : l'emploi et les temps prévoir l'évaluation des emplois, gérer les temps de travail, assumer les plans sociaux

-**Mobiliser** : Pour y parvenir il faut impliquer ses collaborateurs, animer, communiquer, informer, et redessiner l'organisation du travail.

-**Négocier** : connaître les logiques sociale, négocier avec les partenaires sociaux.

-**Orienter** : définir les projets professionnels et orienter les choix de carrières.

-**Rémunérer** : nécessite de mettre en œuvre une gestion stratégique, évaluer les postes, nouvelle politique de rémunération globale et individualisé.

-**Veiller** : nécessité de construire un système d'information en matière de RH , une vision stratégique des RH et dialogue avec la DRH.

### Secteur de la santé

**Économie de la santé** : pour la définir nous avons trouvé opportun de citer la définition de ALFRED SAUVY « l'économie de la santé est la branche de la connaissance qui a pour objet d'optimiser l'action médicale. C'est-à-dire d'étudier les conditions optimales de répartition des ressources dont on dispose pour assurer à la population les meilleurs soins médicaux et le meilleur état de santé possible, compte tenu des contraintes de moyens possibles ». <sup>20</sup>

**La gratuité** : La gratuité des soins des structures publiques de santé instaurée en Janvier 1974 en Algérie permettant ainsi la généralisation de l'accessibilité de la population aux soins

**La sectorisation** : ou le secteur sanitaire est l'entité de base de la distribution des soins ( hospitaliers et extra hospitaliers et des activités de prévention)

### Le principe de la hiérarchisation des soins :

La carte sanitaire nationale hiérarchise les soins selon quatre niveaux

**Niveau a** : Soins hautement spécialisés établissement hospitalier spécialisé dont le siège est le chef lieu de la wilaya).

**Niveau b** : Soins spécialisés établissement hospitalier dont le siège est le chef lieu de la wilaya.

**Niveau c** : Soins généraux (hôpital général au niveau de la **daïra**).

**Niveau d** : Soins de premiers recours dispensés dans les unités légères au niveau de la commune

---

<sup>20</sup>- Alfred SAUVY, L'Europe submergé, Sud Nord Dans trente ans Dunod, Paris 1987.

## **Abréviations :**

ANS : agence nationale du sang

ANDS : agence nationale de communication de la santé

ATT : aménagement du temps de travail

CHU : centre hospitalier universitaire

CMS : centre médico - social

CNR : caisse nationale de retraite

CNAS : caisse nationale des assurances sociales

CASNOS : caisse nationale des non assurés

CTS : centre de transfusion sanguine

CT : court terme

DEMS : diplôme d'études médicales spécialisées

DRH : direction des ressources humaines

DSP : direction de la santé et de la population

EHP : établissement hospitalier public

EHS : établissement hospitalier spécialisé

EPSP : établissement public de santé de proximité

ENSP : école nationale de la santé publique

GRH : gestion des ressources humaines

GPEC : gestion prévisionnelle

INPED : institut national de la productivité

INSP : institut national de santé publique

MES : ministère de l'enseignement supérieur

MSPRH : ministère de la santé publique et des réformes hospitalières

MT : moyen terme

MNT : maladies non transmissibles

OMS : organisation mondiale de la santé

OST : organisation scientifique du travail

SGT : statut général du travailleur

SMIG : salaire minimum

SIRH : système d'information des ressources humaines

## **PS**

**ELTON MAYO :** (1880-1949) a fait partie du mouvement des ressources humaines quand il était à la Western Elect Hawthorne près de Chicago .

il a préconisé des conditions de travail meilleures pour une meilleur efficacité.

**F.FOMBONNE :** a fait partie de L'INSERM dans le cadre de la toxicomanie pour une évaluation des ses traitements .

**Tableau n° 23 Infrastructures sanitaires: 1974 à 1980**

infrastructures	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
hôpitaux	143	142	183	183	183	182	183
C. de santé	558	612	590	620	664	747	662
polycliniques	106	123	139	153	162	175	161
salle-soins	1402	1452	1295	1325	1364	1422	1364
nbre de lits	43404	44135	44594	45029	45168	44347	43028
maternités	50	53	40	47	54	36	54

ONS

**Tableau n° 24 : Infrastructures sanitaires: 1981 à 1985**

infrastructures	1981	1982	1983	1984	1985
hopitaux	188	196	198	197	211
C.de santé	745	820	910	869	969
polycliniques	192	228	249	279	319
salle-soins	1431	1660	1664	2197	2454
nbre de lits	44315	45830	47360	49280	49315

ONS

**Tableau n° 25 bis : Infrastructures sanitaire 1986 à 1990**

infrastructures	1986	1987	1988	1989	1990
hopitaux	238	261	263	275	284
C.de santé	1025	1205	1238	1238	1309
polycliniques	359	412	434	485	510
salle-soins	2574	2693	3041	....	3344
nbre de lits	52898	55001	56214	58605	60124
maternités	.....	.....	.....	333	475

ONS

**Tableau n° 26 : Infrastructures sanitaires existantes de 1991 à 1996**

<b>Infrastructures</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>
<b>hôpitaux</b>	263	263	267	274	251	232
<b>dont :-secteur sanitaires</b>	191	191	195	202	202	185
<b>CHU ( unités )</b>	53	53	53	53	28	26
<b>EHS</b>	19	19	19	19	21	21
<b>Centre de santé</b>	1112	1117	1131	1160	1152	1098
<b>polyclinique</b>	445	451	459	462	471	446
<b>Salles de soins</b>	3618	3848	3958	....	4174	3748
<b>nombre de lits d'hôpitaux</b>	5272				(2)5421	(2)5312
<b>maternité**</b>	8	53068	52802	53612	3	5
<b>Agences pharmaceutiques</b>	474	506	486	511	489	400
<b>dont état</b>	2954	3417	3520	...	4429	4579
<b>privé</b>	1018	1060	1135	...	11117	1160
<b>Centre médico-sociaux</b>	1936	2357	2385	...	3312	3419
<b>CMS</b>	582			...	716	556
<b>Centre CTS</b>	38	39	54	...	...	...
<b>Laboratoires d'hygiène de W</b>	74	76	43	...	38	39

**Source :ONS**

**Tableau 27 : Infrastructures sanitaires existantes de 1997 à 2002**

<b>Infrastructures</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
<b>hôpitaux</b>	223	245	261	268	275	372
<b>dont :-secteur sanitaires</b>	185	201	217	224	230	227
<b>CHU unités</b>	13	13	13	13	13	13
<b>EHS</b>	25	31	31	31	32	32
<b>Centre de santé</b>	1110	1126	1185	1252	1268	1281
<b>polyclinique</b>	462	478	482	497	504	513
<b>Salles de soins</b>	3601	3780	3851	3964	4100	4228
<b>nombre de lits d'hôpitaux</b>	52968	53529	54170	54618	54869	55233
<b>Maternités ++</b>	389	447	437	430	442	403
<b>Agences pharmaceutiques</b>	4712	5047	5299	5576	5800	6046
<b>dont état</b>	1108	1099	994	989	1022	1051
<b>privé</b>	3604	3948	4305	4587	4778	4995
<b>Centre médico-sociaux</b>						
<b>CMS</b>	428	504	448	515	564	563
<b>Laboratoires d'hygiène de W</b>	39	43	48	48	48	48

**Source:ONS**

**remarque:**

hôpitaux (secteur sanitaire) sont comprises les cliniques d'hospitalisation

**remarque :**

(1) hôpitaux (secteur sanitaire) sont comprises les cliniques d'hospitalisation

(2) 1995 et 1996 il s'agit des lits techniques d'hôpitaux et de cliniques d'hospitalisation

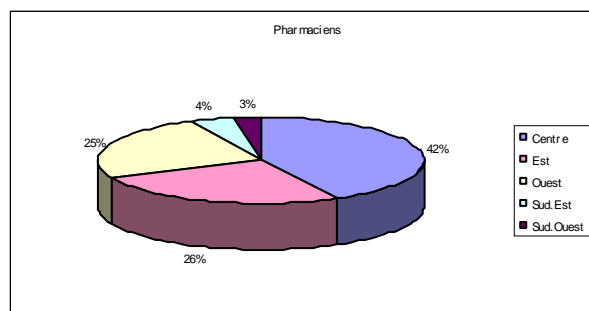
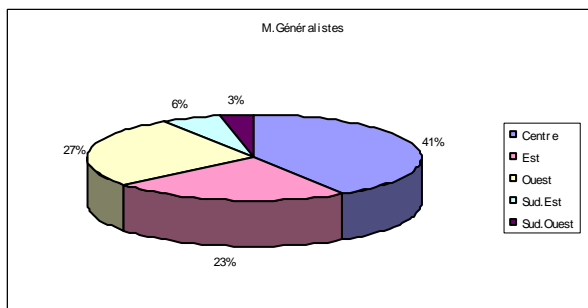
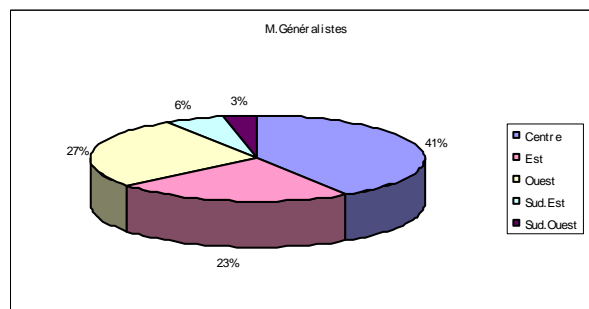
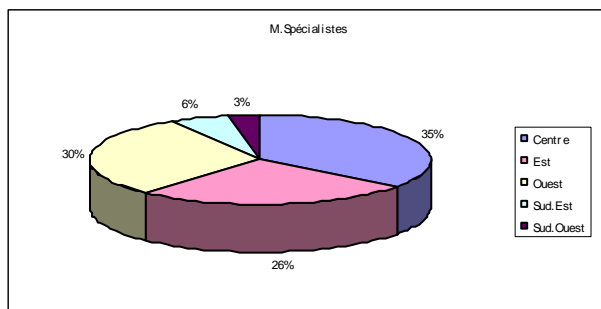
il s'agit de maternité rurale

## Effectif des praticiens du secteur public Année : 1990

Tableau n°28 Corps médical des secteurs sanitaire par région

	M.Spécialistes	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	764	3130	104	2122	6120
Est	572	1763	164	1325	3824
Ouest	642	2037	94	1247	4020
Sud.Est	122	431	29	211	793
Sud.Ouest	64	263	16	133	476
<b>Total général</b>	<b>2164</b>	<b>7624</b>	<b>407</b>	<b>5038</b>	<b>15233</b>

Source:annuaire MSPRH

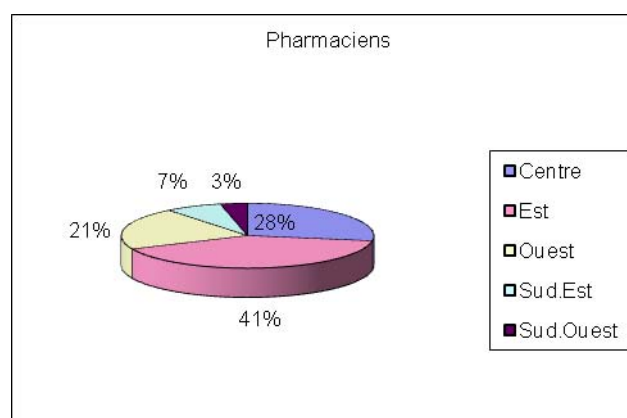
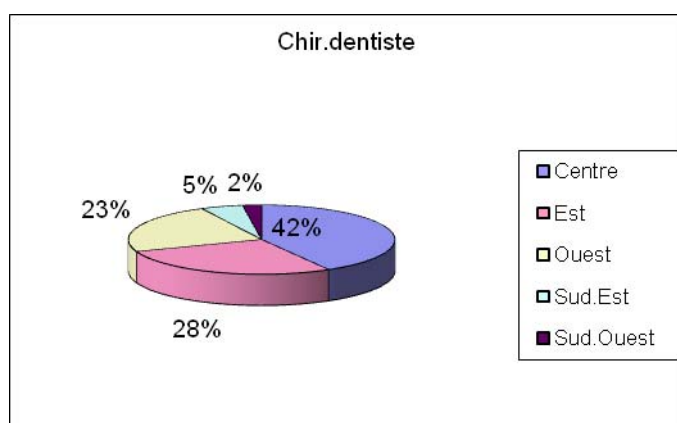
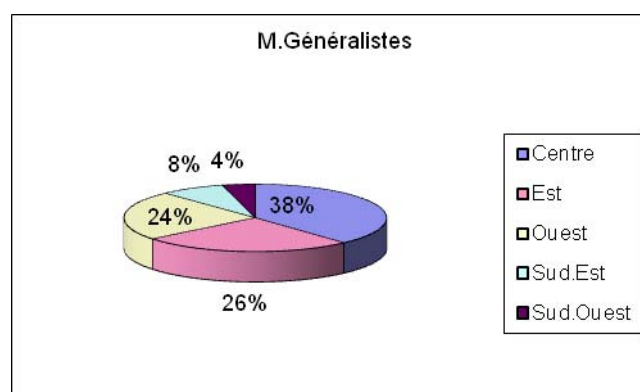
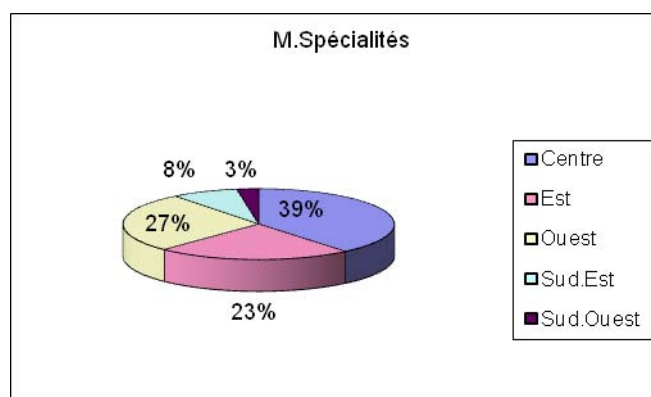


## Effectif des praticiens du secteur public Année : 1997

Tableau: 29 Corps médical des secteurs sanitaire par région

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	694	3741	2004	72	6511
Est	413	2540	1332	106	4391
Ouest	484	2320	1118	55	3977
Sud.Est	142	783	247	19	1191
Sud.Ouest	46	392	110	9	557
<b>Total général</b>	<b>1779</b>	<b>9776</b>	<b>4811</b>	<b>261</b>	<b>16627</b>

