

**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

**Ecole Supérieure de Commerce**

**ESC**



**THESE**

Pour l'obtention du titre de  
**DOCTEUR EN SCIENCES COMMERCIALES**  
Spécialité : Management

**Le rôle du management hospitalier dans la  
réussite de la réforme hospitalière en  
Algérie**

**Présentée par :**

**LECHAB SELMA**

**Directeur de thèse :**

**Pr KECHAD RABAH**

**MEMBRES DE JURY**

**Mr Admane M'rizk**

Professeur à l'ESC

**Président**

**Mr Brahamia Brahim**

Professeur à l'université  
Mentouri

**Rapporteur**

**Mr Daddi-Addoun  
Nacer**

Professeur à l'ESC

**Rapporteur**

**Mr khatir Mohamed**

Professeur à l'université  
de K. Miliana

**Rapporteur**

**Mme Azzi Hassina**

Maitre de conférences à  
l'université de blida -2-

**Rapporteur**

**Année : 2019/2020**

# Remerciements

Au terme de ce travail, Je tiens à remercier et exprimer ma gratitude et ma profonde reconnaissance à toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail, en particulier : **Pr. Kechad Rabah**, mon directeur de thèse, pour son encadrement attentionné, ses fructueuses directives, sa disponibilité, ses qualités humaines, ses critiques constructives et pour ses grandes compétences scientifiques et pédagogiques qui constituent les éléments de base de la réussite de ce travail.

Je voudrais remercier également Messieurs les membre du jury : le professeur **Admane M'rizek** d'avoir accepté de présider le jury et les autres membres de jury qui ont bien voulu accepter d'évaluer cette thèse. Leurs remarques et suggestions permettront à coup sûr d'améliorer ce travail.

Je remercie chaleureusement **MR Bachir Slimani**, Secrétaire Général de l'Assemblée Populaire Nationale et **MR A.Rezgui**, Chef de Cabinet du Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, d'avoir facilité mon accès aux Directions de Santé « DSP ».

Je tiens à remercier les directeurs d'hôpitaux qui ont accepté que je vienne dans leur établissement, ainsi que les professionnels qui ont répondu à mes questions attentivement.

Je remercie infiniment, Pr Brahim Brahamia, pour ses précieuses avis et sa disponibilité à chaque fois que je l'ai sollicité.

Un grand merci à Mme Seghir Teldja, qui a pris le temps pour la relecture de quelques chapitres.

Merci à ma famille, mon époux, pour leur soutien durant cette période délicate de ma vie.

Enfin, que toutes les personnes ayant contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail trouvent ici l'expression de ma vive reconnaissance.

# Sommaire

Liste des tableaux

Liste des schémas

Index des sigles utilisés

Liste des Annexes

**Introduction Générale**

**A**

**Chapitre I : concepts et modèles de systèmes de santé dans le monde :  
*l'expérience de quelques pays.***

**Introduction** 02

**Section I : définition des concepts** 03

1- Le concept du système de santé 03

2- Les modèles de santé dans le monde 05

3- La notion de la réforme hospitalière 13

**Section II : organisation des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE : l'expérience de  
quelques pays européens** 21

1- Le système de santé allemand : « modèle bismarckien » 21

2- Le système de santé britannique : « modèle Beveridgien » 34

3- Le système de santé américain : « *le modèle libéral* » 43

4- Le système de santé français : « le modèle mixte » 52

5- Analyse comparative des systèmes de santé 61

**Conclusion** 65

**Chapitre II : Principes et fondements du management hospitalier**

**Introduction** 67

**Section I : Le cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière** 68

1- Le modèle de la bureaucratie professionnelle 68

2- L'hôpital une bureaucratie professionnelle 70

3- Problèmes de la bureaucratie professionnelle 74

4- L'approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle 77

**Section II : Le mangement dans les établissements publics de santé : introduction du  
nouveau management public.** 80

1- Le champ de management appliqué à la santé 80

2- Du management des bureaucraties à un renouveau managérial 85

3- Le nouveau management public 88

4- De la gouvernance des entreprises à la gouvernance des hôpitaux 95

**Section III : Les déclinaisons du Nouveau Management public au sein de l'hôpital.** 99

1- Le contrôle de gestion en milieu hospitalier 99

2- L'approche contractuelle 102

3- L'évaluation comme outil de performance	108
4- L'accréditation des établissements de sante : un outil de reconnaissance	109
<b>Conclusion</b>	<b>111</b>
<b><u>Chapitre III</u> : Historique du modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien.</b>	
<b>Introduction</b>	<b>113</b>
<b>Section I : L'évolution du système de santé algérien</b>	<b>114</b>
1- La période de 1962-1972 « un système de santé dévasté par la guerre »	114
2- La période de 1973 à 1986 : « vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics »	118
3- La période de 1987-2003 « absence d'adaptation du secteur de la santé à la transition tridimensionnelle »	126
4- La période de 2004 jusqu'à ce jour "Volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme".	128
<b>Section II : Structure et organisation du système de santé algérien</b>	<b>135</b>
1- L'organisation du secteur de la santé (schéma structurel)	135
2- Le financement du système de soins en Algérie	147
3- Présentation sommaire du système de la sécurité sociale en Algérie	157
<b>Section III : Contraintes et dysfonctionnements du secteur public de santé.</b>	<b>164</b>
1- Les contraintes et les dysfonctionnements liés à l'organisation	164
2- Les contraintes et les dysfonctionnements liés au financement	165
3- Les contraintes et les dysfonctionnements liés aux infrastructures et aux ressources humaines	167
4- Les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur hospitalier privé et la dualité du système	168
<b>Conclusion</b>	<b>170</b>
<b><u>Chapitre IV</u> : Etude empirique de l'influence du management hospitalier sur le degré de mise en œuvre des réformes.</b>	
<b>Introduction</b>	<b>172</b>
<b>Section I : les principaux axes des réformes du système de santé en Algérie</b>	<b>173</b>
1- La réforme hospitalière, rapport préliminaire du CNRH.	173
2- La nouvelle carte sanitaire	176
3- Réforme du médicament générique	176
4- Réforme de l'assurance maladie (Carte Chifa)	179
5- Le Programme d'Appui au Secteur de la Santé PASS	180
6- La feuille de route, les trois plans d'actions et la nouvelle loi sanitaire	182
<b>Section II : Cadre méthodologique de l'enquête</b>	<b>193</b>
1- L'enquête réalisée	193
2- Identification des variables de l'étude	195
3- Méthodologie de recherche	199
<b>Section III : présentation et discussion des résultats</b>	<b>208</b>
1-Dépouillement des résultats de l'enquête par questionnaire	208
2- Présentation et discussion des résultats de l'enquête par entretien	217



<b>Conclusion</b>	<b>231</b>
<b><u>Chapitre V</u> : Essai de mise au point d'un modèle d'organisation et de management de l'hôpital algérien.</b>	
<b>Introduction</b>	<b>233</b>
<b><u>Section I</u> : Ce qui reste à faire pour consolider la réforme hospitalière</b>	<b>234</b>
1- Rénover la politique sanitaire : clé du développement sanitaire	234
2- L'approche contractuelle alternative incontournable de gestion	237
3- L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le système d'information sanitaire	239
4- La modernisation de la gestion et de l'organisation de l'hôpital	240
5- Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé	241
<b><u>Section II</u> : Essai de détermination des principales caractéristiques pour un management hospitalier performant.</b>	<b>243</b>
1- La recherche de synergie entre direction et corps médical ; vers un leadership Partagé	244
2- L'importance de la dimension communicationnelle à l'hôpital	246
3- L'éthique du care	249
<b>Conclusion</b>	<b>252</b>
<b>Conclusion générale</b>	<b>254</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>262</b>
<b>Table des matières</b>	<b>275</b>
<b>Annexes</b>	<b>281</b>

# Liste des tableaux

N°	Titre	Page
1-1	Avantages et défauts des principaux types de systèmes de santé	13
1-2	Avantages et inconvénients de diverses initiatives de réforme du secteur de la santé.	20
1-3	Indicateurs sociaux sanitaires de l'Allemagne	21
1-4	Indicateurs sociaux sanitaires de la Grande Bretagne	34
1-5	Indicateurs sociaux sanitaires de L'Amérique	43
1-6	Indicateur sanitaire de la France	52
1-7	Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de santé	62
1-8	Approches théoriques des réformes des système de santé	63
2-1	Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP	87
2-2	Les démarches et outils introduits par le NMP	91
2-3	Les dix principes du nouveau management public	92
2-4	Eléments constitutifs de la Nouvelle Gestion Publique	93
3-1	La répartition des ressources humaines	117
3-2	Les ressources matérielles	117
3-3	Réorganisation de la carte sanitaire par région	124
3-4	Données démographiques	130
3-5	Évolution du taux naturel d'accroissement	130
3-6	Taux de mortalité maternelle	133
3-7	Évolution de l'infrastructure hospitalière	140
3-8	La répartition des structures de soins par régions sanitaires	141
3-9	Répartition du corps médical du secteur public en Algérie par type d'établissement (2015).	142
3-10	Evolution du nombre de cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques	144
3-11	Evolution de l'infrastructure privé	145
3-12	Évolution du budget de la santé (2002-2015)	149
3-13	Évolution de la consommation budgétaire par nature de dépense (en %)	149