SOURCE :MSPRH

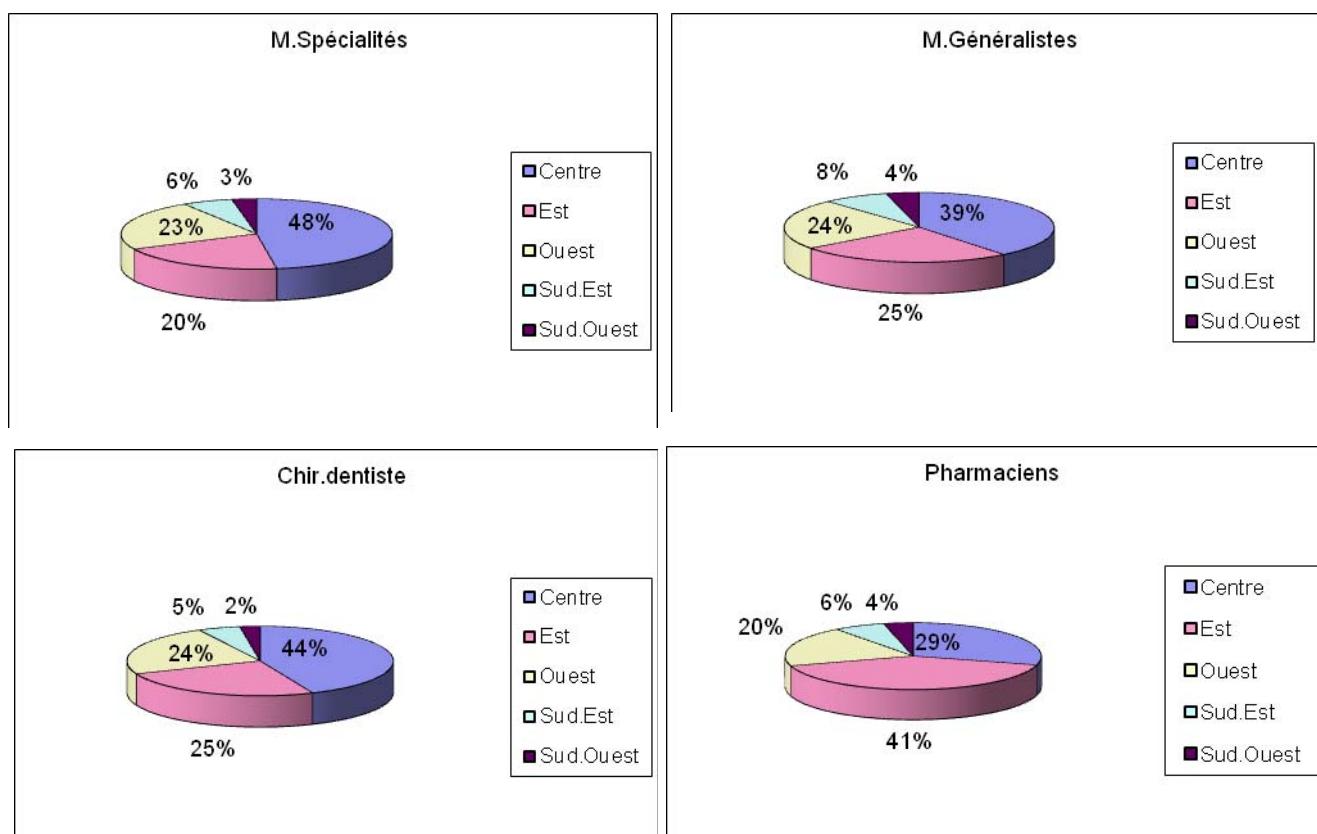




**Effectif des praticiens du secteur public Année : 1998**  
**Tableau:n°30 Corps médical des secteurs sanitaires par région**

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	1007	4028	2066	63	7164
Est	427	2610	1201	88	4326
Ouest	491	2410	1114	42	4057
Sud.Est	127	805	244	14	1190
Sud.Ouest	62	403	116	8	589
<b>Total général</b>	<b>2114</b>	<b>10256</b>	<b>4741</b>	<b>215</b>	<b>17326</b>

Source:MSPRH

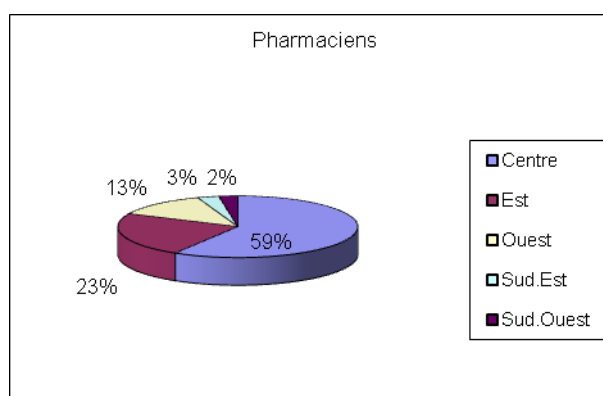
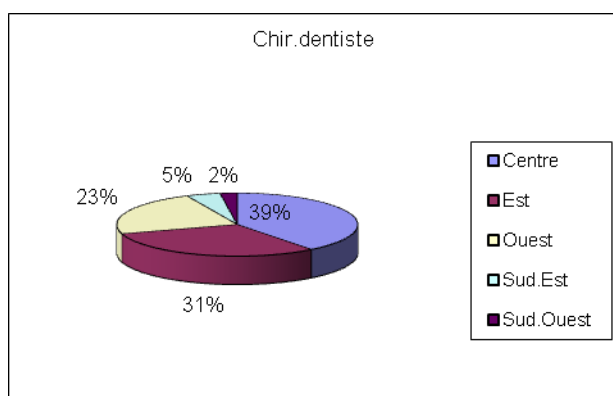
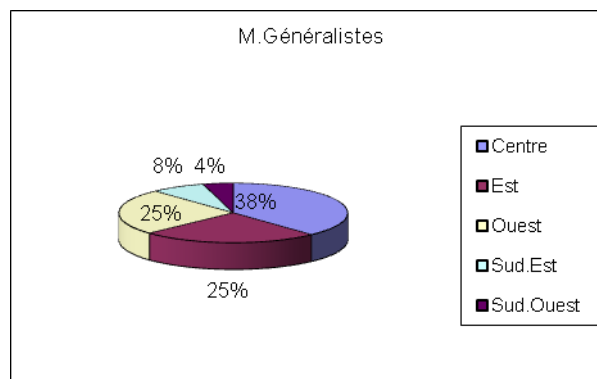
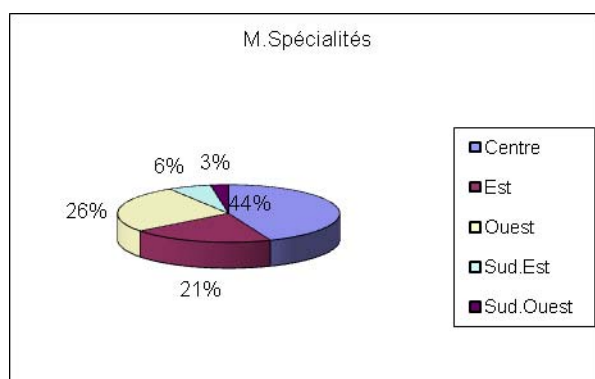


## Effectif des praticiens du secteur public Année : 1999

### Tableau:n°31 Corps médical des secteurs sanitaire par région

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	873	3673	1907	162	6615
Est	412	2404	1481	64	4361
Ouest	527	2412	1107	35	4081
Sud.Est	125	743	221	8	1097
Sud.Ouest	52	411	110	7	580
<b>Total général</b>	<b>1989</b>	<b>9643</b>	<b>4826</b>	<b>276</b>	<b>16734</b>

### SOURCE/MSPRH

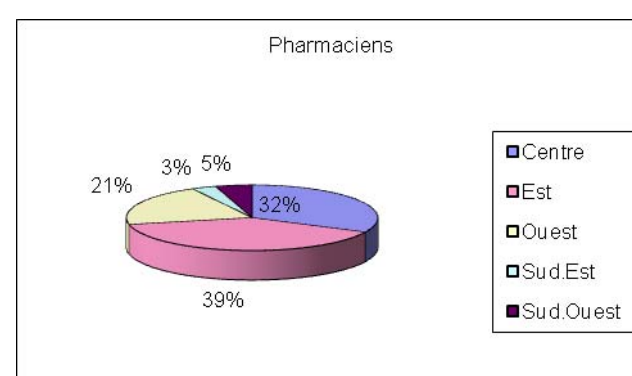
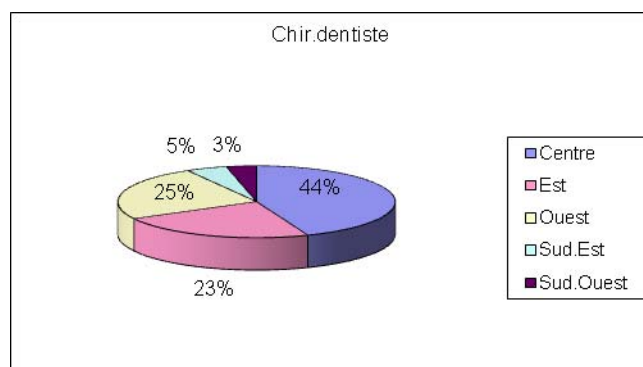
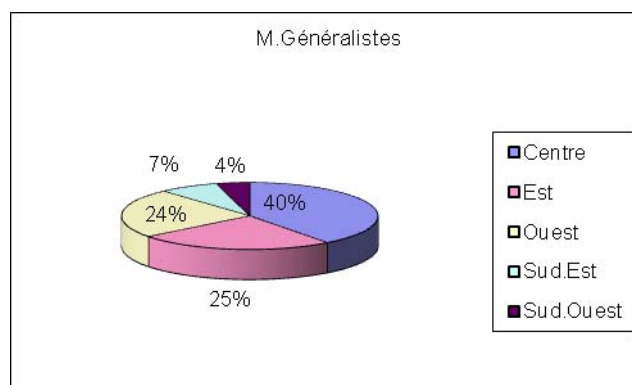
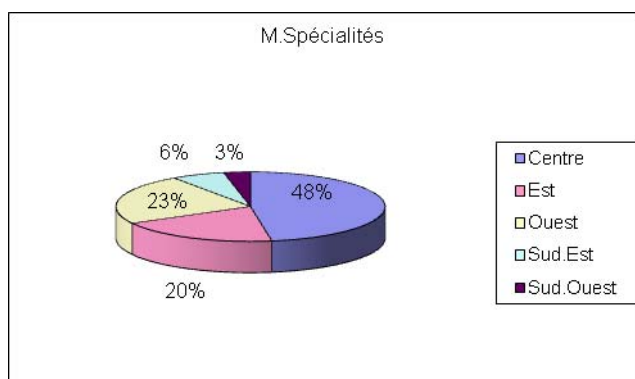


## Effectif des praticiens du secteur public Année : 2000

### Tableau n°32 Corps médical des secteurs sanitaire par région

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	1110	4154	2001	41	7306
Est	456	2584	1053	50	4143
Ouest	547	2495	1118	26	4186
Sud.Est	150	790	218	4	1162
Sud.Ouest	75	439	159	6	679
<b>Total général</b>	<b>2338</b>	<b>10462</b>	<b>4549</b>	<b>127</b>	<b>17476</b>

SOURCE:MSPRH

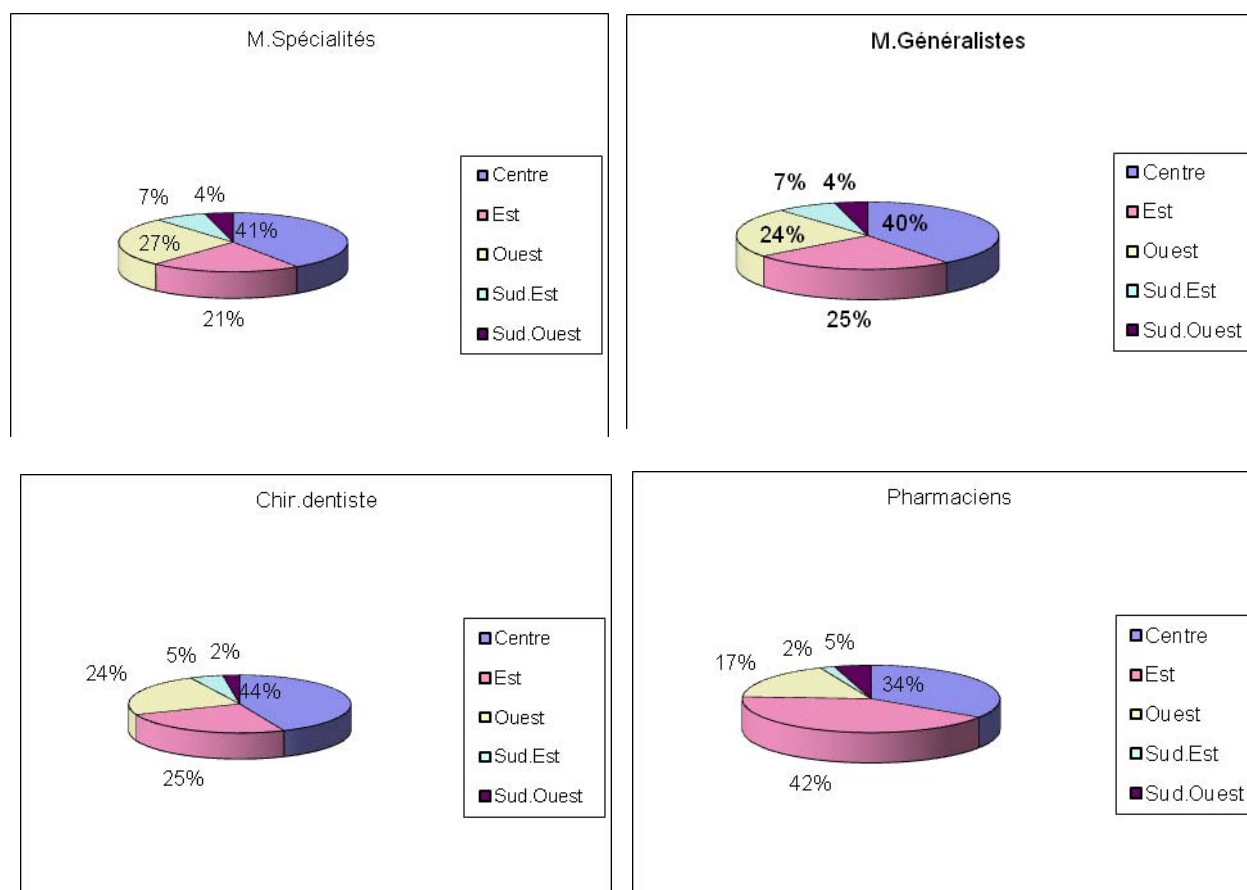


# Effectif des praticiens du secteur public Année : 2001

## Tableau n°33 Corps médical des secteurs sanitaire par région

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	1043	4262	1960	37	7302
Est	544	2653	1145	45	4387
Ouest	690	2568	1072	19	4349
Sud.Est	190	803	217	2	1212
Sud.Ouest	102	433	110	5	650
<b>Total général</b>	<b>2569</b>	<b>10719</b>	<b>4504</b>	<b>108</b>	<b>17900</b>

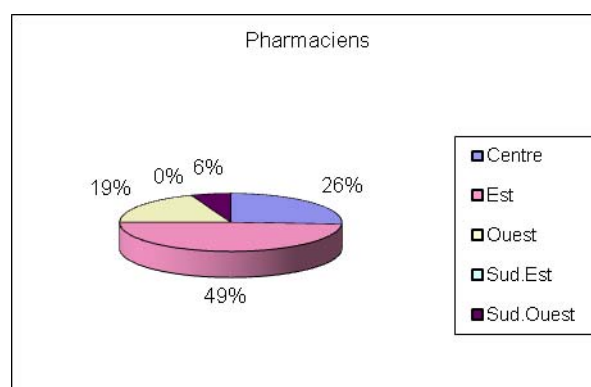
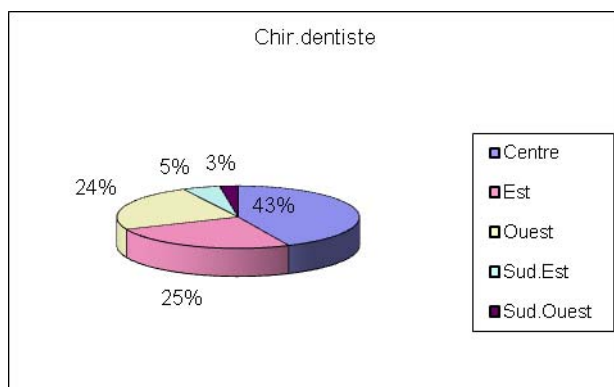
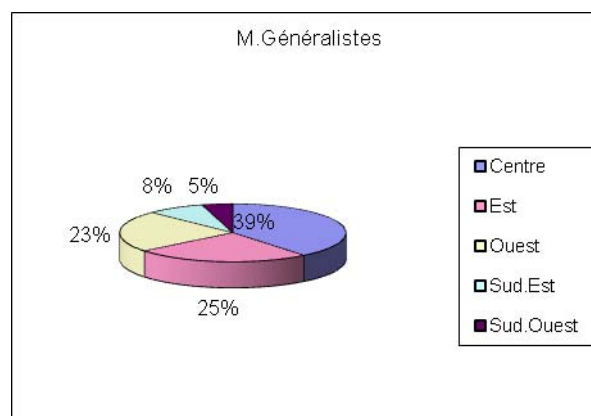
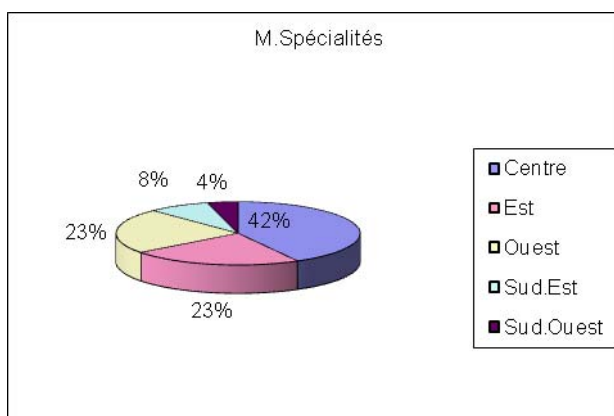
SOURCE:MSPRH