3-14	Évolution de la dépense Nationale de santé	152
3-15	L'évolution de la contribution des agents de financement « En % de la DNS »	154
3-16	Ventilation des taux de cotisation au 1 janvier 2015	160
3-17	Contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2015.	161
4-1	Les établissements de santé dans les wilayas du centre	193
4-2	Taille de l'échantillons selon le statut professionnel	195
4-3	Les items de la variable management hospitalier	198
4-4	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle planification ».	202
4-5	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle autonomie »	203
4-6	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle organisation »	204
4-7	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle processus décisionnel »	204
4-8	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle motivation »	205
4-9	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle politique de ressource humaine »	206
4-10	Corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes	206
4-11	Calcul des coefficients Skewness et Kurtosis	208
4-12	La corrélation entre la clarté de la réforme et la perception des acteurs	209
4-13	Variables introduites/éliminées <sup>a</sup>	209
4-14	ANOVA <sup>a</sup>	209
4-15	Récapitulatif des modèles <sup>b</sup>	210
4-16	Coefficients <sup>a</sup>	211
4-17	ANOVA <sup>a</sup>	211
4-18	Récapitulatif des modèles	212
4-19	Coefficients <sup>a</sup>	212
4-20	Diagnostics de colinéarité <sup>a</sup>	212

4-21	La corrélation entre le management hospitalier et la réussite de la réforme	213
4-22	Statistiques descriptives	213
4-23	Variables introduites/éliminées <sup>a</sup>	214
4-24	ANOVA <sup>a</sup>	214
4-25	Récapitulatif des modèles	215
4-26	Coefficients <sup>a</sup>	216
4-27	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le représentant du Ministère de la santé	218
4-28	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP de Blida	220
4-29	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le président de la commission de santé au niveau de l'Assemblée Populaire Nationale	221
4-30	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP d'Alger	222
4-31	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP de Tipasa	223
4-32	Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le Directeur de l'école nationale du management et de l'Administration de la santé (ENMAS)	224

# Liste des Figures

N°	Titre	Page
1-1	Le modèle Bismarckien	07
1-2	Le modèle Beveridgien	09
1-3	Le modèle libéral	11
1-4	Le modèle Mixte	12
1-5	Le système de santé Allemand	25
1-6	Le modèle du « fonds de santé »	31
1-7	Le système de santé en Angleterre après la réforme « au 1 <sup>er</sup> avril 2013 »	42
1-8	Le système de santé Américain	52
1-9	Le système de santé français	56
1-10	Le fonctionnement de la tarification à l'activité	58
1-11	Financement des hôpitaux	59
2-1	Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg	69
2-2	Les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière adaptée de Glou Berman et Mintzberg « 2001 »	76
2-3	Vers une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée	78
2-4	La contractualisation en Algérie	106
3-1	Organisation du secteur public 1980-2008	139
3-2	Cadre organisationnel du système national de santé	146
4-1	Carte heuristique des déterminants d'une « bonne gestion hospitalière » à partir des éléments des représentations des interviewés.	229

# Index des sigles utilisés

**ANS** : L'Agence Nationale du Sang

**ANDS** : L'Agence de documentation de la santé

**APN** : Assemblée Populaire Nationale

**CASNOS** : Caisse des Assurances Sociales des Non-Salariés

**CNAS** : Caisse National d'Assurance Sociale

**CNRH** : Conseil National de la Réforme Hospitalière

**CNASAT** : La Caisse Nationale des Assurances Sociales et des Accidents du Travail

**CHU** : Centre Hospitalo-universitaire

**CNRH** : Conseil National de la Réforme Hospitalière

**CRS** : Conseil Régional de la Santé

**DNS** : Dépenses National de Santé

**DSP** : Directions de la Santé et de la Population

**EHU** : Etablissement Hospitalier Universitaire

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

**EPH** : Etablissement Public Hospitalier

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

**ENSP** : L'école nationale de la santé publique

**FMI** : Fond Monétaire International

**I.N.S.P** : Institut National de Santé Public

**INPFP** : L'institut pédagogique national de formation professionnelle

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

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

**NMP** : Nouveau Management Public

**OMS** : Organisation Mondiale de Santé

**OCDE** : l'Organisation de Coopération et de Développement Economique

**O.N.G** : Organisation Non Gouvernementales

**O.R.S** : Observatoire Régionale de la santé

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

**PEH** : Projet d'Etablissement Hospitalier

**PCH** : La pharmacie centrale des hôpitaux

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

**UAP** : Unité d'Appui au Programme

# Liste des annexes

<b>N°</b>	<b>TITRE</b>	<b>PAGE</b>
01	Guide d'entretien	282
02	Questionnaire	283
03	Validation de l'échelle de mesure « planification »	291
04	Validation de l'échelle de mesure « degré d'autonomie »	300
05	Validation de l'échelle de mesure « organisation »	303
06	Validation de l'échelle de mesure « processus décisionnel »	306
07	Validation de l'échelle de mesure « motivation »	309
08	Validation de l'échelle « gestion Ressource Humaine »	312
09	Validation de l'échelle de mesure « contrôle »	315
10	Lettre d'orientation du Ministère de santé	319
11	Lettre de mission N°121 du 20 avril 2014	320
12	Analyse statistiques descriptives du questionnaire	321

# INTRODUCTION GENERALE



Partout dans le monde, la santé est reconnue comme étant un droit humain inaliénable. La distribution des soins est organisée dans le cadre spécifique à chaque pays, mais une chose est certaine : quelle que soit la nature du système, son organisation ou ses modalités de financements, nous observons l'existence d'un dénominateur commun, à savoir une croissance soutenue des dépenses de santé et des problèmes récurrents de régulation.

En outre, le système de santé au niveau mondial connaît des mutations plus ou moins différentes selon le degré de développement des pays. Les enjeux et les défis à relever diffèrent d'un pays à l'autre en fonction de l'âge des patients, des maladies chroniques plus ou moins répandues, des moyens financiers mis en jeu, des nouveautés technologiques dans le domaine médical et de la culture propre à chaque société face à un monde de la médecine et des soins sans cesse changeants.

En matière de santé, notre pays n'échappe pas à cette règle et vit une transition tridimensionnelle, à savoir économique, démographique et épidémiologique.

Le système algérien de l'économie dirigé et centralisé s'étant essoufflé, a laissé place en 1988 à une économie dite de marché. En effet, l'État, croulant sous le poids d'une dette extérieure et incapable de l'honorer dans les délais convenus, a été forcé par le FMI et la banque mondiale d'adopter un plan d'ajustement structurel. C'était entre 1994 et 1998. Cette entrée dans l'économie de marché, synonyme de la fin des aides financières de l'État, a entraîné des dommages collatéraux sociaux tels que le chômage, l'érosion du pouvoir d'achat et l'aggravation de la pauvreté. L'embellie financière à partir de l'année 2000 est une véritable bouffée d'oxygène pour l'économie algérienne. C'est alors l'effet inverse qui s'est produit, le produit intérieur brut (BIP) s'est nettement redressé, l'endettement est devenu gérable, voire insignifiant, l'emploi a repris des couleurs, quoique le sursaut n'a pas été aussi significatif que cela pouvait paraître, car l'économie demeurerait toujours dépendante de la manne des hydrocarbures. Cette embellie financière, transformée en ressources du trésor public, a profité au secteur de la santé sous forme d'infrastructures, de formation, d'acquisition et d'équipements, faisant de ce secteur le troisième gros ordonnateur de dépenses de deniers publics après celui de la Défense et de l'Intérieur. Les acquisitions rendues possibles grâce à cette manne pétrolière s'est négativement répercutée sur l'augmentation des dépenses de santé.

Sur le plan démographique, le vieillissement de la population est un consommateur de gros moyens financiers, surtout lorsqu'on sait que l'Algérie compte 2.8 millions de personnes de 60 ans à 77 ans (7.5% de la population). Ceci s'explique par le fait qu'une population vieillissante nécessite plus de soins, donc plus de ressources.

Pour ne pas arranger les choses, la transition épidémiologique prend la forme de plusieurs maladies telles que le diabète, le cancer, la dépression, les pathologies professionnelles, les maladies respiratoires, les maladies dégénératives et traumatologiques..., induisant une facture de soins exorbitante. En outre, ces maladies qui nécessitent un mode de vie préventif (vaccination, changement des habitudes alimentaires, d'habits, le port de prothèses...) ont un coût. L'Algérie fait donc face à la montée des maladies non transmissibles sans que les maladies transmissibles ne soient totalement éradiquées.

Le système de santé algérien est en proie à des difficultés et des contraintes aggravées par une vieille population, à des maladies chroniques en nette augmentation et aux coûts induits par les nouvelles technologies médicales. Les nouvelles pathologies posent vraiment problème. Alors que faire face à tous les problèmes liés à la santé dans un climat de dépendance économique et de développement incertain qui n'est pas une sinécure ?

En Algérie, l'hôpital constitue le noyau du système de santé, mais n'en est pas moins un casse-tête pour les dirigeants qui doivent répondre aux doléances et réclamations de nombreux autres acteurs intervenants et de la population et atteindre les objectifs qui leur sont assignés. Les nombreux défis auxquels est soumis et la diversité des missions et objectifs qu'il doit atteindre font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

Aujourd'hui, l'hôpital algérien rencontre beaucoup de difficulté à satisfaire la population et répondre aux attentes du personnel hospitalier. Cette difficulté de satisfaire les uns et les autres n'est un secret pour personne et elle a même fait l'objet des manchettes des quotidiens et autres moyens audiovisuels.

Nous l'avons déjà signalé, la gestion de l'hôpital est plutôt rigide où l'initiative locale est inexistante, car toutes les directives émanent du Ministère de la santé, pourvoyeur de fonds. Ceci appelle des réformes à la hauteur des contraintes et des défis, mais encore faut-il y réussir.

Les établissements de santé sont donc soumis à de profondes mutations. Ainsi, les nouveaux modes de régulation de ce secteur se fondent en particulier sur les réformes du financement et de la nouvelle gouvernance, une normalisation croissante et une tension accrue sur l'accès aux ressources, qu'elles soient humaines ou matérielles. Ces évolutions nécessitent de développer au sein des établissements de véritables compétences managériales, indispensables pour mettre en œuvre un pilotage stratégique assurant la pérennité et la performance des structures de santé.

Les pratiques des gestionnaires qui sont aujourd'hui limitées à l'administration des structures de soins publiques, elles tendent à intégrer de nouveaux outils de management dans leur processus de prise de décision. La gestion des structures de soins en Algérie relève d'une gestion purement administrative, c'est-à-dire d'une structure principale de soins, en l'occurrence un hôpital qui dispose d'un budget annuel. Ce dernier est exécuté selon des procédures administratives précises. Les gestionnaires se soucient plus du strict respect de la procédure budgétaire que de la réduction des coûts. Ceci dit, les secteurs de soins connaissent des réformes ; ces dernières s'inscrivent dans une démarche de réduction des coûts liés à la maladie. Le succès de toute réforme en matière de santé publique doit reposer tant sur l'amélioration de la qualité des soins que sur la réduction des coûts générés par la prise en charge des malades.

Les hôpitaux doivent actualiser leur organisation en fonction des situations nouvelles de plus en plus complexes. Ceci exige des managers la connaissance des spécificités de l'environnement et la compétence.

La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management. L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques.

Cependant, la question du management dans la santé peut être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : stratégie, finance, contrôle de gestion, gestion des ressources humaines...etc. Mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe ; on n'a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et les réformes du secteur, comme en témoigne le recours régulier aux termes de rationalisation, évaluation et performance. Pourtant la masse critique des travaux de recherche sur le sujet reste relativement faible. De ce fait, les connaissances sur lesquelles s'assoient les règles de management préconisées ne sont pas toujours évidentes à cerner et la spécificité du champ de la santé ressort. Mais encore faut-il trouver les leviers de ce management tant recherché dans le domaine de la santé si complexe. Raison pour laquelle le management hospitalier doit impérativement reposer sur les deux points fondamentaux ci-après :

- Toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement ;

- Cet établissement est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers. J.M. CLEMENT prête aux institutions publiques de santé trois pouvoirs qu'il appelle « *la triarchie hospitalière* » : un pouvoir politique, représenté par la tutelle, le pouvoir administratif du directeur et le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « Technique » des médecins ; *lorsqu'on* examine les trois pouvoirs composant la triarchie hospitalière, on est frappé par leurs différences d'objectifs...

Toutefois, les nombres de médecins spécialistes, l'aspect protectionniste de l'offre de soins, le volume de travail et le stress qu'il provoque, l'apport du patient lui-même à l'acte médical et l'introduction des nouveautés technologiques en matière de santé démontrent que l'application des théories traditionnelles du management dans le milieu hospitalier est désuète et inappropriée.

De nos jours, on assiste à un changement total de l'hôpital dans la mesure où les managers l'on mit sur un nouveau cap qualifié par De Gaulejac de véritable « révolution managériale », où l'obligation de résultat prime sur une logique de moyens favorisant le développement et l'utilisation optimale des ressources pour contrôler les coûts.

Néanmoins, quoiqu'on puisse emprunter et utiliser les méthodes et outils si chers au monde industriel pour réaliser l'équilibre financier dans les milieux hospitaliers, il faut avoir en ligne de mire, à l'occasion des actions managériales, la qualité des soins, le besoin de se remettre en question lorsqu'il s'agit de répondre aux aspirations de la population et de maîtriser la gestion des ressources humaines hospitalières.

L'hôpital est perçu comme une entité dont le système connaît un fonctionnement aussi complexe que « révolutionnaire », mais son mode de gestion est toujours remis en cause.

## **Notre problématique de recherche :**

En vertu de l'ordonnance du 1<sup>er</sup> janvier 1974 a été instauré « la Médecine Gratuite » Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins engendré certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs et par l'abandon des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins.

L'Algérie a été amenée à procéder à des réformes du système à même de lui permettre d'offrir des soins de qualité suite aux faiblesses constatées.

L'autre appellation (**population et réforme hospitalière**), donc la nouvelle attribution donnée au Ministère de la Santé, comme son nom l'indique, est révélatrice d'une volonté de mener une politique réformatrice allant dans le sens d'un bien-être aussi bien pour les bénéficiaires des soins que pour leurs prestataires.

Ainsi, les modes de fonctionnement et d'organisation hospitalière sont questionnés dans un contexte général de modernisation de l'hôpital. Il s'agit tout d'abord de rénover l'organisation hospitalière que certains considèrent obsolète, vecteur de pesanteurs administratives pesant sur les initiatives des principaux acteurs hospitaliers, marquées par un manque d'autonomie et dont les missions sont devenues floues. Le management hospitalier traditionnel de l'hôpital peine à répondre aux besoins des usagers, aux évolutions démographiques liées à l'allongement de l'espérance de vie et à des impératifs financiers orientés vers la réduction des dépenses publiques, dans leur mission de soins.

Dans une structure hospitalière, le personnel de santé (le corps médical et paramédical) est, certes, la colonne vertébrale des missions et des activités à mener, mais rien ne peut réussir sans une bonne organisation et un management prévoyant et répondant aux besoins des usagers. C'est cet élément si important qui a motivé le choix de notre thème. En effet, cette étude est venue pour tenter de répondre à l'interrogation centrale suivante :

### **Le modèle organisationnel et managérial actuel de l'hôpital est-il en mesure de faire aboutir la réforme hospitalière en Algérie ?**

De cette problématique centrale découlent les interrogations suivantes :

1. Comment la réforme hospitalière est-elle perçue par les acteurs du système de santé en Algérie ?
2. Quelle est la place accordée aux rôles du management hospitalier dans le cadre de ces réformes ?
3. Quelles sont les principales caractéristiques de l'organisation et du management actuels de l'hôpital algérien ?
4. Le modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien est-il en mesure de jouer son rôle stratégique dans les réformes décidées ou doit-il être modifié ?

5. Quel serait le modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien qui lui donnerait le statut d'acteur stratégique principal dans la réforme hospitalière ?

### **Hypothèse générale**

Afin de répondre à notre problématique centrale, nous avons posé l'hypothèse principale suivante :

**La réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière en Algérie dépend principalement de la place accordée à l'organisation et au management de l'hôpital.**

On a ensuite divisé cette hypothèse de base aux hypothèses suivantes :

**H1** : le manque de la clarté de la réforme hospitalière influe sur la perception et l'image des acteurs de l'hôpital algérien par rapport à ces réformes.

**H2** : la perception et le support des acteurs de santé aux réformes hospitalières influent sur l'aboutissement de la réforme hospitalière en Algérie.

**H3** : les caractéristiques organisationnelles et managériales actuelles de type administratif et bureaucratique de l'hôpital ne leur confèrent pas un rôle stratégique et influent négativement sur la réussite de la réforme hospitalière.

**H4** : la modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital algérien accordant une place stratégique à ses acteurs et aux usagers conditionne la réussite de la réforme hospitalière.

L'objectif, de notre recherche, est de collaborer à la compréhension du système de pilotage hospitalier et de son évolution, afin d'identifier le rôle qui peut jouer le management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière.

Ainsi la présente étude vise ce qui suit :

1. Comprendre la place de l'organisation et du management hospitalier dans la réforme hospitalière en Algérie ;
2. Identifier les opinions et les attitudes des acteurs de la réforme hospitalière sur le rôle que pourrait jouer le management hospitalier dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière ;
3. Comprendre et analyser les formes et les raisons de la résistance à la réforme hospitalière ;
4. Faire le lien entre le mode d'organisation et de management de l'hôpital et la réforme hospitalière.

## Intérêt et choix du sujet

Par ailleurs, " *L'hôpital en crise*", "*l'hôpital malade de ses structures* » : autant de formules très médiatiques qui interpellent la société sur ce qu'est devenu réellement, aujourd'hui, notre système sanitaire, sur ce qu'elle est en droit d'attendre alors que, dans tous les esprits, la santé se trouve sacralisée.

L'hôpital est devenu un thème obligé de la réflexion parce que l'on y naît, que l'on y préserve la vie et que l'on y meurt. Quelle autre institution peut se targuer d'une aussi forte présence symbolique au sein du groupe social ?

Ce sujet est donc au carrefour entre plusieurs disciplines scientifiques qui focalisent les regards des chercheurs de tous bords au plan théorique et pratique. C'est par rapport à cet intérêt des spécialistes de la santé que notre problématique sera proposée pour cette thèse de doctorat.

Enfin, l'hôpital est au cœur de notre système de soins, d'où l'intérêt du choix du thème afin d'analyser le rôle de son organisation et de son management dans la réussite de la réforme hospitalière algérienne. C'est ce double intérêt qui nous a incités à suggérer ce sujet : D'une part, par rapport à un penchant personnel pour le management hospitalier et, d'autre part, par rapport à la problématique de la réforme hospitalière en Algérie.