**Effectif des praticiens du secteur public Année : 2002**  
**Tableau n°34 : Corps médical des secteurs sanitaire par région**

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	1116	4305	1952	27	7400
Est	604	2743	1146	51	4544
Ouest	616	2531	1087	20	4254
Sud.Est	218	914	226	0	1358
Sud.Ouest	108	484	110	6	708
<b>Total général</b>	<b>2662</b>	<b>10977</b>	<b>4521</b>	<b>104</b>	<b>18264</b>

**SOURCE :MSPRH**

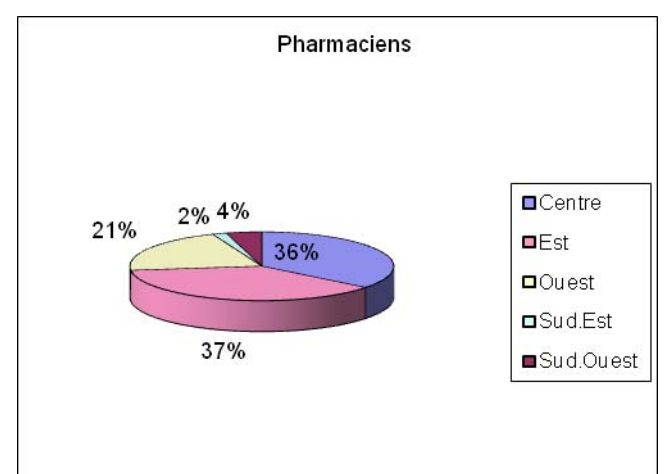
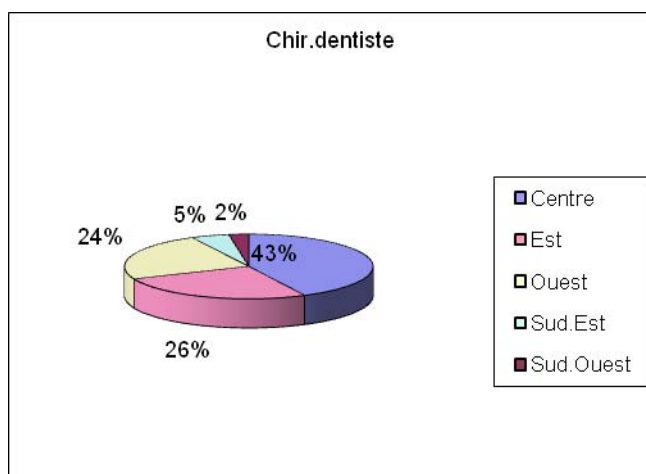
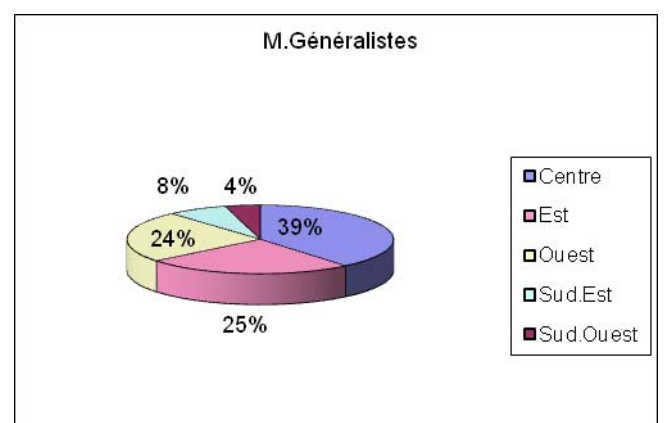
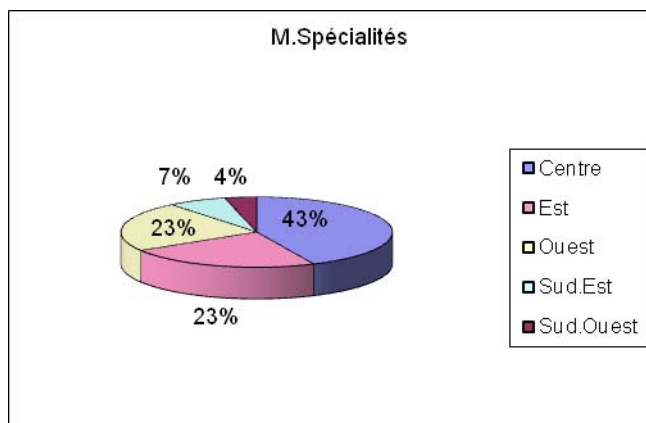


## Effectif des praticiens du secteur public Année : 2004

Tableau n°35 Corps médical des secteurs sanitaire par région

Région	M.Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	1343	4449	1935	41	7768
Est	718	2869	1182	43	4812
Ouest	717	2767	1082	24	4590
Sud.Est	218	834	225	2	1279
Sud.Ouest	118	484	117	5	724
<b>Total général</b>	<b>3114</b>	<b>11403</b>	<b>4541</b>	<b>115</b>	<b>19173</b>

SOURCE:MSPRH

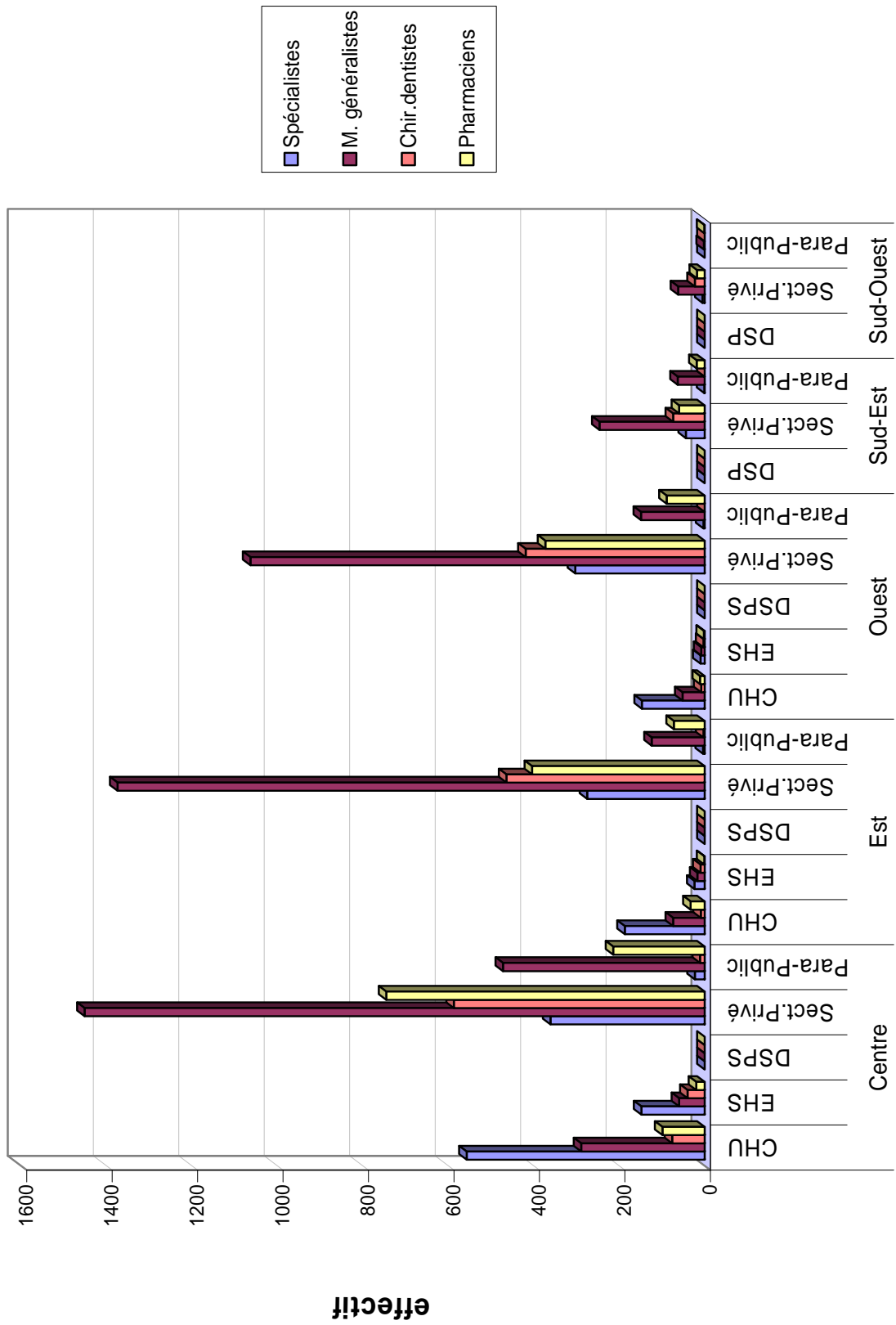


**Effectif des praticiens du secteur privé et public :****Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1990****Tableau n° 36 Corps médical Etat global par région****Secteur : Hospitalier, privé et parapublic**

Région	Structure	Spécialités	M.Généralist	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	CHU	557	289	76	99	1021
	EHS	148	60	40	20	268
	DSPS	/	/	/	/	0
	Sect.Privé	361	1451	587	745	3144
	Para-Public	23	472	11	214	720
Est	CHU	187	74	9	33	303
	EHS	24	17	10	1	52
	DSPS	/	/	/	/	0
	Sect.Privé	275	1374	464	404	2517
	Para-Public	4	124	3	72	203
Ouest	CHU	147	52	8	11	218
	EHS	10	8	3	2	23
	DSPS	/	/	/	/	0
	Sect.Privé	303	1063	419	373	2158
	Para-Public	3	149	0	89	241
Sud-Est	DSP	/	/	/	/	0
	Sect.Privé	44	246	74	60	424
	Para-Public	1	63	0	19	83
Sud-Ouest	DSP	/	/	/	/	0
	Sect.Privé	5	62	23	18	108
	Para-Public	0	2	0	1	3
Total général		2092	5506	1727	2161	11486

**Source:annuaireMSPRH**

# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1990



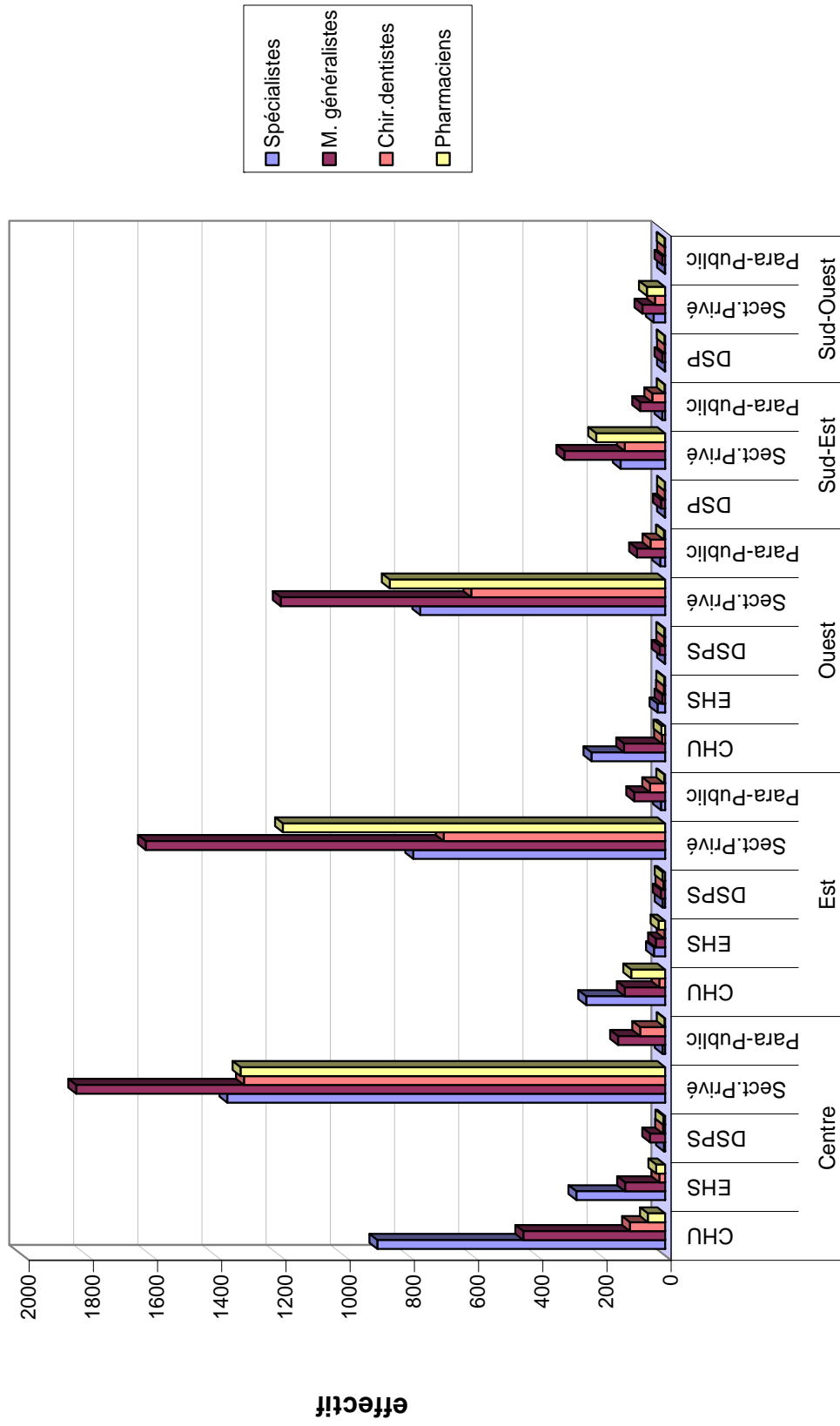


**Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1997**  
**Tableau:37 Corps médical Etat global par région**  
**Secteur : Hospitalier, privé et parapublic**

Région	Structure	Spécialités	M.Généralist	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	CHU	897	442	110	54	1503
	EHS	277	125	18	28	448
	DSPS	4	47	7	6	64
	Sect.Privé	1364	1835	1312	1323	5834
	Para-Public	8	147	78	2	235
Est	CHU	246	126	18	106	496
	EHS	35	29	2	21	87
	DSPS	8	14	6	8	36
	Sect.Privé	785	1618	690	1191	4284
	Para-Public	13	97	47	3	160
Ouest	CHU	230	128	10	12	380
	EHS	24	9	4	3	40
	DSPS	1	17	3	3	24
	Sect.Privé	763	1198	604	858	3423
	Para-Public	16	88	46	4	154
Sud-Est	DSP	1	13	1	1	16
	Sect.Privé	139	314	126	215	794
	Para-Public	9	78	40	2	129
Sud-Ouest	DSP	1	9	1	2	13
	Sect.Privé	36	71	32	57	196
	Para-Public	1	9	1	2	13
<b>Total général</b>		<b>4858</b>	<b>6414</b>	<b>3156</b>	<b>3901</b>	<b>18329</b>