De plus, le choix revient ainsi au manque d'études sur ce sujet au niveau national, car les études présentées dans ce domaine sont très peu nombreuses et ne touchent qu'une partie de notre thème tel que la thèse de doctorat présentée par **BARR DJAMILA**, université d'Alger, 2008/2009, intitulée « *la réforme hospitalière en Algérie : une analyse critique* » et la thèse de doctorat présentée par **AHCENE ZEHNATI**, université de Bejaïa, juin 2014, intitulée « *analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie* ». On ajoute à ces travaux quelques mémoires de magister et de master. Par conséquent, le domaine de santé en Algérie souffre toujours d'un manque de travaux universitaires en ce sens.

Concernant les études internationales menées sur ce sujet en ont trouvé quelques-unes, mais celles-ci touchent uniquement une partie de notre thème. On cite :

- Lallouche.S, **le système hospitalier Algérien : une évolution nécessaire**, thèse de doctorat en droit privé, l'école doctorale INTER-MED Perpignan, 2016.
- Miremont.M-C, **la dynamique « éthique du care », nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital**, thèse de doctorat, université de Peau et des Pays de l'Adour, juillet 2014.
- Berard.E, **Rôle des instruments de gestion au sein des organisations : une approche socio matérielle. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans un hôpital public français**, thèse de doctorat, Gestion et management, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I ; ESCP Europe, 2013.
- Braelen.M, **le management stratégique hospitalier ; contribution à la modélisation du cas de l'hôpital universitaire**, thèse de doctorat, université de Lille I, mars 1996.

Chacune de ces études a abordé le sujet d'un angle bien précis. Elles ne touchent pas tous les aspects de notre thème. En plus, elles sont faites dans des pays où la situation économique et financière est différente de celle de notre pays. Ainsi, l'aspect pratique de ce sujet est encore nouveau et n'a pas suffisamment fait l'objet d'études et de recherches.

### **Démarche méthodologique :**

Compte tenu de l'objet de notre recherche et du faible nombre d'études empiriques menées sur le sujet nous avons opté pour une étude de type inductive-déductive qui tentera de comprendre et d'analyser l'organisation de l'hôpital algérien par rapport aux rôles formels qui lui sont assignés par les pouvoirs publics dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

L'étude portera principalement sur l'analyse organisationnelle et managériale de cette entité au moyen d'un sondage interne auprès des principaux acteurs (directeurs, sous-directeur, chef de service). L'identification des principales attitudes des acteurs de l'hôpital par rapport aux principales interrogations que pose la problématique de l'étude est l'un des objectifs de cette étude.

Aussi, l'analyse de contenu des documents officiels de la réforme hospitalière et des résultats des différents bilans fera partie de la méthodologie préconisée.

Par ailleurs, une série d'entretiens sera organisée avec d'autres acteurs de la santé tels que les DSP, le président de la commission de la santé à l'Assemblée Populaire Nationale et en particulier le Directeur de l'École Nationale du Management et de l'Administration de la Santé (ENMAS), en sa qualité de seul organisme de formation des cadres de la santé au niveau national et même africain.

Enfin, il faudra traiter l'ensemble de ces données pour définir un modèle organisationnel et managérial pour l'hôpital et des recommandations pour consolider et faire réussir la réforme hospitalière en Algérie.

Notre démarche méthodologique peut être schématisée comme suit :

## DÉMARCHE DE RECHERCHE

Approche théorique et conceptuelle : les modèles de santé, évolution du système de santé algérien et les principaux axes de réformes, management hospitalier

**Enquête par questionnaire** : destinée aux différents responsables des établissements publics de santé « directeurs, sous directeurs et les chefs de service » au niveau des wilayas du centre. « Alger, Blida, Tizi-Ouzou, Tipaza, Boumerdès, Médéa » dont le nombre est de 90 établissements.

**La réalisation des entretiens semi-directifs** : effectuer auprès d'autres acteurs de santé tels que : les DSP, responsable chargé de la cellule réforme hospitalière au niveau du Ministère de la santé, le président de la commission de la santé au niveau de l'Assemblée Populaire Nationale, le directeur de l'École Nationale du Management et de l'Administration de la Santé (ENMAS),

**MODELISATION ET RECOMMANDATIONS**  
**d'une organisation et d'un management hospitalier**  
**Nouvelles pistes pour réussir la réforme**

### **Plan de l'étude :**

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

Le premier chapitre intitulé « **concepts et modèles de systèmes de santé dans le monde : l'expérience de quelques pays** » est consacré à l'analyse des systèmes de santé de certains pays de l'OCDE en faisant ressortir leurs principales caractéristiques, le mode de fonctionnement et les mécanismes de financement. Nous essayerons de mettre en évidence les avantages et les inconvénients de chacun des grands modèles de systèmes de santé : le modèle de Beveridge mis en place au Royaume-Uni, financé par l'impôt, le modèle de Bismarck adopté en Allemagne dont les fonds proviennent principalement des cotisations à la sécurité sociale. Nous examinerons le modèle de système de santé mixte (la France), et le modèle libéral tel que



celui des États-Unis, assis à la fois sur les ressources fiscales (pour les deux filières publiques des soins Medicaid et Medicare), et sur celle des assurances privées et la contribution des usagers. Nous évoquerons ainsi les réformes engagées dans ces pays dans le but de faire face aux contraintes du financement et d'accroître la performance des systèmes de santé en place.

Dans le deuxième chapitre « **Principes et fondements du management hospitalier** » on va évoquer la notion du management hospitalier, comme un domaine dans lequel s'insère notre travail de recherche, on a abordé le modèle organisationnel utilisé concernant les organisations hospitalières, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses limites et ses évolutions ainsi que les caractéristiques et spécificités de ces organisations. En parallèle, nous explorons les concepts (ou notions) que sont le management et plus spécifiquement le Nouveau Management Public (NMP) et ses déclinaisons en milieux hospitaliers.

Le troisième chapitre intitulé « **historique du modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien** » est réservé à la présentation de l'évolution du système de santé algérien depuis l'indépendance à ce jour et toutes les formes d'organisation qu'il a connues durant différentes étapes. Il donne des indications globales sur l'historique de l'organisation et fonctionnement du système dans ses multiples phases d'évolution. Nous aborderons ainsi la problématique du financement du système de soins en Algérie en mettant en avant la contribution des agents économiques au financement des dépenses de santé et les contraintes auxquelles ils sont confrontés dans un contexte caractérisé par la transition plurielle et le développement exponentiel du secteur privé des soins. Enfin, la dernière partie du chapitre traite les différentes contraintes que rencontre le système de santé et qui entravent son fonctionnement normal.

Le quatrième chapitre « **étude empirique de l'influence du management hospitalier sur le degré de mise en œuvre des réformes** », nous évoquerons en premier lieu, les principaux axes des réformes hospitalières du système de santé en Algérie jusqu'à la nouvelle loi de santé du 02 juillet 2018. Ce texte est fondamental puisqu'il va guider l'activité des professionnels de la santé, des patients, des décideurs et des associations de patients, pendant une longue durée. Pour cela on va faire une lecture critique de cette loi afin d'évoquer ses principales nouveautés en comparaison avec l'ancienne loi, de 1985. Puis, nous passons à la description du déroulement de l'enquête et à la détermination de la variable dépendante et des variables indépendantes. Nous exposons ainsi les résultats des prétests des échelles de mesure. Enfin, nous procéderons à la discussion des résultats de nos traitements statistiques des deux études réalisées « par questionnaire et entretien semi-directifs ». La discussion de nos résultats nous permettra de décrire les caractéristiques du management hospitalier de nos hôpitaux, d'identifier certains leviers de changement, de préciser la représentation des acteurs de santé d'un modèle managérial souhaité pour l'hôpital algérien.

Le cinquième chapitre « **essai de mise au point d'un modèle d'organisation et de management de l'hôpital algérien** », traitera la réforme hospitalière en Algérie, entamée en 2002 jusqu'à ce jour, n'est qu'une pseudo réforme, qui appelle à une nouvelle véritable réforme. À travers ce chapitre on va essayer d'évoquer en premier lieu les leviers majeurs nécessaires pour pallier aux dysfonctionnements dont souffre notre système de santé. Ensuite, nous allons décrire les principales caractéristiques d'un modèle managérial hospitalier performant permettant la réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

# **Chapitre I**

**« Concepts et modèles de systèmes de santé dans le monde ;  
l'expérience de quelques pays »**

La protection de la santé et la promotion d'un mode de vie sain sont nécessaires pour la garantie de la prospérité des populations, le développement socio-économique d'un pays et de l'économie mondiale en général. Pour ce faire, les gouvernements doivent développer leurs systèmes de santé afin que toutes les personnes aient accès à des services de santé et n'aient pas de difficultés financières lors de leur paiement.

Tout modèle de la santé est basé sur une compréhension des spécificités des services médicaux comme des biens économiques, ce qui détermine le rôle de l'État et du marché dans le cadre de l'organisation et du financement des systèmes de santé nationaux. Les approches théoriques existantes des réformes des systèmes de santé montrent l'existence de l'isomorphisme mimétique dans le secteur de la santé, caractérisée par les ambiguïtés des objectifs, l'effet de l'incertitude, les causes qui sont obscures ou les solutions inconnues. Dans ce cas, afin d'engendrer des solutions efficaces à moindre coût, les états construisent leurs systèmes de santé nationaux en se concentrant sur les systèmes des « pays-modèles ». C'est pourquoi l'étude de l'expérience étrangère des réformes des systèmes de santé a un intérêt particulier pour l'Algérie.

La distribution des soins est organisée dans le cadre d'un système de santé dont la nature et le fonctionnement sont spécifiques à chaque pays. Dans les uns il s'agit d'un système étatique financé principalement par l'impôt-le système de santé Britannique est souvent cité en exemple- dans lequel l'intervention des prestataires privés est marginale, dans d'autres, il s'agit d'un système relevant de l'assurance maladie, où nous rencontrons un secteur public prédominant et une médecine libérale articulée principalement sur l'activité des soins ambulatoires-le système de santé français et celui Allemand correspondent à cette organisation. Les états -unis présentent l'exemple du système de santé le plus libéral, malgré l'existence des programmes gouvernementaux, Medicaid et Medicare- que nous aurons l'occasion de développer dans ce chapitre.

Dans ce chapitre, nous aborderons dans un premier lieu les définitions des principaux concepts et des différents modèles de santé, leurs avantages et leurs inconvénients. Ensuite, nous prendrons un pays comme exemple de chaque modèle de santé, son organisation, sa politique et ses réformes.

## **Section I : Définition des concepts**

La santé est revendiquée dans le monde entier comme un droit humain fondamental et figure dans la plupart des textes constitutionnels des Etats. La distribution des soins est organisée dans le cadre d'un système de santé dont la nature et le fonctionnement sont spécifiques à chaque pays. Pour les uns, il s'agit d'un système étatique financé principalement par l'impôt dans lequel l'intervention des prestataires privés est marginale, pour d'autres, il s'agit d'un système relevant de l'assurance maladie où nous constatons un secteur public prédominant et une médecine libérale articulée principalement autour de l'activité des soins ambulatoires.

Par ailleurs, le secteur de santé focalise l'attention des décideurs, il se trouve au centre des débats des différents intervenants dans le marché des soins médicaux. En effet, il ne semble pas exister un secteur de l'économie où l'intervention de l'Etat est aussi visible que dans celui de la santé en tant qu'entité guidée par les principes de l'équité et de la justice sociale.

A travers cette section, nous exposerons la diversité des systèmes de santé, ainsi que le concept de la réforme hospitalière.

### **1- Le concept du système de santé :**

Il serait intéressant de définir d'abord cette notion de système afin d'appréhender dans sa globalité « le système de santé ».

Nous emprunterons au dictionnaire « le petit Robert » la définition selon laquelle le système est « *un ensemble possédant une structure, constituant un tout organique* <sup>1</sup> ».

Un spécialiste des systèmes B.L.J.HART, va droit au but et en donne la définition par le recours à celui de la santé lorsqu'il écrit que « *de notre naissance à notre mort nous vivons à l'intérieur du système. Les premiers concernant la santé de notre premier âge* <sup>2</sup> ». Il ajoute, pour mieux étayer ce concept ; « *...ensuite des systèmes de sécurité sociale et des systèmes familiaux s'occupent de notre bien-être matériel et de notre bonheur* ».

Par ailleurs, la question de la santé est aujourd'hui parmi les préoccupations les plus difficiles à définir. Il s'agit à la fois d'un concept existentiel et scientifique dont le sens est éclairé par les sciences biologiques, psychologiques et sociales, et qui est changeant dans l'espace et dans le temps. Il n'a pas de définition universelle, mais le concept de santé a fait l'objet d'une définition célèbre, celle de l'OMS en 1946 « *un état optimal de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladies ou d'infirmités* ». De plus, l'organisation, dans sa constitution, stipule que « *la possession du meilleur état de santé qu'un individu est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelques soient sa race, sa religion, ses opinions, sa*

---

<sup>1</sup> Le petit robert 1, paris, 1983.

<sup>2</sup> Brahamia Brahim, **économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé**, BAHAEEDDINE EDITION, 1<sup>ER</sup> édition, 2010, p73.

*condition économique ou social* »<sup>3</sup>. La possession d'un meilleur état de santé est donc vue comme un droit pour tout homme.

Cette définition de l'OMS à un double sens. La première partie de la définition considère la santé comme un état durable et permanent, une vraie dichotomie qui existe entre bien-mal, santé-maladie. Cette première phrase conçoit la santé en tant qu'état statique. Cependant, la deuxième partie de la définition donne plus un sens de qualité meilleure, un projet d'un devenir en perspective et par conséquent, exprime mieux la réalité d'un acte dynamique. Le terme « optimal » signifie qu'il y a une comparaison récurrente entre un état de santé observé dans une population et un état considéré souhaitable.

Voilà globalement, nous sommes désormais mieux outillés pour appréhender la notion de système de santé qui peut être définie comme étant « un *ensemble cohérent et structuré dont la finalité consiste à la prévention, à la promotion de la santé et à la distribution des soins aux membres de collectivité*<sup>4</sup> »

Roemer considère le système de santé comme étant « *la combinaison de quatre facteurs principaux- les ressources, l'organisation, le financement et la gestion-dont la finalité consiste à fournir des prestations sanitaires à la population*<sup>5</sup> ».

Par ailleurs, l'organisation mondiale de la santé (OMS), n'hésite pas à lui donner une plus large acception : « *le système de santé peut être défini largement comme le tout cohérent de nombreux éléments interdépendants, tant sectoriels qu'intersectoriels, ainsi que la collectivité elle-même, qui produisent un effet combiné sur la santé de la population*<sup>6</sup> ».

Nous dirons, par ailleurs, que le système de santé doit être appréhendé dans une optique globale : il comprend en fait tous les facteurs qui contribuent directement ou indirectement à la protection et à l'amélioration de la santé de l'individu.

Cependant, le terme « système de santé » est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui, en fait, est un synonyme de système de soins. Celui-ci, en fait, est un élément du système de santé, même s'il en constitue le noyau.

En simplifiant à l'extrême, on peut considérer schématiquement que l'organisation d'un système de santé peut s'apparenter à un jeu de construction de type « lego » qui comporterait quatre boîtes de pièces.

→ La première boîte correspond à la **demande de soins**. Elle contient les pièces suivantes : population, usagers, entreprises, salariés et travailleurs indépendants.

→ La seconde boîte correspond à l'**offre de soins**. Elle contient les pièces suivantes : médecins généraliste, médecins spécialités, pharmaciens, hôpitaux. On peut distinguer au niveau de l'offre deux niveaux de soins : les soins primaires, que sont les soins de première ligne répondant à une demande de soins exprimée directement par la population

---

<sup>3</sup> [www.who.org](http://www.who.org), consulté le 15/03/2015 à 18H20.

<sup>4</sup> Brahamia. B, op.cit, P73

<sup>5</sup> Roemer MI, **National health systems of the world**, University Press, volume1, New york, oxford, 1991.

<sup>6</sup> Brahamia. B, op.cit, P83.

« consultation et visite de médecine générale, accueil d'urgence à l'hôpital » et les soins secondaires répondant à une demande médiatisée par les professionnels de première ligne « soins de spécialistes, prescription d'examen complémentaires et médicaments, hospitalisation programmée ».

→ La troisième boîte est nommée financement. Elle contient, selon les systèmes, les pièces : assurances-maladies, assurance privées, mutuelles, Etat, Région, Mutuelles, ...etc.

→ La quatrième boîte correspond à l'Etat et aux pouvoirs publics qui, quel que soient le système politique, doivent impérativement s'engager dans le fonctionnement du système pour des missions de définition de normes, de cadre réglementaire d'exercice, de fixation des règles du jeu, de régulation générale du système etc...

Ces quatre boîtes principales sont reliées entre elles par des « pièces de liaison » permettant de relier les pièces des quatre boîtes précédentes. Ces principes de liaison sont :

-des flux de monnaie : dont la nature est variable selon le type de système « honoraire, salaire, capitation, cotisations, primes d'assurance, impôt, remboursement, dotation globale... »

-des flux de personnes : libre choix, choix réglementaire...

-ou des flux d'information : besoins de santé, niveaux d'activités, normes technique, cadre réglementaire...

Mettre en place un système de santé, c'est réaliser un « montage » avec les pièces contenues dans chacune de ces boîtes. Ce « montage » doit respecter un certain nombre de conditions définies par la société : satisfaction de besoins, accessibilité du plus grand nombre aux soins, solidarité, respect de l'équilibre financier, équité, règles éthiques ... La définition d'un système de santé est donc toujours un choix de société.

## **2- Les modèles de santé dans le monde :**

L'organisation et le fonctionnement du système diffèrent d'un pays à l'autre ; on peut en ce sens parler de diversité des systèmes et de pluralité des structures. Chaque système obéit à une réglementation et est l'objet d'un système de régulation propre à chaque pays. Les principes éthiques qui caractérisent les politiques et les systèmes de santé diffèrent d'un pays à l'autre. A l'origine, on pouvait clairement les distinguer. Aujourd'hui, ils tendent à s'emprunter des éléments pour corriger leurs propres défauts mais font perdurer des représentations prégnantes, des principes forts d'organisation du domaine de la santé, d'économies de la santé selon les pays.

Il existe quatre modèles de système de santé et de protection sociale :

### **2-1 Le modèle bismarckien « assurance maladie obligatoire AMO »**

Il a été introduit en Allemagne à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle par le Chancelier Bismarck « 1883 ». Il s'agit de régimes obligatoires d'assurance sociale fondés sur une affiliation professionnelle. Ce système garantit un revenu de compensation en cas de perte de revenu liée

à la réalisation d'un risque social : maladie, accident du travail, invalidité ou vieillesse. Ces assurances sociales, destinées à protéger les travailleurs, sont obligatoires et fortement contrôlées par l'Etat. Le mode de gestion est décentralisé (les caisses sont confiées aux partenaires sociaux).