Source : MSPRH

# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1997



**Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1998**

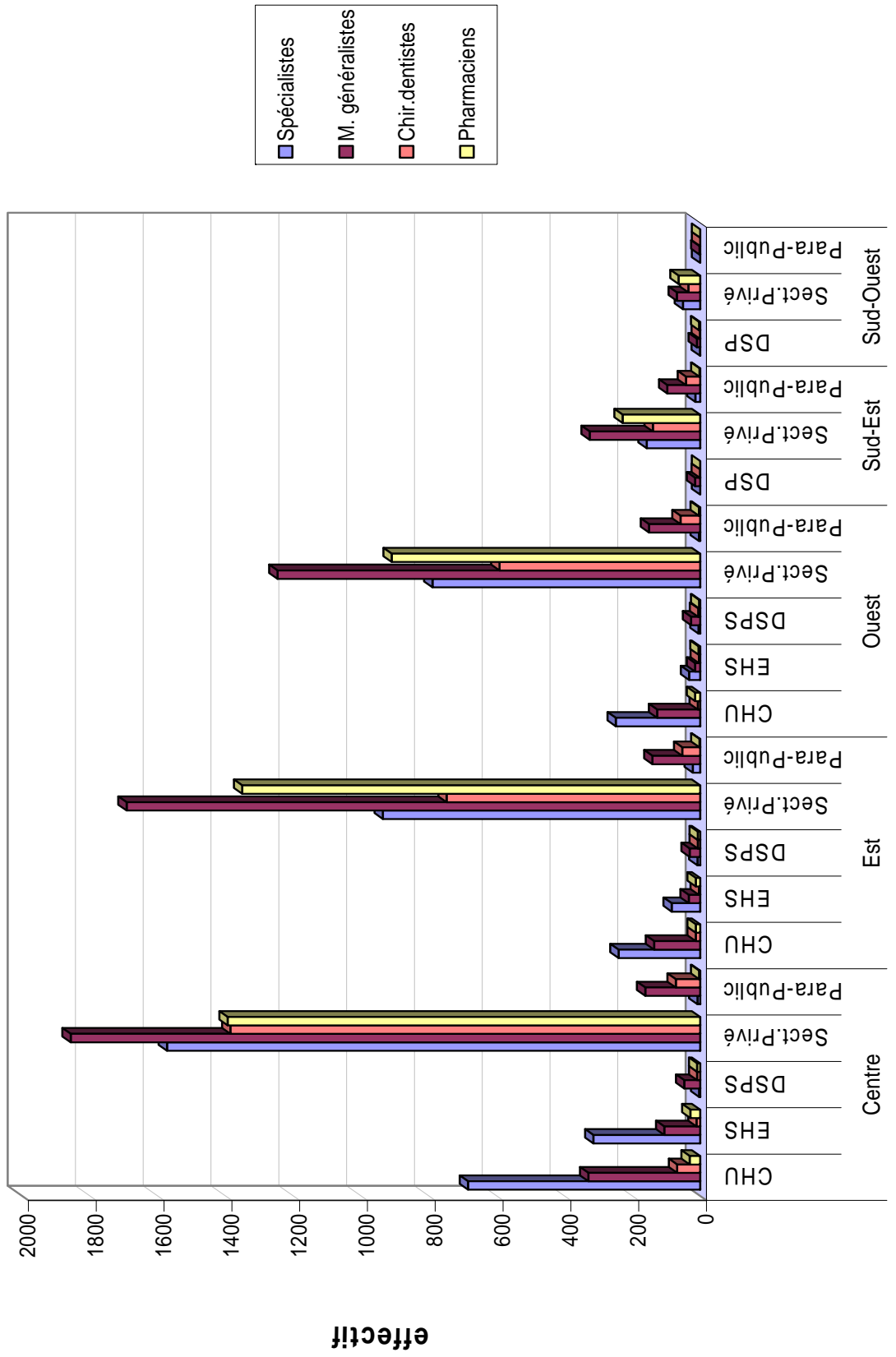
**Corps médical Etat global par région**

**Tableau n° 38 Secteur : Hospitalier, privé et parapublic**

Région	Structure	Spécialités	M.Généralist	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	CHU	685	330	68	31	1114
	EHS	315	106	11	29	461
	DSPS	3	47	9	9	68
	Sect.Privé	1573	1857	1386	1394	6210
	Para-Public	8	162	72	3	245
Est	CHU	241	136	13	13	403
	EHS	84	34	4	13	135
	DSPS	8	31	7	7	53
	Sect.Privé	936	1692	748	1351	4727
	Para-Public	22	141	53	2	218
Ouest	CHU	249	127	7	15	398
	EHS	33	15	4	5	57
	DSPS	5	27	6	3	41
	Sect.Privé	790	1247	592	910	3539
	Para-Public	4	151	58	4	217
Sud-Est	DSP	0	15	1	0	16
	Sect.Privé	158	326	140	229	853
	Para-Public	14	97	42	2	155
Sud-Ouest	DSP	1	10	1	3	15
	Sect.Privé	51	69	35	64	219
	Para-Public	0	2	0	0	2
<b>Total général</b>		<b>5180</b>	<b>6622</b>	<b>3257</b>	<b>4087</b>	<b>19146</b>

**SOURCE:MSPRH**

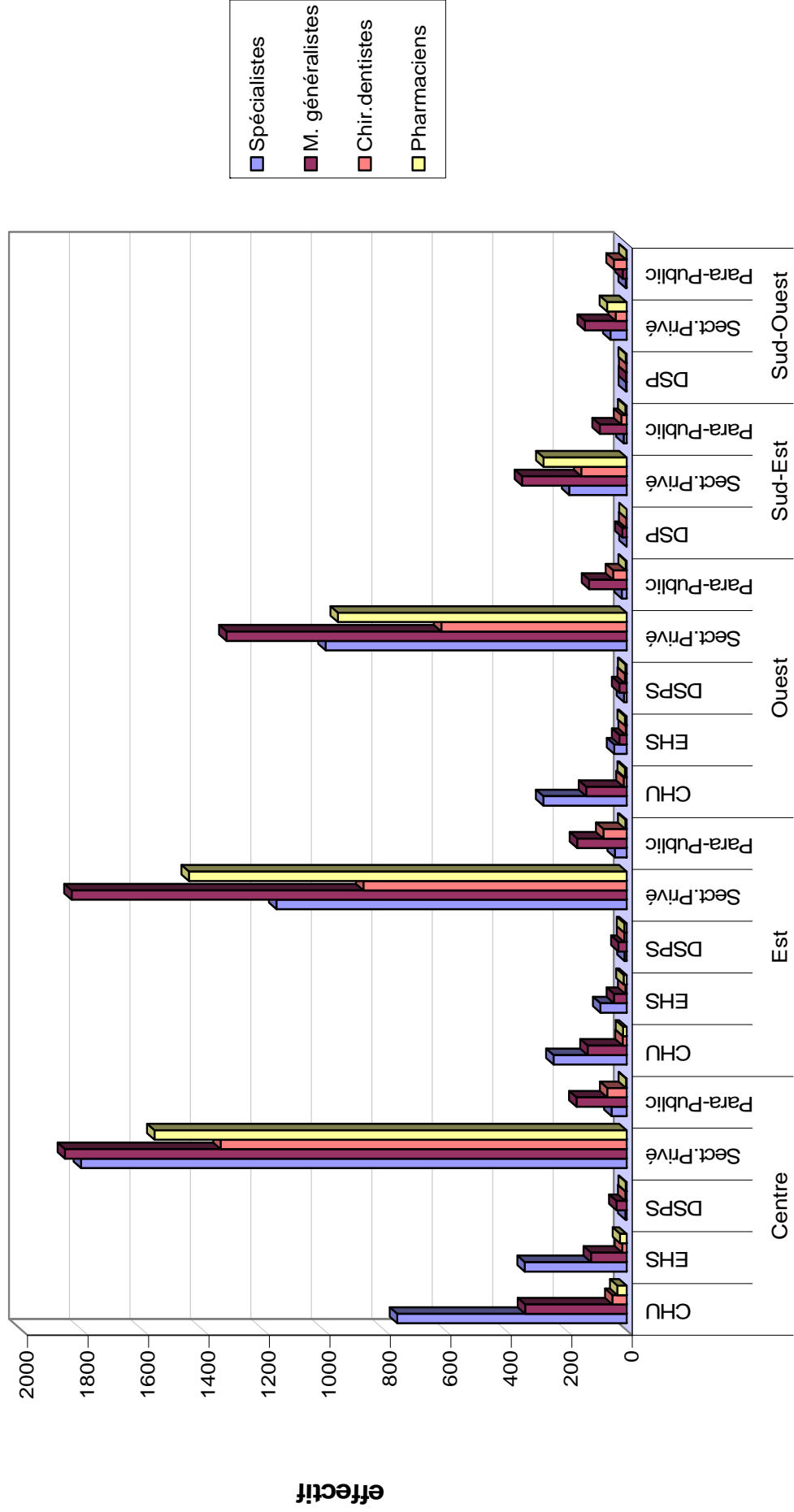
## Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1998



**Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1999**  
**Corps médical État global par région**  
**Tableau n°39 Secteur : Hospitalier, privé et parapublic**

Région	Structure	Spécialites	M.Généralist	Chir.dentist	Pharmacien	Total général
Centre	CHU	759	336	47	31	1173
	EHS	337	118	15	22	492
	DSPS	4	34	4	3	45
	Sect.Privé	1805	1858	1343	1562	6568
	Para-Public	50	166	64	2	282
Est	CHU	242	129	13	12	396
	EHS	87	42	4	10	143
	DSPS	7	27	8	8	50
	Sect.Privé	1159	1836	871	1448	5314
	Para-Public	39	164	77	4	284
Ouest	CHU	276	134	10	6	426
	EHS	41	24	3	6	74
	DSPS	9	24	6	4	43
	Sect.Privé	996	1324	613	955	3888
	Para-Public	16	124	45	3	188
Sud-Est	DSP	0	14	1	0	15
	Sect.Privé	190	346	150	275	961
	Para-Public	10	89	18	4	121
Sud-Ouest	DSP	2	2	1	3	8
	Sect.Privé	54	138	36	65	293
	Para-Public	3	13	43	1	60
<b>Total général</b>		<b>6086</b>	<b>6942</b>	<b>3372</b>	<b>4424</b>	<b>20824</b>

# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 1999



# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2000

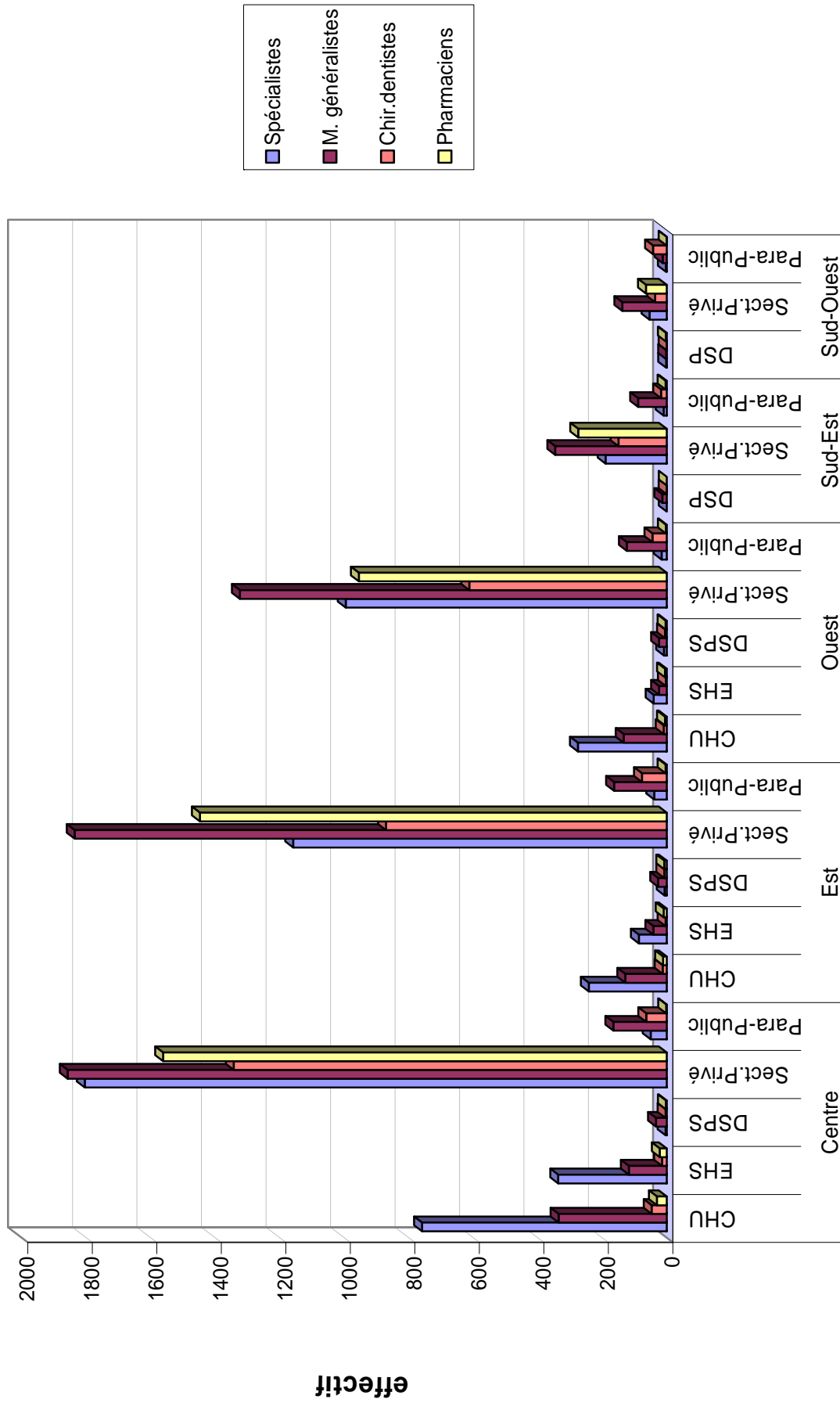
## Corps médical Etat global par région

### Tableau n°40 Secteur : Hospitalier, privé et parapublic

Région	Structure	Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	CHU	759	336	47	31	1173
	EHS	337	118	15	22	492
	DSPS	4	34	4	3	45
	Sect.Privé	1805	1858	1343	1562	6568
	Para-Public	50	166	64	2	282
Est	CHU	242	129	13	12	396
	EHS	87	42	4	10	143
	DSPS	7	27	8	8	50
	Sect.Privé	1159	1836	871	1448	5314
	Para-Public	39	164	77	4	284
Ouest	CHU	276	134	10	6	426
	EHS	41	24	3	6	74
	DSPS	9	24	6	4	43
	Sect.Privé	996	1324	613	955	3888
	Para-Public	16	124	45	3	188
Sud-Est	DSP	0	14	1	0	15
	Sect.Privé	190	346	150	275	961
	Para-Public	10	89	18	4	121
Sud-Ouest	DSP	2	2	1	3	8
	Sect.Privé	54	138	36	65	293
	Para-Public	3	13	43	1	60
<b>Total général</b>		<b>6086</b>	<b>6942</b>	<b>3372</b>	<b>4424</b>	<b>20824</b>

SORCE:MSPRH

# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2000





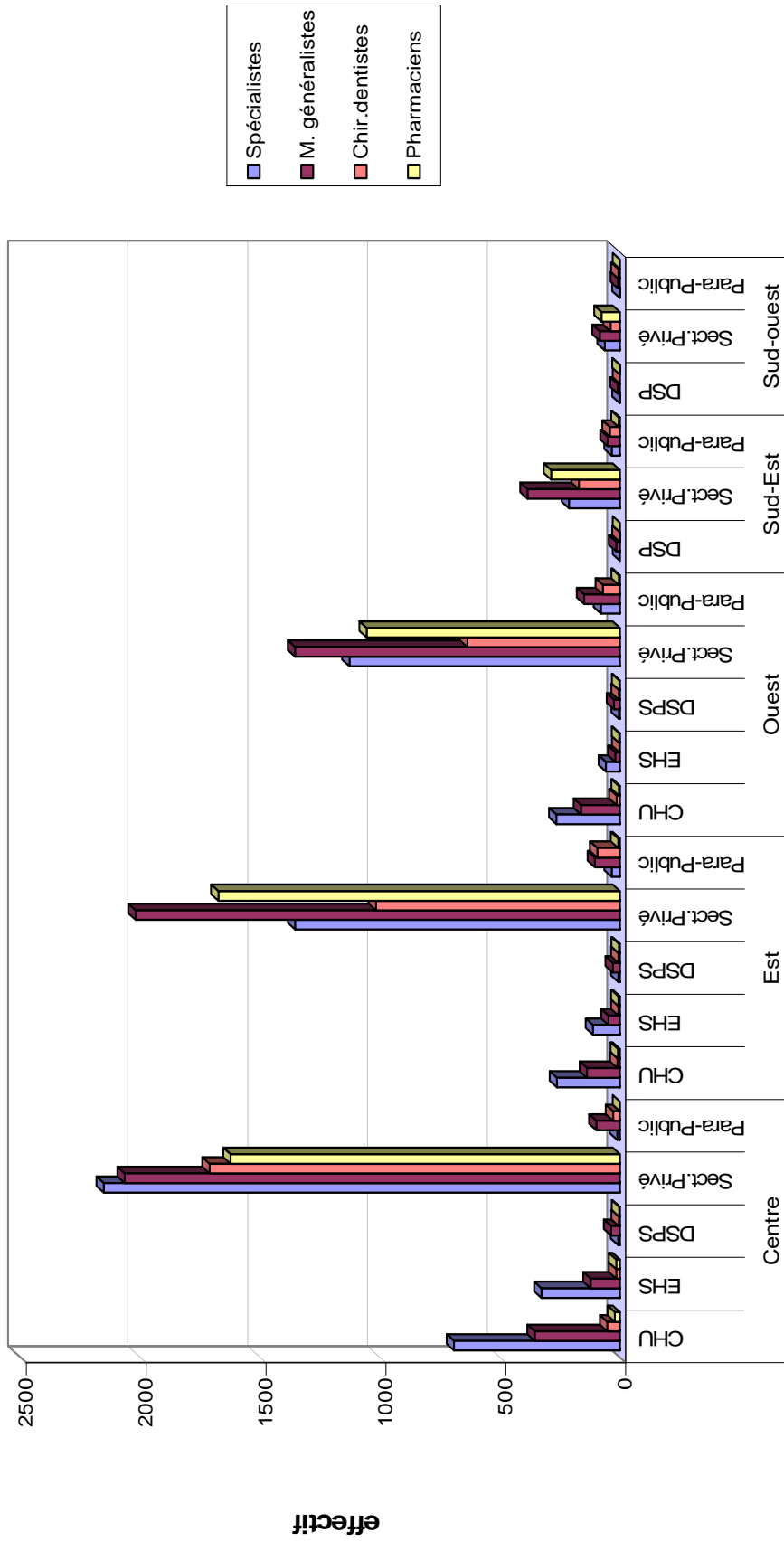
# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2001