Ce système d'assurance maladie ne bénéficiait pas à tous les allemands puisqu'il était conçu pour les travailleurs les plus démunis. Echappaient à l'obligation d'assurance sociale les personnes à haut revenus sous certaines conditions. Si les cotisations sociales pour les salariés étaient partagées à part égales entre employés et employeurs. Pour les non-salariés et les assurés volontaires, la totalité leur incombait.

En Allemagne de l'ouest il existe une obligation légale qui lie les dépenses de santé aux recettes correspondantes, restreignant la liberté des partenaires sociaux, établissant le contrôle budgétaire des prescriptions médicales, des soins hospitaliers et des honoraires. Aussi, dans ce système, obligation de s'adresser à un médecin conventionné, choisi à l'avance, avec possibilité de changer de médecin en début du trimestre. Le médecin voit ses actes directement payés par la caisse d'assurance maladie. Les médicaments sont achetés dans les pharmacies moyennant une participation forfaitaire faible. Les frais hospitaliers sont payés par les caisses. Les frais de maternité sont gratuits.

Quatre principes fondamentaux définissent le système bismarckien<sup>7</sup> :

\*une protection exclusivement fondée sur le travail et, de ce fait limité à ceux qui ont pu ouvrir droits à la protection par leurs propres cotisations ;

\*une protection obligatoire pour les seuls salariés dont le salaire est inférieur à un certain montant, c'est-à-dire les travailleurs qui ne peuvent recourir à la prévoyance individuelle ;

\*une protection fondée sur la technique de l'assurance qui instaure une proportionnalité des prestations aux cotisations ;

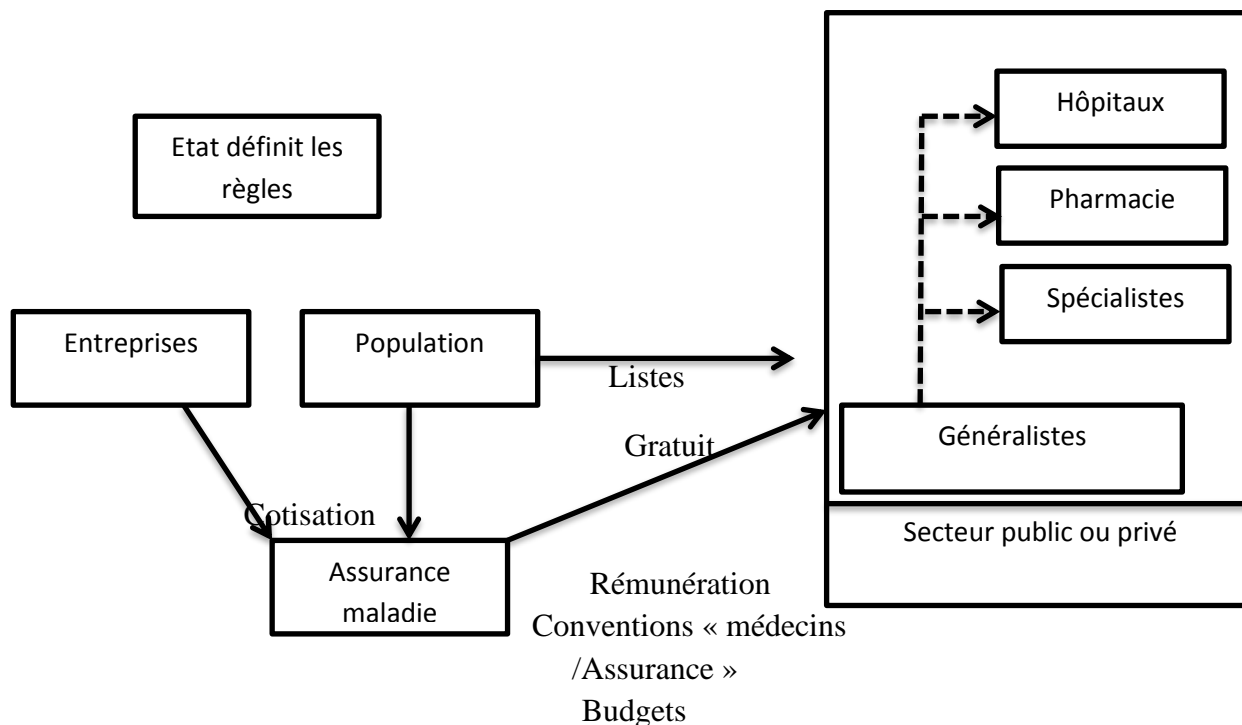
\*une protection gérée par les employeurs et les salariés eux-mêmes.

Le schéma suivant peut nous renseigner sur le fonctionnement du modèle bismarckien :

---

<sup>7</sup> Info santé suisse, **les différents systèmes de santé en Europe**, N° 03, Avril 2010.

Figure N° 01 : le modèle Bismarckien



Source [http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble\\_1112/francois\\_patrice/francois\\_patrice\\_p03/francois\\_patrice\\_p03.pdf](http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf), consulté le 05/09/2015

S'appuie sur des caisses d'assurance maladie financées majoritairement par des cotisations sociales et gérées par les représentants des entreprises et des travailleurs. L'assurance maladie est ainsi liée au travail. Pour sa part, l'Etat a pour tâche d'assurer le lien entre les citoyens. Il doit fixer le cadre de l'action des caisses et redresser la situation en cas de déséquilibre financier. L'exemple Allemand a servi de source d'inspiration à l'Autriche, à la Belgique, à la France et au Luxembourg.

Après avoir mené une politique de répression contre les socialistes, Bismarck a cherché à rallier les ouvriers à l'empire par des mesures sociales. Il fait voter les lois d'assurances sociales couvrant les risques maladie « 1883 » et accidents « 1884 » et créant des caisses de retraite pour les vieillards et les infirmes « 1889 ».

Depuis les années 70, la majorité des pays qui se sont inspirés de ce modèle ont mis en place des mesures pour rendre l'accès aux soins plus universels<sup>8</sup>. L'assurance fut longtemps réservée aux ouvriers puis aux employés. Plus tard seulement, elle s'étendit aux membres de la famille, aux chômeurs et aux bénéficiaires de rentes. Dans ces pays à système bismarckien, une protection d'assurance universelle est donc un phénomène nouveau. A l'exception des pays –bas, où une assurance populaire de soins étendue a été introduite. Elle ne s'est

<sup>8</sup> Le Faou Anne Laurence, **les systèmes de santé en question, Allemagne, France, Royaume uni, Etats-Unis et Canada**, Edition Ellipses, Paris, 2003, P10.



développée que depuis une vingtaine d'années, d'abord en suisse « 1996 » puis en Belgique « 1998 » et finalement en France « 1999 ».

Depuis 2006, il existe aussi aux Pays-Bas une protection d'assurance générale pour la médecine des soins aigus. Certains de ces pays (Belgique, Allemagne, Pays bas, Suisse) laissent aux assurés le libre choix de leur caisse-maladie. D'autres comme l'Autriche, la France et le Luxembourg, ne leur en accordent pas. Depuis 2006, l'Allemagne occupe une position spéciale à cet égard puisqu'elle est le seul pays à autoriser certains assurés à choisir entre l'AMO et l'AMP (assurance maladie privée).

Ce modèle peine à maîtriser les dépenses de santé entraînant le déficit persistant des caisses d'assurance maladie. L'augmentation des cotisations et de la contribution des malades aux frais des soins ne suffit plus à enrayer les dérivés des dépenses de santé. La régulation de l'offre de soins, l'introduction des méthodes de gestion privée et la liberté de contracter constituent le cœur des réformes dans ces pays.

## **2-2 le modèle Beveridgien « planifier, national »**

Le Royaume-Uni constitue le berceau du second modèle dont les principes furent énoncés en 1942 par Lord Beveridge. Il aboutit en 1948 à la création d'un monopole de santé publique d'état. Ce système repose sur le principe de la gratuité des soins pour garantir une couverture universelle. De cette protection universelle découle un financement assuré par l'impôt et une forte prédominance du secteur public, souvent nationalisé.

Les hôpitaux appartiennent aux collectivités publiques et les médecins hospitaliers ont un statut de salariés. Quant aux médecins généralistes, ils sont soit sous contrat avec National Health service Britannique, soit employés directement par les centres de santé locaux comme en suède et en Finlande.

Lord Beveridge critique alors le régime Britannique d'assurance maladie obligatoire le considérant comme « trop limité avec le système du plafond d'affiliation, trop complexe avec la multitude des caisses et mal coordonné »<sup>9</sup>. Aussi propose-t-il une réforme fondée sur la socialisation des coûts à l'échelle nationale. D'inspiration social-démocratie, ce modèle se fonde sur l'universalité de l'accès aux soins et sur la fiscalisation des dépenses de santé. Il repose sur trois principes fondateurs dits des trois « U » :

- **Universalité** : tout citoyen est protégé contre tous les risques sociaux quelle que soit sa situation professionnelle.
- **Unité** : une administration unique gère chaque type de risque.
- **Uniformité** : chaque individu bénéficie des services selon ses besoins, indépendamment de ses revenus.

Lord Beveridge a collaboré à l'institution de l'assurance chômage (1911) et à l'établissement de la sécurité sociale en Grande Bretagne ( plan Beveridge en 1942 ), mettant l'accent sur le plein emploi et la sécurité du revenu<sup>10</sup>.

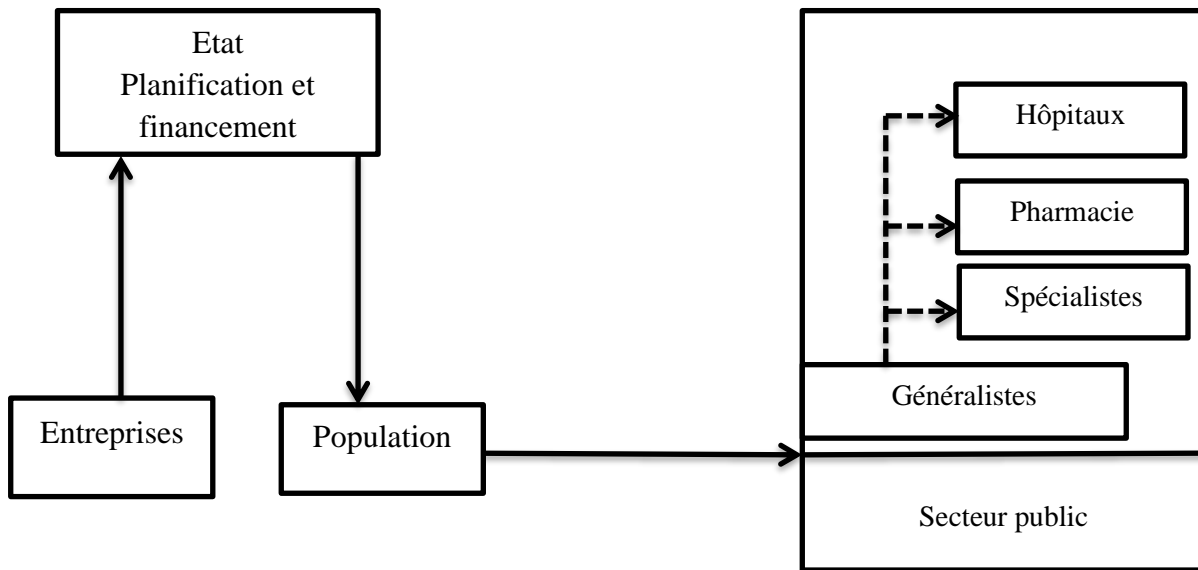
---

<sup>9</sup> Info santé suisse, op cit, P5.

<sup>10</sup> Palier.B, **la réforme des systèmes de santé**, éd PU, 5<sup>ème</sup> édition, coll. que sais-je ? Paris, 2010, p21-22.

Le schéma suivant peut nous renseigner sur le fonctionnement du modèle Beveridgien :

**Figure N°2 : le modèle Beveridgien**



Source : [http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble\\_1112/francois\\_patrice/francois\\_patrice\\_p03/francois\\_patrice\\_p03.pdf](http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf), consulté le 05/09/2015

Le financement public implique une régulation étatique du système de santé. Si, dans ces pays, la définition a priori du budget de santé a permis de limiter les dépenses publiques, elle a pour corollaire le rationnement quantitatif des soins. Le manque d'investissement et la lourdeur de l'organisation du système entraînent donc de longues listes d'attente. Pour pallier à ces difficultés, plusieurs réformes ont été introduites ;

La première réforme importante introduite dans les pays de type Beveridge (Europe du Nord, Grande-Bretagne, Irlande, suivis plus tard de l'Europe méridionale), a été celle de la séparation entre acheteur et fournisseur. Tout demeurait, certes, aux mains de l'Etat, mais l'organisation se scindait désormais en deux moitiés, l'une achète les prestations, l'autre les fournissant. Certains éléments de cette seconde moitié-hôpitaux, services de secours, etc- sont devenus autonomes ; tout en restant aux mains de l'Etat. Ils sont financièrement indépendants et gérés comme tels. Pour de nombreux employés des organisations concernées, le changement se manifeste surtout par le fait qu'ils ne reçoivent plus leur traitement du Ministère de la santé, mais de l'établissement où ils travaillent (hospitalier ou analogue). Ces traitements sont assurés par les remboursements obtenus.

La deuxième réforme est étroitement liée à la première. La population s'est vue accorder une plus grande liberté dans le choix du fournisseur de prestations. L'argent n'est plus réparti d'avance mais en fonction, désormais, de l'utilisation précise du système de santé.

La troisième réforme consiste à décentraliser les systèmes dans les pays du Groupe Beveridge. C'est ce qui est arrivé en Grande-Bretagne, Espagne ou Italie où des services de santé régionaux ont vu le jour. Ce changement laisse, toutefois, souvent en suspens des questions importantes comme celle du financement. Le système doit-il être financé par des

impôts régionaux ou nationaux ? Ces derniers devant être alors répartis en conséquence ? Existe-t-il un catalogue uniforme de prestations ? Quelle est la marge de décision des gouvernements régionaux ? Ces points forment autant de contraintes ouvrantes ou non la voie à la régionalisation.

A la faveur d'une quatrième réforme, il est, enfin, possible de conclure des contrats avec des prestataires privés ou libéraux d'utilité publique et pas seulement étatiques.

Il n'est toutefois pas toujours aisé de différencier empiriquement un système financé par l'impôt d'un système bismarckien. Ainsi, en Belgique et en Suisse, le financement par l'impôt constitue une partie non négligeable, mais l'existence des caisses-maladies les placent plutôt dans la catégorie bismarckienne.

Actuellement, les différences entre les pays d'inspiration bismarckienne ou Beveridgienne ont tendance à s'atténuer. Ils sont, en effet, tous soumis aux mêmes contraintes sociales (garantir l'accès aux soins à tous), organisationnelles (améliorer l'efficacité du système en place) et économiques (limiter l'inflation des dépenses de santé).

### ***2-3 le modèle libéral***

Au contraire des systèmes nationaux de santé, les régimes libéraux, illustrés principalement par les États-Unis et de façon plus réglementés, la Suisse et le Japon, se caractérisent généralement par l'absence d'une protection sociale publique universelle et obligatoire financée par la solidarité. Le système de soins repose largement sur l'assurance privée, même si des programmes publics d'assurance existent pour certaines catégories telles que les plus vieux et les plus pauvres « programme Medicare et Medicaid, d'inspiration Beveridge ».

Les bénéficiaires du programme Medicare sont les personnes âgées de plus de 65 ans mais également les personnes reconnues handicapées et dans l'incapacité de travailler. Pour ces derniers l'État offre une assurance d'hospitalisation obligatoire qui ne couvre que les dépenses d'hospitalisation pour les soins aigus et les soins de suite ainsi qu'une assurance médicale supplémentaire, optionnelle et payante qui couvre les honoraires des professionnels de santé pour une somme modique.

Les bénéficiaires du programme Medicaid sont ; les familles monoparentales éligibles au programme d'assistance temporaire, les bénéficiaires de l'assurance médicale supplémentaire, les enfants de moins de 06 ans et les femmes enceintes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté et les enfants de moins d'un (01) an dont la mère était éligible à Medicaid au moment de sa grossesse. Pour ceux, le service offert est la prise en charge de l'hospitalisation, consultation médicales, analyse de laboratoires, examen radiologique, des soins de long séjour et des services de médecine préventive pour les moins de 21 ans<sup>11</sup>.

Le système est caractérisé par l'existence d'une pluralité de prestataires publics ou privés et une pluralité d'acteurs du financement de la santé, assurances et mutualités. Il

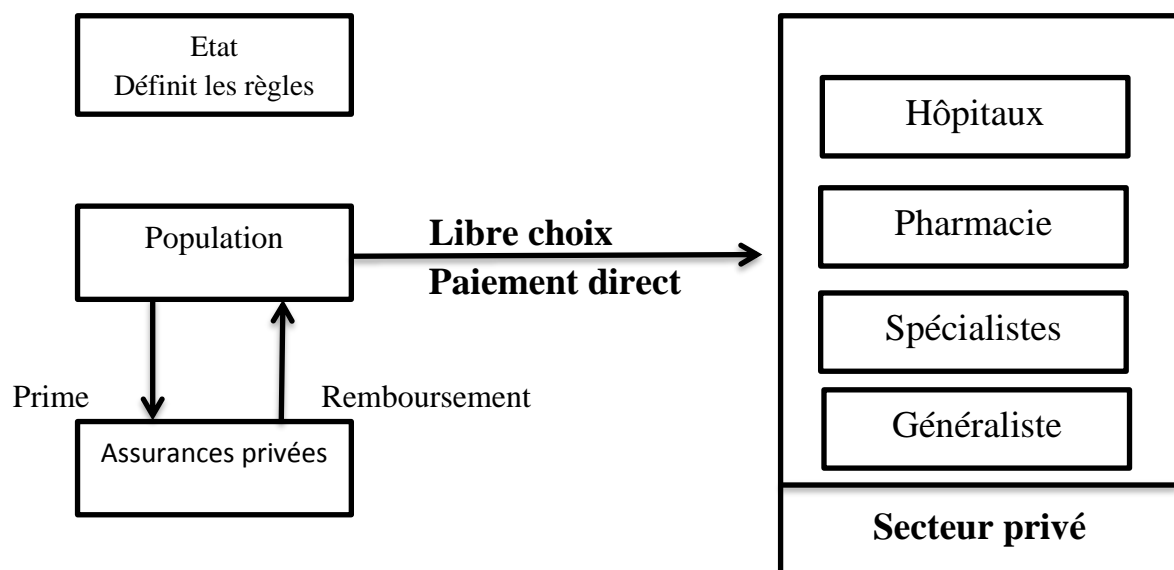
---

<sup>11</sup> <http://medphar.univ-poitiers.fr/santé/pub/>, consulté le 22/03/2015 à 15h.30.

faudrait cependant tenir compte du fait que le système de santé n'est jamais libéral au sens strict du terme ; le financement public des soins existe à un degré variable presque sans exception dans la plupart des pays à économie de marché ; citons à ce propos le cas des Etats unis où les dépenses publiques de santé en 2013 représentent 47,1% du total des dépenses de santé du pays<sup>12</sup>.