Tableau n°41 Corps médical Etat global par région Secteur : Hospitalier, privé et parapublic

Région	Structure	Spécialités	M.Généralist	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
Centre	CHU	693	356	54	22	1125
	EHS	328	123	16	16	483
	DSPS	8	37	5	4	54
	Sect.Privé	2154	2067	1713	1625	7559
	Para-Public	12	99	29	0	140
Est	CHU	263	138	11	9	421
	EHS	113	48	7	7	175
	DSPS	7	30	7	5	49
	Sect.Privé	1356	2021	1018	1676	6071
	Para-Public	35	105	95	8	243
Ouest	CHU	266	163	15	5	449
	EHS	59	20	3	4	86
	DSPS	5	25	5	3	38
	Sect.Privé	1129	1356	637	1057	4179
	Para-Public	80	150	72	5	307
Sud-Est	DSP	0	16	2	0	18
	Sect.Privé	213	386	172	288	1059
	Para-Public	35	52	43	6	136
Sud-ouest	DSP	2	10	0	2	14
	Sect.Privé	64	85	40	77	266
	Para-Public	2	9	7	0	18
<b>Total général</b>		<b>6824</b>	<b>7296</b>	<b>3951</b>	<b>4819</b>	<b>22890</b>

SOURCE/MSPRH

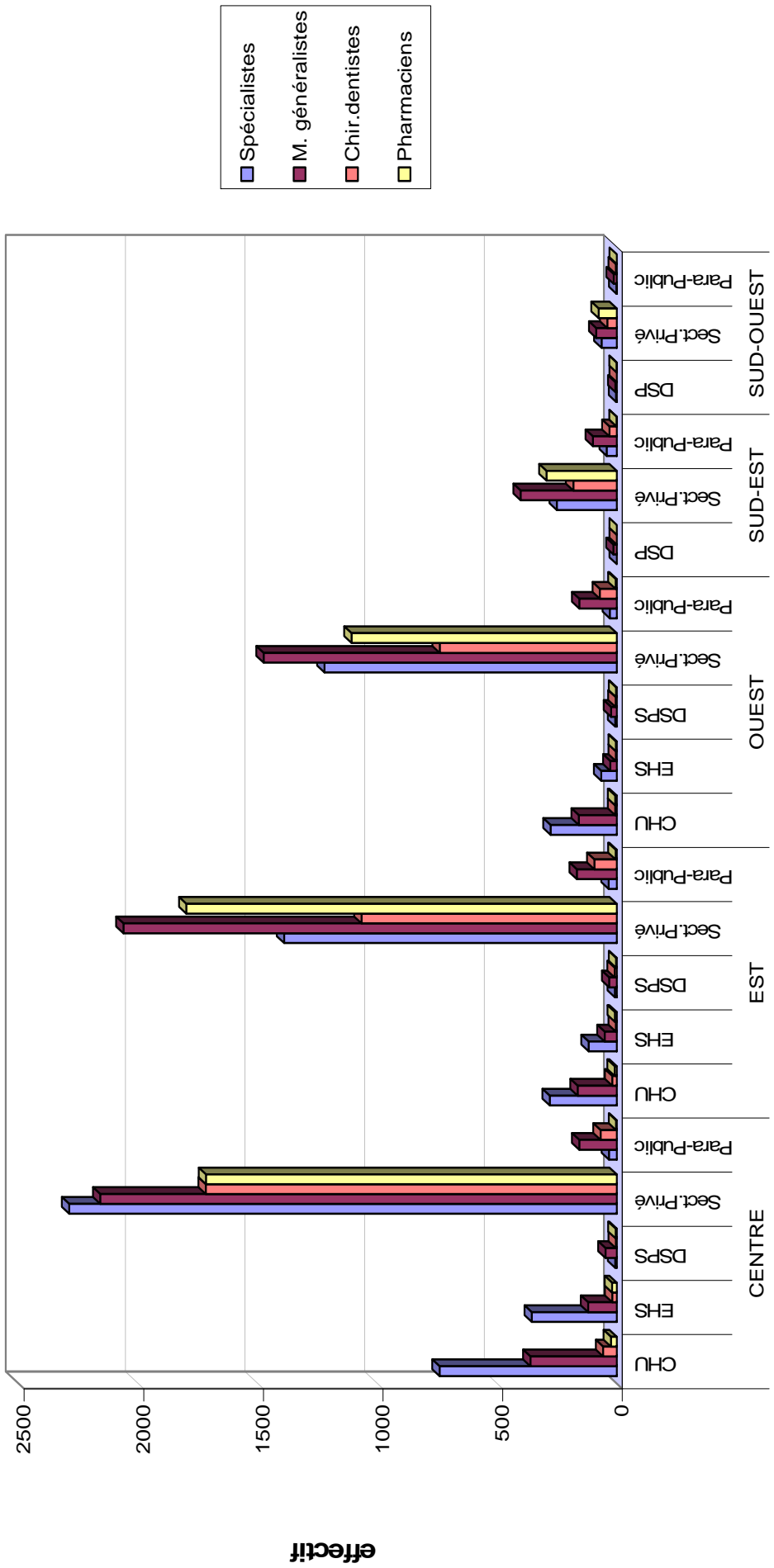
Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2001



<b>Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2002</b>						
<b>Corps médical Etat global par région</b>						
<b>Tableau n°42 Secteur : Hospitalier, privé et parapublic</b>						
<b>Région</b>	<b>Structure</b>	<b>Spécialités</b>	<b>M.Généralistes</b>	<b>Chir.dentiste</b>	<b>Pharmaciens</b>	<b>Total général</b>
<b>CENTRE</b>	<b>CHU</b>	<b>741</b>	<b>361</b>	<b>57</b>	<b>25</b>	<b>1184</b>
	<b>EHS</b>	<b>355</b>	<b>120</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>514</b>
	<b>DSPS</b>	<b>7</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>63</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>2289</b>	<b>2159</b>	<b>1718</b>	<b>1717</b>	<b>7883</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>33</b>	<b>157</b>	<b>68</b>	<b>3</b>	<b>261</b>
<b>EST</b>	<b>CHU</b>	<b>280</b>	<b>164</b>	<b>19</b>	<b>9</b>	<b>472</b>
	<b>EHS</b>	<b>118</b>	<b>51</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>181</b>
	<b>DSPS</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>52</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>1390</b>	<b>2062</b>	<b>1067</b>	<b>1799</b>	<b>6318</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>34</b>	<b>167</b>	<b>94</b>	<b>5</b>	<b>300</b>
<b>OUEST</b>	<b>CHU</b>	<b>277</b>	<b>159</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>450</b>
	<b>EHS</b>	<b>65</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
	<b>DSPS</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>39</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>1222</b>	<b>1476</b>	<b>740</b>	<b>1109</b>	<b>4547</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>29</b>	<b>157</b>	<b>71</b>	<b>5</b>	<b>262</b>
<b>SUD-EST</b>	<b>DSP</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>251</b>	<b>402</b>	<b>182</b>	<b>294</b>	<b>1129</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>174</b>
<b>SUD-OUEST</b>	<b>DSP</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>64</b>	<b>86</b>	<b>40</b>	<b>76</b>	<b>266</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
<b>Total général</b>		<b>7217</b>	<b>7784</b>	<b>4143</b>	<b>5094</b>	<b>24238</b>

SOURCE .MSPRH

Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2002



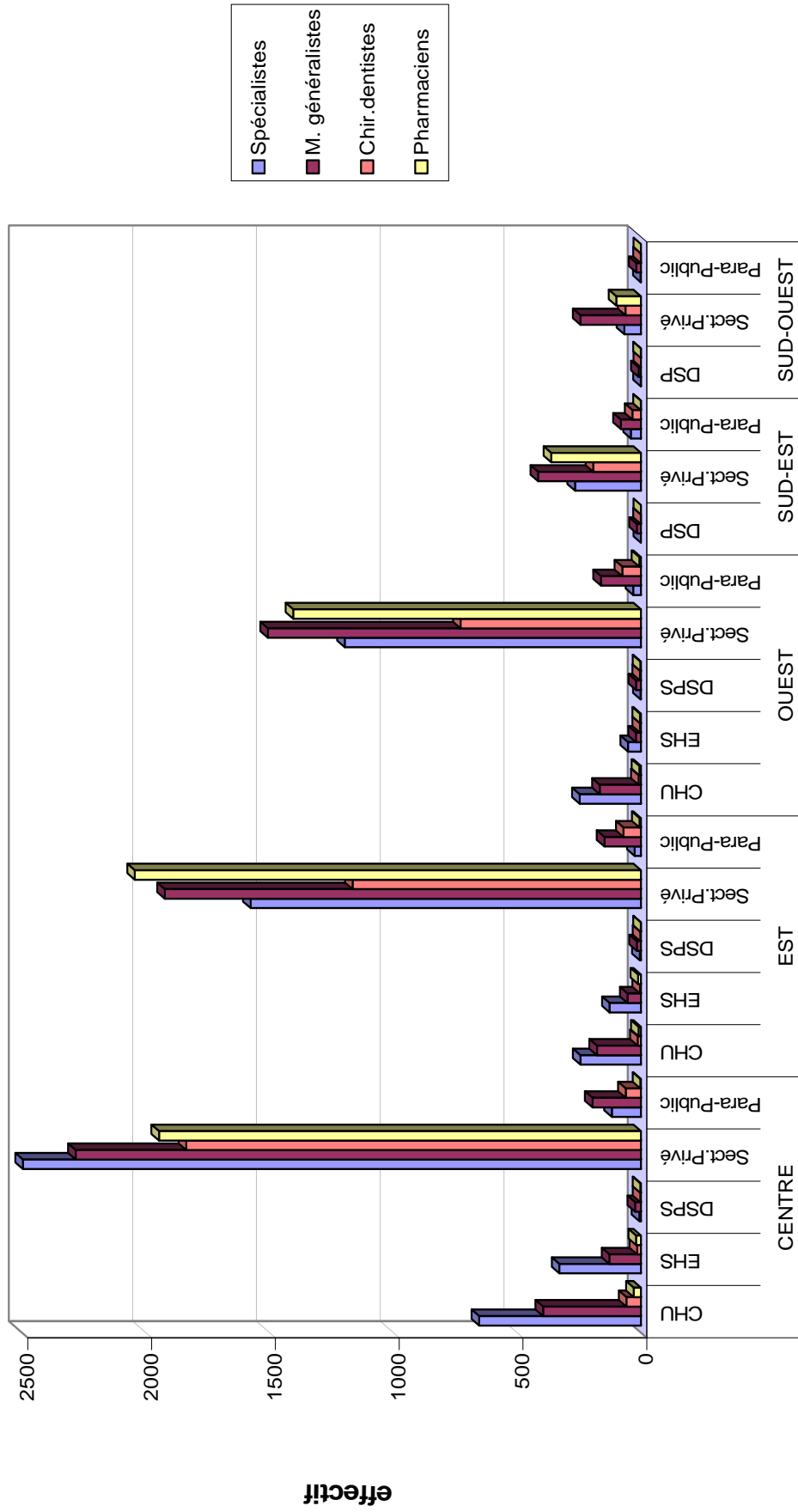
# Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2004

## Corps médical Etat global par région

Tableau n°43 Secteur : Hospitalier, privé et parapublic

Région	Structure	Spécialités	M.Généralistes	Chir.dentiste	Pharmaciens	Total général
<b>CENTRE</b>	<b>CHU</b>	<b>654</b>	<b>396</b>	<b>59</b>	<b>30</b>	<b>1139</b>
	<b>EHS</b>	<b>330</b>	<b>128</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>494</b>
	<b>DSPS</b>	<b>7</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>37</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>2497</b>	<b>2284</b>	<b>1837</b>	<b>1947</b>	<b>8565</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>118</b>	<b>196</b>	<b>62</b>	<b>3</b>	<b>379</b>
<b>EST</b>	<b>CHU</b>	<b>245</b>	<b>178</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>447</b>
	<b>EHS</b>	<b>127</b>	<b>55</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>198</b>
	<b>DSPS</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>26</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>1577</b>	<b>1924</b>	<b>1165</b>	<b>2045</b>	<b>6711</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>26</b>	<b>148</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>251</b>
<b>OUEST</b>	<b>CHU</b>	<b>248</b>	<b>167</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>432</b>
	<b>EHS</b>	<b>53</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>82</b>
	<b>DSPS</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>29</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>1197</b>	<b>1507</b>	<b>729</b>	<b>1405</b>	<b>4838</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>32</b>	<b>162</b>	<b>76</b>	<b>7</b>	<b>277</b>
<b>SUD-EST</b>	<b>DSP</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>18</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>267</b>	<b>416</b>	<b>193</b>	<b>363</b>	<b>1239</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>41</b>	<b>82</b>	<b>35</b>	<b>1</b>	<b>159</b>
<b>SUD-OUEST</b>	<b>DSP</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>12</b>
	<b>Sect.Privé</b>	<b>68</b>	<b>245</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	<b>476</b>
	<b>Para-Public</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>22</b>
<b>Total général</b>		<b>7497</b>	<b>8016</b>	<b>4350</b>	<b>5968</b>	<b>25831</b>

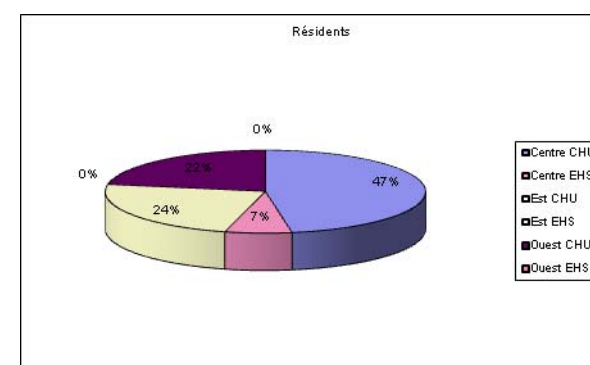
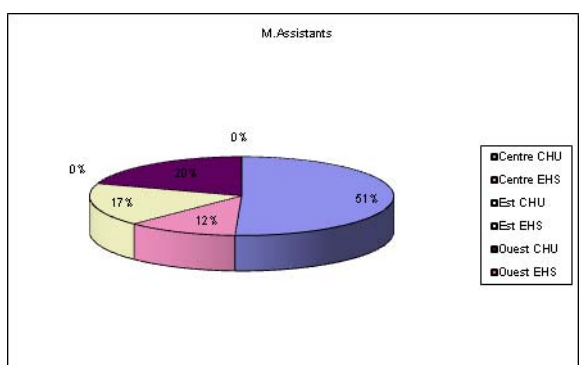
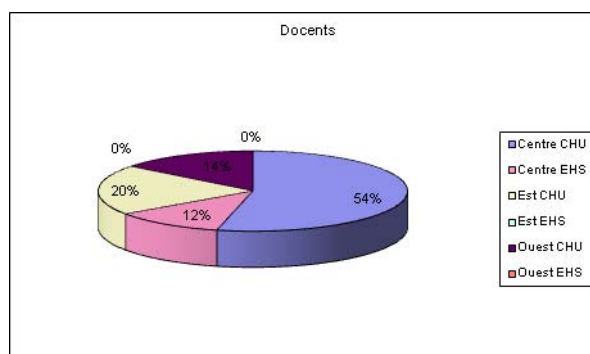
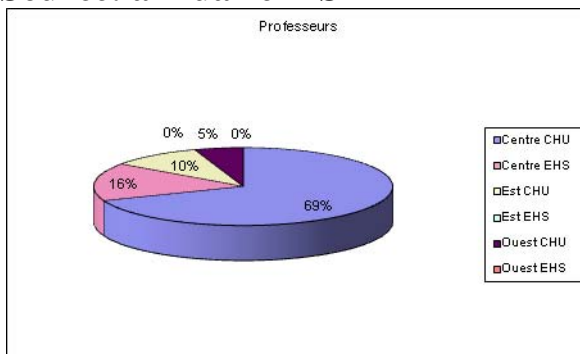
## Effectif des praticiens du secteur privé et public Année : 2004



**Effectif des secteurs Hospitalo-universitaires Année : 1990**  
**Tableau n°44 : Corps médical : Hospitalo-universitaire**

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	118	130	763	1924	2935
	EHS	27	28	177	273	505
Est	CHU	17	49	265	960	1291
	EHS	0	0	0	0	0
Ouest	CHU	9	35	299	906	1249
	EHS	0	0	1	0	1
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>171</b>	<b>242</b>	<b>1505</b>	<b>4063</b>	<b>5981</b>

Source: annuaire MSPRH

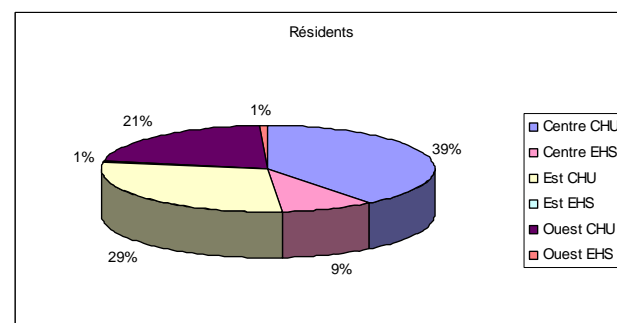
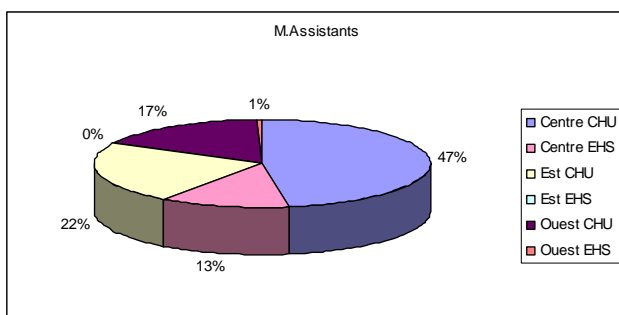
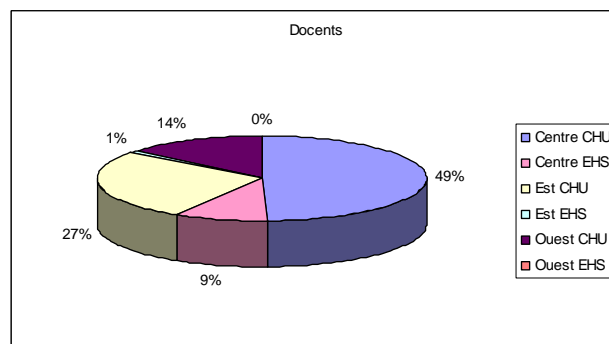
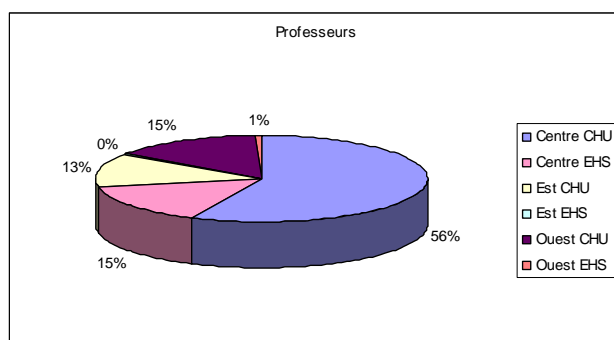


# Tableau n°45 Effectif des secteurs Hospitalo-universitaires Année : 1997

## Corps médical : Hospitalo-universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	182	80	762	1339	2363
	EHS	47	15	201	302	565
Est	CHU	40	43	360	975	1418
	EHS	1	2	4	22	29
Ouest	CHU	47	22	268	711	1048
	EHS	2	0	9	32	43
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>319</b>	<b>162</b>	<b>1604</b>	<b>3381</b>	<b>5466</b>

Source : MSPRH



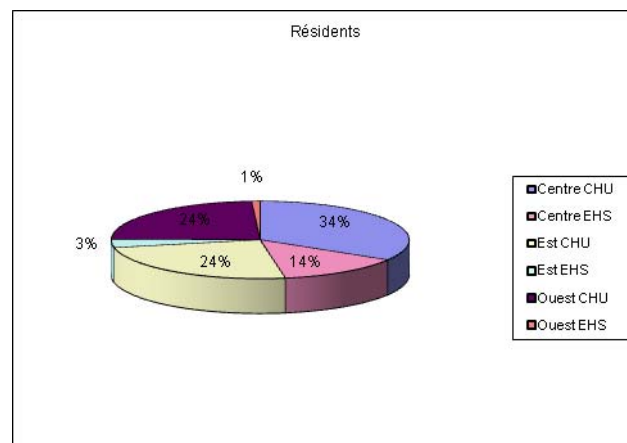
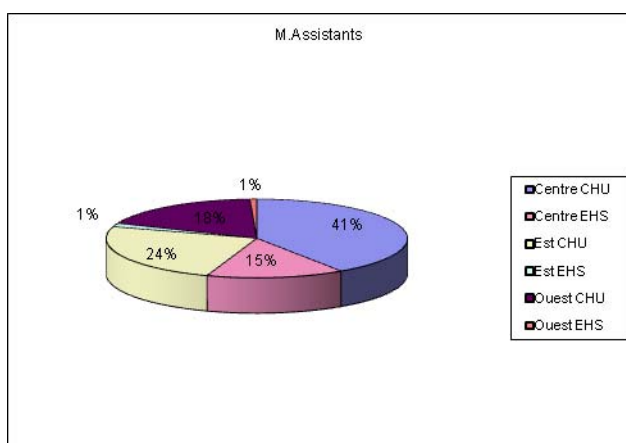
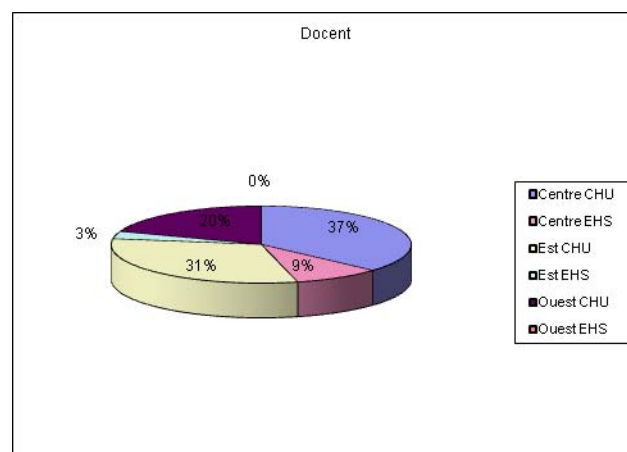
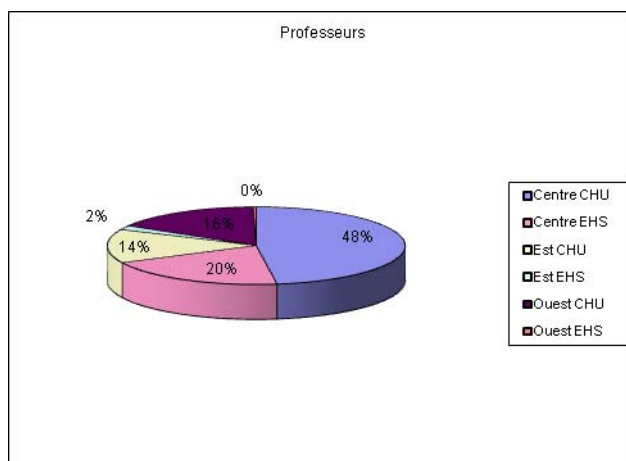


# Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 1998

## Tableau:n°46 Corps médical : Hospitalo-Universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docent	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	139	47	547	1229	1962
	EHS	58	12	199	496	765
Est	CHU	41	40	329	891	1301
	EHS	5	4	20	126	155
Ouest	CHU	47	25	243	871	1186
	EHS	1	0	10	34	45
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>291</b>	<b>128</b>	<b>1348</b>	<b>3647</b>	<b>5414</b>

SOURCE:MSPRH

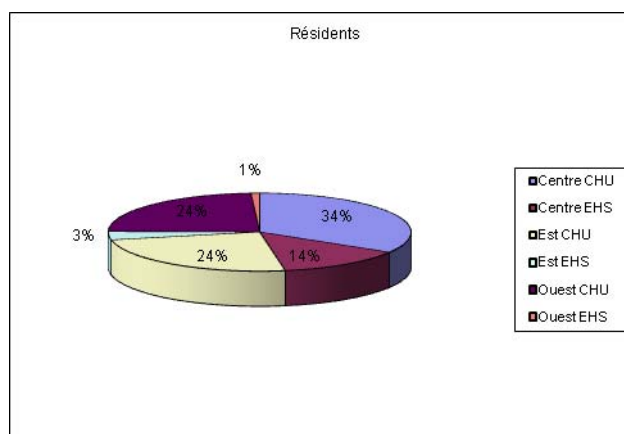
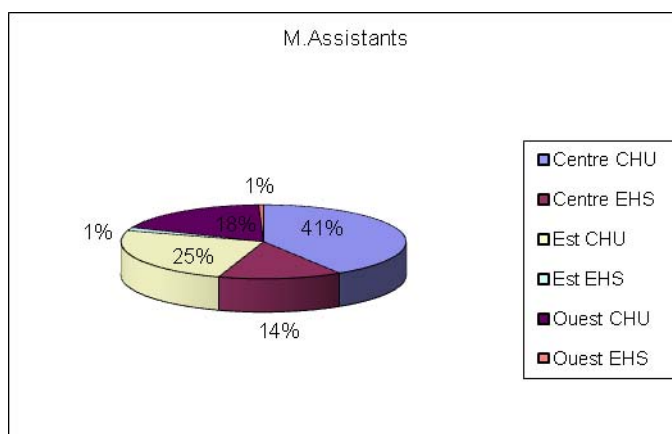
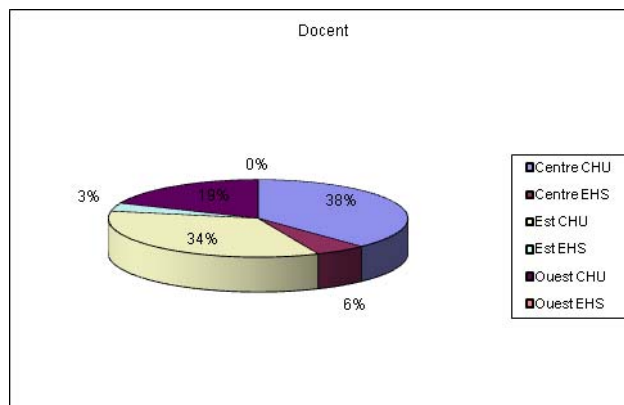
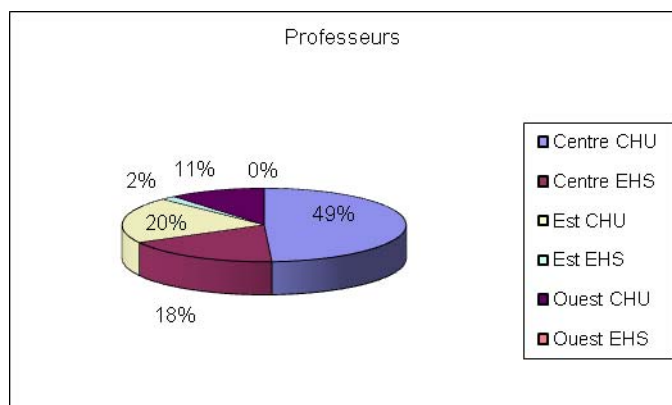


# Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 1999

## Tableau n°47 Corps médical : Hospitalo-Universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docent	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	143	55	509	1229	<b>1936</b>
	EHS	52	8	173	496	<b>729</b>
Est	CHU	59	50	306	891	<b>1306</b>
	EHS	5	5	18	126	<b>154</b>
Ouest	CHU	32	27	225	871	<b>1155</b>
	EHS	0	0	7	34	<b>41</b>
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		291	145	1238	3647	<b>5321</b>

SOURCE:MSPRH

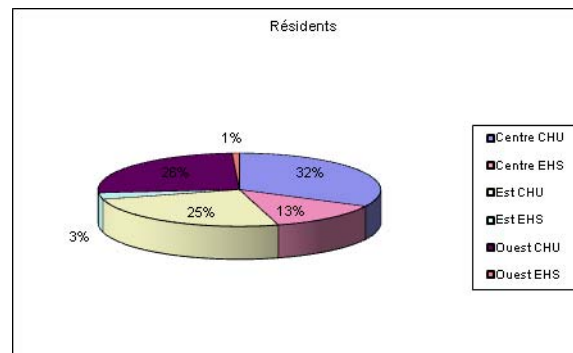
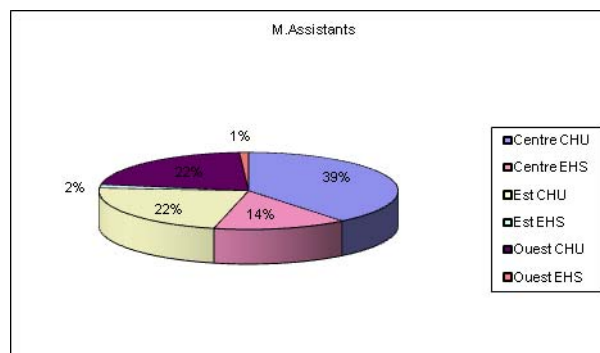
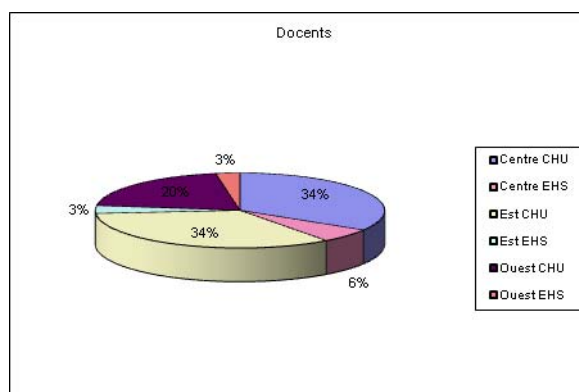
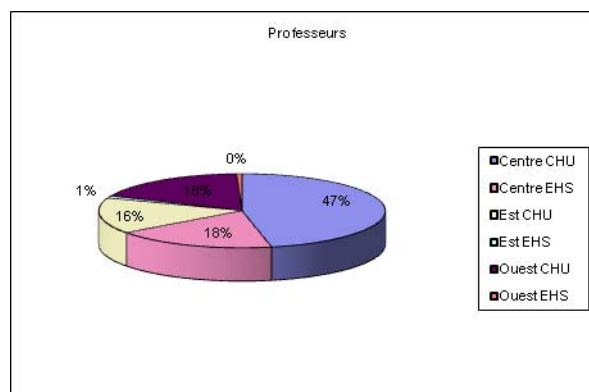


## Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 2000

**Tableau n°48 Corps médical : Hospitalo-Universitaire**

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	149	50	482	1404	2085
	EHS	58	9	177	563	807
Est	CHU	50	50	275	1086	1461
	EHS	3	5	18	124	150
Ouest	CHU	57	30	263	1102	1452
	EHS	2	4	12	37	55
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>319</b>	<b>148</b>	<b>1227</b>	<b>4316</b>	<b>6010</b>

SOURCE:MSPRH

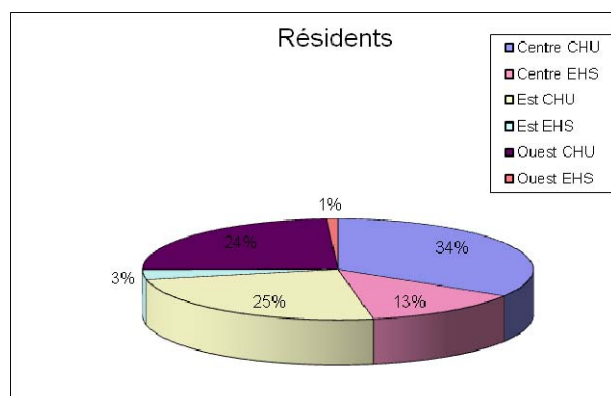
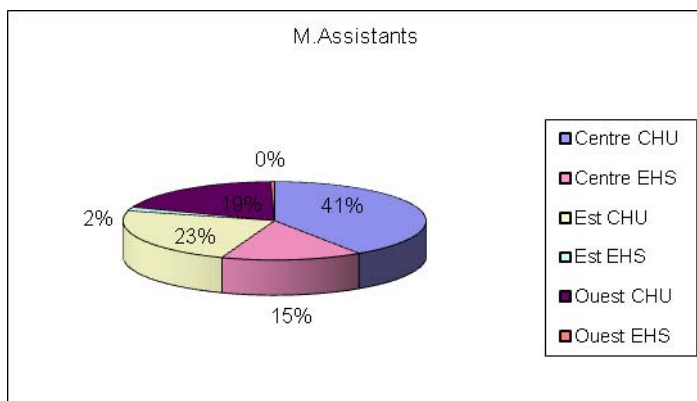
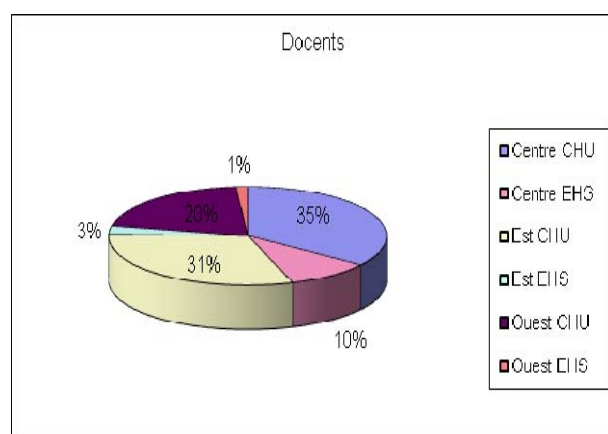
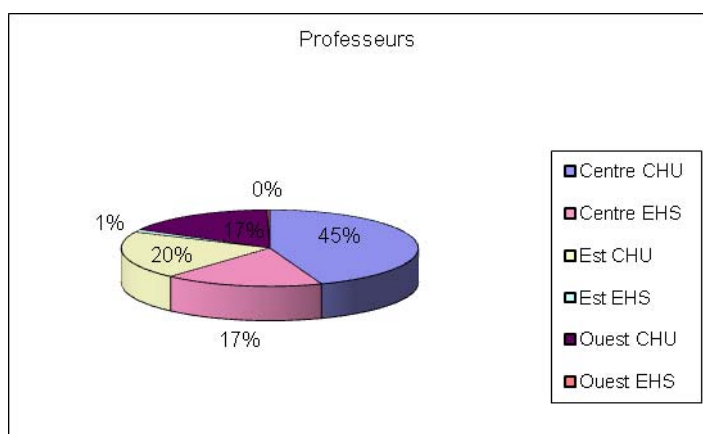


# Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 2001

Tableau:n°49 Corps médical : Hospitalo-Universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	149	50	566	1532	2297
	EHS	58	14	209	599	880
Est	CHU	68	44	326	1116	1554
	EHS	4	4	22	142	172
Ouest	CHU	56	29	264	1096	1445
	EHS	1	2	6	41	50
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>336</b>	<b>143</b>	<b>1393</b>	<b>4526</b>	<b>6398</b>

Source : MSPRH

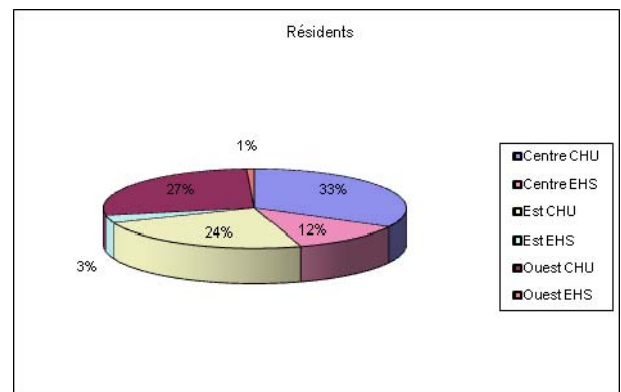
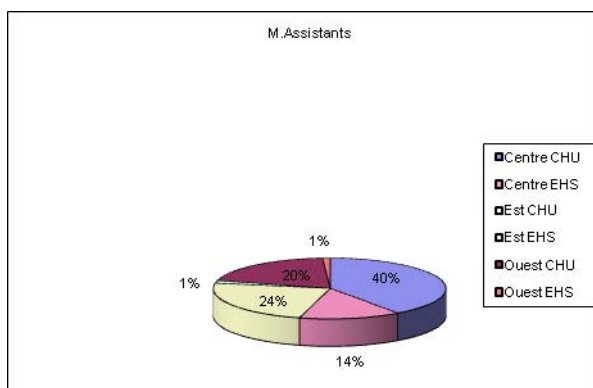
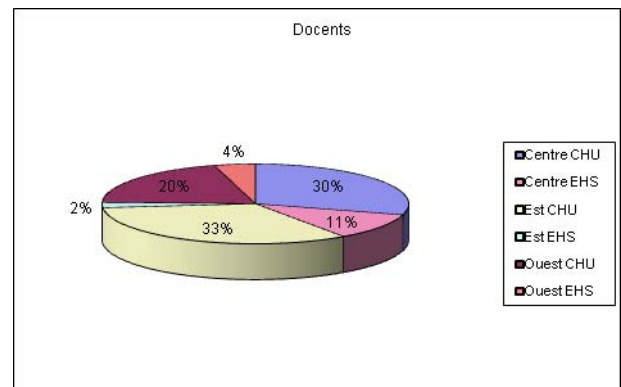
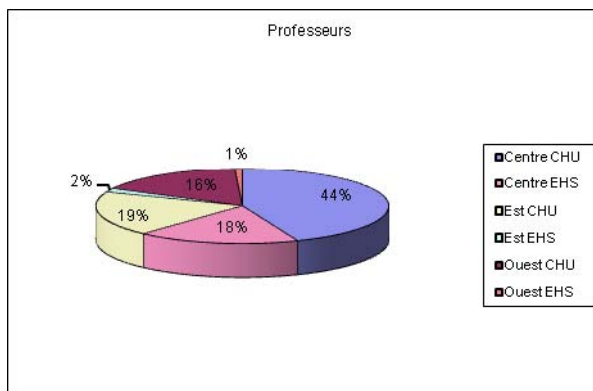


# Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 2002

## Tableau n°50 Corps médical : Hospitalo-Universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	157	41	556	1662	2416
	EHS	64	15	198	623	900
Est	CHU	69	46	327	1201	1643
	EHS	6	3	20	155	184
Ouest	CHU	59	28	274	1377	1738
	EHS	3	6	15	42	66
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>358</b>	<b>139</b>	<b>1390</b>	<b>5060</b>	<b>6947</b>

Source : MSPRH

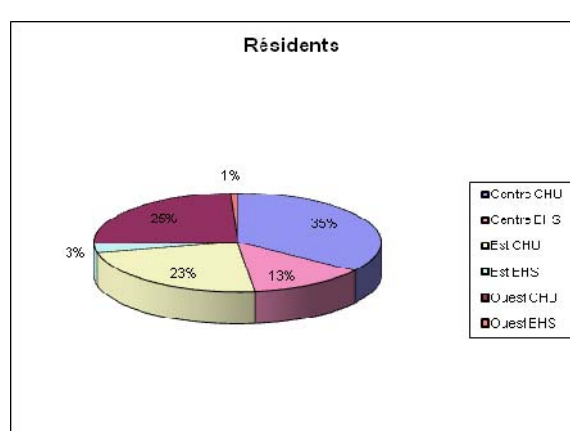
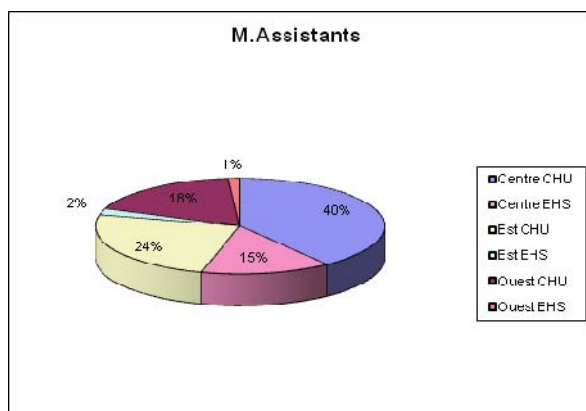
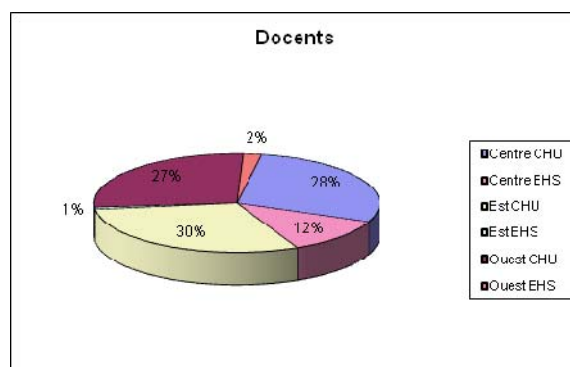
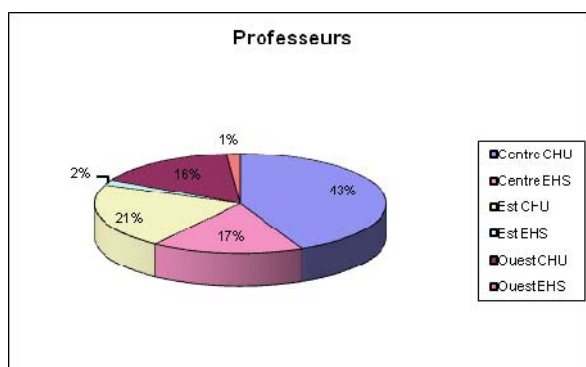


# Effectif des secteurs Hospitalo-Universitaires Année : 2004

## Tableau n°51 Corps médical : Hospitalo-Universitaire

Région	Etablissement	Professeurs	Docents	M.Assistants	Résidents	Total général
Centre	CHU	173	41	750	1927	2891
	EHS	67	17	275	734	1093
Est	CHU	85	43	461	1296	1885
	EHS	7	1	41	171	220
Ouest	CHU	63	39	335	1359	1796
	EHS	6	3	24	46	79
Sud-Est	/	/	/	/	/	/
Sud-Ouest	/	/	/	/	/	/
<b>Total général</b>		<b>401</b>	<b>144</b>	<b>1886</b>	<b>5533</b>	<b>7964</b>

SOURCE:MSPRH



## Synthèse des tableaux et intitulés :

Année	Tableau N°	Intitulé	page
1974-1990	1	Infrastructures sanitaires existantes ONS	87
1991-2002	2	Infrastructures sanitaires existantes ONS	87-88
2004	3	Système de santé(Infrastructures) MSPRH	88
2004	4	Effectif des personnels paramédicaux MSPRH	90
2007	5	Effectif des personnels adm et tec MSPRH	91
1990-2006	6	Evolution de la population Algérienne ONS	104
1970-2002	7	Effectif des praticiens des secteurs san (médecins) MSPRH	106
1970-2002	8	Effectif des praticiens des secteurs san (pharmaciens) MSPRH	110
1970-2002	9	Effectif des praticiens des secteurs san Chir-dent MSPRH	114
1997-2004	10	Effectif des praticiens des secteurs san Par région et par année tt corps MSPRH	119
1997-2004	11	Etat global tout corps confondus par région secteur hospitalier,privé MSPRH	121
1997-2004	12	Effectif du corps médical hospitalo-uni MSPRH	123
1997-2004	13	Etat global tout secteur confondu :s.sanitaire,s hospitalier, privé	125
2007	14	Capacités d'accueil des services en nombre de lits ( hôpital de Rouiba)	135
2007	15	Effectif au 31/11/2007 (Hôpital de Rouiba )	139
1997-2006	16	Évolution de l'effectif du personnel médical( Hôpital de Rouiba )	141
1997-2006	17	Évolution de l'effectif du personnel Paramédical ( Hôpital de Rouiba )	142

Année	Tableau N°	Intitulé	page
1997-2006	18	Evolution de l'effectif du personnel Administratif technique(Hôpital de Rouiba)	143
2007	19	Absences du personnel médical (Hôpital de Rouiba)	144
2007	20	Salaire du corps médical(Hôpital de Rouiba)	145
2008	21	Grille de salaire de l'enseignement supérieur	146
2008	22	Grille de salaire du ministère de la santé MSPRH	146
1974-1980	23	Infrastructures sanitaires MSPRH	199
1981-1985	24	Infrastructures sanitaires MSPRH	199
1986-1990	25	Infrastructures sanitaires MSPRH	199
1991-1996	26	Infrastructures sanitaires MSPRH	200
1997-2002	27	Infrastructures sanitaires MSPRH	201
1990	28	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	202
1997	29	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	203
1998	30	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	204
1999	31	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	205
2000	32	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	206
2001	33	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	207
2002	34	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	208
2004	35	Corps médical des secteurs sanitaires MSPRH	209



Année	Tableau N°	Intitulé	page
1999	36	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	210
1997	37	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	212
1998	38	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	214
1999	39	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	216
2000	40	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	219
2001	41	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	221
2002	42	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	223
2004	43	Corps médical état global secteur hospitalier, privé et parapublic MSPRH	225
1990	44	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	227
1997	45	Corps médical : hospitalo -universitaire MSPRH	228
1998	46	Corps médical : hospitalo-universitaire MSPRH	229
1999	47	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	230
2000	48	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	231
2001	49	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	232
2002	50	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	233
2004	51	Corps médical : hospitalo- universitaire MSPRH	234

**QUESTIONNAIRE** : ci joint rédigé par nos soins à l'intention du corps médical de l'hôpital de Rouïba

## QUESTIONNAIRE

Sexe :

Age :

Lieu de résidence :

Diplôme :

Formation de base :

Formation complémentaire en plus de la médecine :

Wilaya ou région d'origine :

Statut : marié ou célibataire

### **I Identification de l'emploi**

Intitulé du poste :

### **II Les taches du poste**

-Est-ce que votre poste demande à coordonner une équipe : oui ou non

Si oui commenter :

- Vous exécutez une mission qu'on vous confie : oui ou non

.....

-Est-ce que vous fixer les objectifs (nombre de malades à traiter par jour)

-Combien traiter vous de malades par jour ?

-En externes :

-En interne :

.....

-Elaborez vous des informations statistiques pour l'administration de l'hôpital ?

.....-

Si vous enseignez quel est le nombre d'étudiants ou de résidents que vous prenez en charge ?

-Est ce que vous participez à l'organisation des séminaires et à l'extérieur de l'hôpital en faisant des communications ? (Question adressé, au maître assistant, docents et professeurs)

.....

-Nombre de communications par année et plus généralement activité dans la recherche :

Participation aux colloques organisés par les services de l'hôpital

.....

### **III Positionnement dans la structure :**

-Situation dans le service : Est-ce que votre poste technique est déboulé par un poste administratif ?

Oui

Non

Par exemple spécialiste en pneumo- phtisio et chef d'unité en même temps

.....

-Si c'est le cas quelle est la part de temps qui est consacrée à chaque poste

.....

-Avantages et inconvénients de chaque activité :

Primes spéciales, véhicule, logement d'astreinte

.....

### **IV Description des activités :**

Décrire les phases de la prise en charge du malade

.....

Contexte et conditions de travail

-Moyens humains (par exemple nombre d'infirmier suffisent ils pour le service y a-t-il assez de personnel technique ?

.....

Description des facteurs internes et externes qui influent sur les compétences du personnel médical :

\*Facteurs internes : ambiance de travail

\*facteurs externes : environnement social, conditions de vie au quotidien du médecin

.....

Si le personnel médical s'absente quelles sont les raisons et la et la fréquence ? (Quand le personnel paramédical s'absente est ce que vous êtes gênés dans votre mission) ?

.....

### **III Recrutement :**

Interne : si le médecin a suivi sa formation de résidanat au sein de l'hôpital ? oui.....

non.....  
Externe : Nomination et affectation décide par le ministère de la santé ou signature de contrat avec l'hôpital ?

.....  
Le personnel du service est il affecté sans demander l'avis au supérieur hiérarchique ?

.....  
L'hôpital a-t-il droit de regard sur la compétence prouvée ou non prouvée du médecin affecté ?

.....  
**Conditions de recrutement :**

Salaire : estimez vous que vous êtes bien payés ?

Percevez vous la prime de l'activité, d'éloignement, de contrainte) si oui énumérer

.....  
Avantages matériels : logement d'astreinte, véhicule de fonction, chauffeur de service ou personnel pour les responsables de service et certaines fonctions ?

.....  
**IV Quels sont les axes de travail à envisager pour améliorer la situation du personnel médical et la situation du malade :**

Concernant le malade : pensez vous qu'il faut améliorer les conditions d'accueil et de confort ?

.....  
-Amélioration des conditions médicales : les médicaments pour soigner les malades sont ils toujours disponibles ?

-Ou demande t'on aux malades d'acheter leur traitement ?

-Hygiène : êtes vous satisfaits des conditions d'hygiène ?

-Conditions de restauration : ne pensez vous pas que l'hôpital pourrait améliorer les conditions de restauration pour le corps médical, paramédical, et administratif pour éviter de manger n'importe quoi à l'extérieur, peut être faire un contrat avec un privé pour vendre des plateaux préparés et livré à l'hôpital ?

.....  
-Amélioration des conditions de travail, estimez vous que vous êtes traités avec le respect qui dû à votre activité et à votre poste ?

.....  
- Etes-vous pour une politique de communication permanente ?

-inter service ?

-Le service avec l'extérieur ?

.....  
**Le management** pour améliorer la gestion et la stratégie arrêtées de l'établissement doit être le résultat de la négociation entre le personnel médical, l'administration, les syndicats des personnels médicaux et les bailleurs de fonds ?( Etat, caisses d'assurance)

Pensez vous que l'instauration « de la gestion des ressources humaine » GRH peut permettre d'obtenir l'adhésion de tout le personnel médical pour tout projet à l'hôpital ?

.....

Est-ce que la politique d'aménagement du temps est appliquée pour les professeurs, les docents et les maîtres assistants ?

.....

**V -D'après l'enquête sur le terrain quelles sont les actions les plus demandées ?**

Qu'est ce que nous pouvons faire ? Souhaitez-vous qu'on change le modèle actuel de gestion et qu'on introduise des techniques de management hospitalier ?

.....

-Ne pensez vous pas qu'il faut améliorer le statut des professionnels de la santé par l'augmentation de leur salaire et l'amélioration de leur environnement socioprofessionnel ?

.....

Question si vous jugez que vous avez besoin d'une formation dites laquelle combien de temps vous prendra t'elle ?

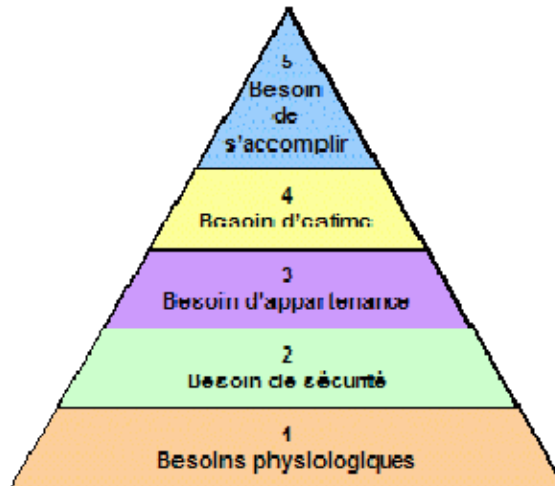
.....

NB : Ce questionnaire est ouvert à toutes les critiques et suggestions et sera revu après confrontation avec le terrain en l'occurrence l'hôpital de Rouïba et merci de m'avoir consacré un peu de votre temps qui est si précieux.

# LA PYRAMIDE DE MASLOW

## La pyramide de Maslow

La pyramide de Maslow est une classification hiérarchique des besoins humains.



Maslow distingue cinq grandes catégories de besoins. Il considère que le consommateur passe à un besoin d'ordre supérieur quand le besoin de niveau immédiatement inférieur est satisfait.

Nous proposons une nouvelle approche de ce modèle en :

- ▶ reprenant les 5 catégories de Maslow,
- ▶ brisant cette vision hiérarchique (aujourd'hui contestée),
- ▶ introduisant un **nouveau besoin**, déduit de notre modélisation.

Les besoins humains selon Maslow :

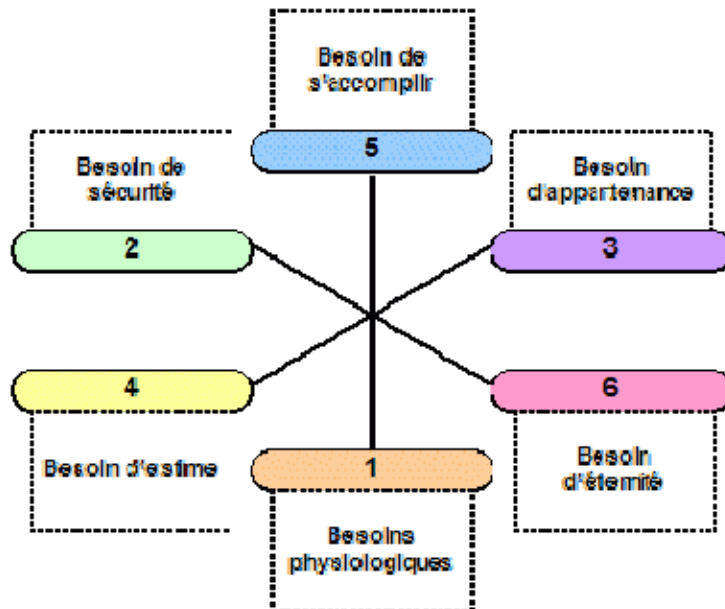
- ▶ Les **besoins physiologiques** sont directement liés à la survie des individus ou de l'espèce. Ce sont typiquement des besoins concrets (faim, soif, sexualité,...).
- ▶ Le **besoin de sécurité** consiste à se protéger contre les différents dangers qui nous menacent. Il s'agit donc d'un besoin de conservation d'un existant, d'un acquis. Il s'inscrit dans une dimension temporelle.
- ▶ Le **besoin d'appartenance** révèle la dimension sociale de l'individu qui a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail, association, ...). L'individu se définissant par rapport à ses relations, ce besoin appartient au pôle « relationnel » de l'axe ontologique.
- ▶ Le **besoin d'estime** prolonge le besoin d'appartenance. L'individu souhaite être reconnu en tant qu'entité propre au sein des groupes auxquels il appartient.
- ▶ Le **besoin de s'accomplir** est selon Maslow le sommet des aspirations humaines. Il vise à sortir d'une condition purement matérielle pour atteindre l'épanouissement. Nous le considérons donc comme antagoniste aux besoins physiologiques.

Notre modélisation révèle un sixième besoin :

► Le **besoin d'éternité**, d'immortalité ou tout simplement de temps, n'est pas décrit par Maslow. C'est pourtant un besoin de plus en plus exprimé dans notre société. Commercialement, il se traduit par l'attrance envers les produits promettant le rajeunissement ou de gagner du temps.

On constate que bien souvent, cette sixième dimension est occultée. Nous y voyons 3 raisons principales :

- elle n'a pas encore d'existence
- elle nous projette dans l'incertain puisque de multiples futurs sont possibles
- elle nous conduit à considérer notre propre fin

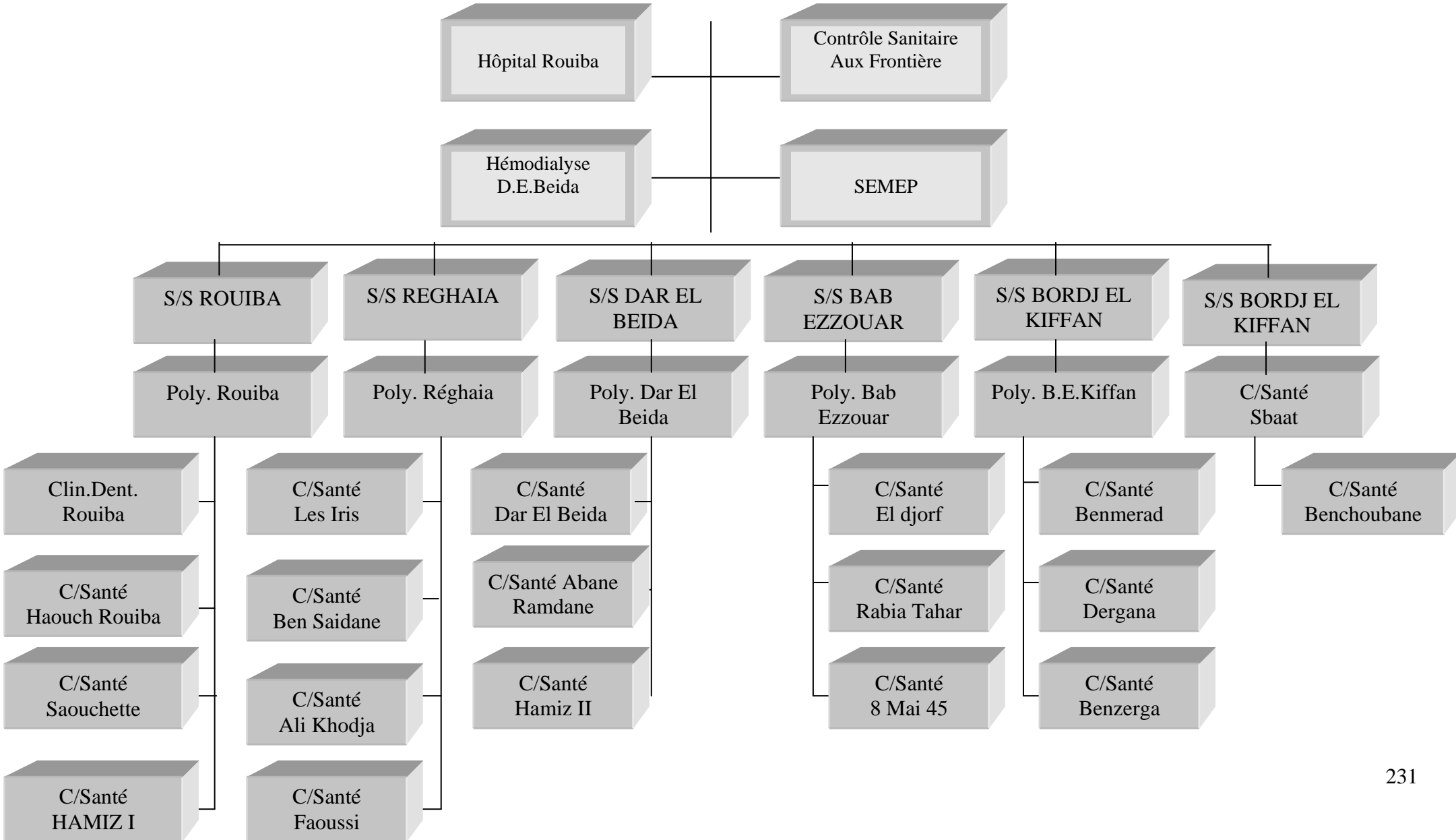


Cela explique qu'elle soit passée sous silence, sans doute inconsciemment, dans de nombreuses situations.

On constatera qu'aucune hiérarchie entre ces six besoins n'apparaît dans notre représentation. Cela nous abstrait des critiques portées au modèle d'origine.

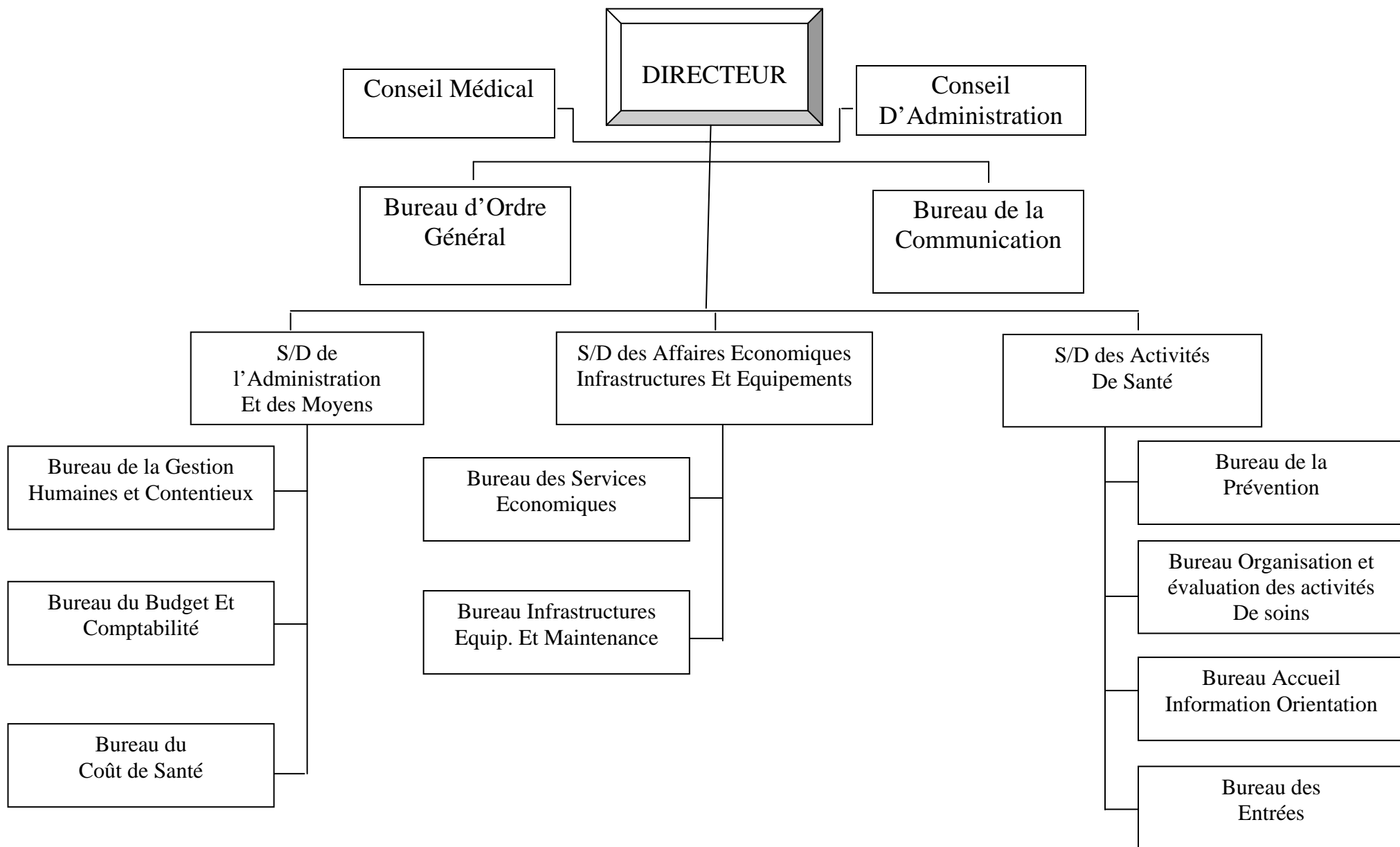
# ORGANIGRAMME STRUCTUREL DU SECTEUR SANITAIRE DE ROUIBA

## Secteur Sanitaire De Rouiba





# ORGANIGRAMME ADMINISTRATIF DU SECTEUR SANITAIRE DE ROUIBA



# ORGANISATION DES SERVICES HOSPITALIERS ET AUTRES

## Hôpital de ROUIBA