Observons le modèle de structure d'un système du type libéral, à travers le graphique suivant.

**Figure N° 03 : le modèle libéral**



**Source :** [http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble\\_1112/francois\\_patrice/francois\\_patrice\\_p03/francois\\_patrice\\_p03.pdf](http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/francois_patrice/francois_patrice_p03/francois_patrice_p03.pdf), consulté le 05/09/2015

A l'opposé du système national, le système libéral se distingue par la liberté d'action relative des différents acteurs ; le gouvernement intervient dans le système de santé pour la régulation.

Le financement est le plus souvent combiné<sup>13</sup> :

- ressources fiscales pour la prise en charge des démunis et de certaines catégories sociales.
- assurances privées librement contractées par les ménages.
- mutuelles,
- paiement direct des usagers.
- œuvres caritatives et O.N.G.

#### **2-4 le modèle mixte**

Les régimes mixtes d'Europe du sud sont marqués par la combinaison d'éléments divers, inspirés des différents systèmes : mélange dans le financement d'impôts et de cotisations, d'organismes publics et privés ou d'assurances sociales stricto sensu et de

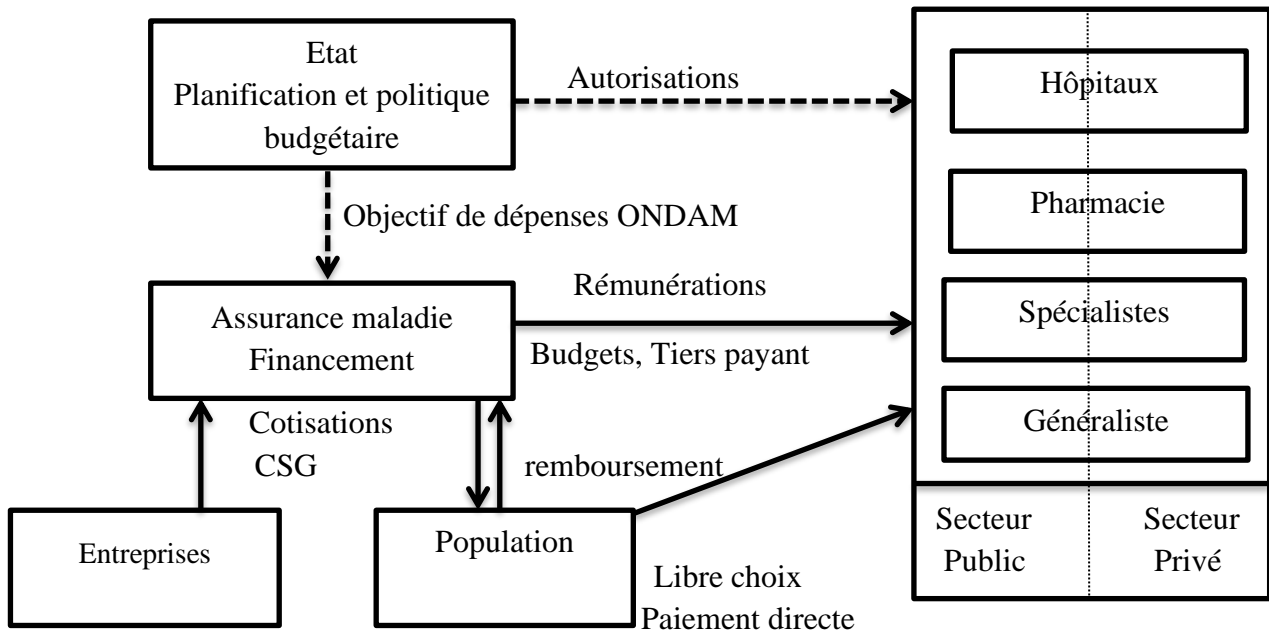
<sup>12</sup> [http:// donnees-banquemonddiale.org/](http://donnees-banquemonddiale.org/) consulté le 22/03/2015 à 16h40.

<sup>13</sup> Brahamia.B, op.cit, P95.

services de santé directement fournis par l'état. Dans le cadre des systèmes de santé, le système français occupe une position mixte, associant le modèle bismarckien et beveridgien.

A travers le schéma suivant, nous observons le fonctionnement du modèle mixte :

**Figure N° 04 : le modèle Mixte**



**Source :** établis par nos soins

Cette typologie des modèles de santé permet, certes, de définir une architecture globale mais ne suffit pas pour caractériser le fonctionnement des systèmes de santé somme toute mixte. Ceci étant d'autant plus vrais qu'avec des réformes menées depuis deux décennies, les systèmes deviennent de plus en plus hybrides.

Un classement des types principaux des systèmes de santé des pays développés a été effectué par nos soins en termes de modes de régulation ainsi qu'une analyse de leurs avantages et défauts en fonctions des critères de performance clés (critères définis par l'OMS – l'Organisation Mondiale de Santé) .

**Tableau N°01 : Avantages et défauts des principaux types de systèmes de santé**

<b>Modèle du système de santé</b>	<b>Avantages</b>	<b>Défauts</b>
<b>Financement privé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accent est mis sur la qualité des soins et sur la protection des droits des patients,</li> <li>• libre choix du médecin et des établissements de santé,</li> <li>• haute rémunération des travailleurs de la santé,</li> <li>• la mise en place des hautes technologies et les dépenses élevées des recherches fondamentales en santé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• croissance plus forte des dépenses totales de santé,</li> <li>• absence d'égalité d'accès et de garanties sociales pour la population,</li> <li>• utilisation abusive des procédures médicales coûteuses et concurrence déloyale des prestataires des services de soins,</li> <li>• hausse de la demande due au fournisseur qui pourrait ensuite influencer sur les coûts des services des soins etc.</li> </ul>
<b>Modèle de Beveridge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'accent est mis sur la prévention des maladies,</li> <li>• fort intérêt à réduire la morbidité et l'offre des services de soins à cause de la nature centralisée du financement du système de santé,</li> <li>• accès universel aux soins de santé (couverture universelle).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fort impact du montant des dépenses de santé sur les coûts des autres dépenses budgétaires,</li> <li>• les droits des patients ne sont pas toujours respectés,</li> <li>• baisse de la qualité des services médicaux dans le temps,</li> <li>• restriction de la mise en oeuvre des nouvelles technologies médicales.</li> </ul>
<b>Modèle bismarckien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• séparation entre la prestation et le financement des services de santé,</li> <li>• contrôle de la qualité des soins et suivi de leurs coûts de la part des financeurs,</li> <li>• couverture presque totale de la population par l'assurance maladie obligatoire. Certain nombre des services de soins sont fournis gratuitement</li> <li>• libre choix des assureurs par les employés ou la population etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• forte dépendance aux bases de revenus issues des cotisations de la population active,</li> <li>• nombre important et diversité des programmes d'assurance compliquent la mise en place de la politique de santé,</li> <li>• fragmentation des programmes d'assurance a menant à une augmentation du coût de traitement... etc.</li> </ul>

**Source :** Ani OGANESYAN, **les réformes du système de santé en France et leurs impact**, thèse de doctorat, UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS, 2016, P 37.

### **3- La notion de la réforme hospitalière**

Les réformes du secteur de la santé sont mises donc partout à l'ordre du jour depuis au moins dix ans. Plus que par le passé, la réforme du secteur de la santé s'avérait indispensable.

Réformer les systèmes de santé en place devenait un passage obligé pour consolider les quelques gains sanitaires obtenus, répondre aux nouveaux besoins induits par les multiples transitions politiques, économiques et épidémiologiques ou encore assurer un meilleur financement des services et programmes de santé.

Mais avant tout, il faut préciser le sens du terme « réforme hospitalière », pourquoi elle est nécessaire et quelles sont ses finalités et objectifs ?

### **3-1 le concept de la réforme hospitalière :**

Le paradigme réforme hospitalière offre deux concepts : hôpital et réforme.

• *L'hôpital* : Du latin « hospitalia » désignant « chambre pour les hôtes et refuge pour les indigent ». L'hôpital est un établissement aménagé de manière à pouvoir dispenser tous les soins médicaux et chirurgicaux. Cette définition est très restreinte et actuelle<sup>14</sup>. Aujourd'hui l'hôpital touche l'ensemble des établissements d'hospitalisation et se limite par fois aux établissements sous dotation globale.

De nos jours, on entend parler d'hôpital, de clinique, d'établissement de soins, d'établissement de santé, de centre hospitalier ou d'établissement d'hospitalisation. L'hôpital est aussi considéré comme étant un monde clos qui commence à s'ouvrir sur son environnement en raison de sa mission de plus en plus humanitaire. Il présente une organisation complexe qui réalise des activités continues (24h/24, toute l'année) et sensible (risque vital pour le patient).

En résumé, l'hôpital est un établissement aménagé de manière à pouvoir répondre à sa mission qui est d'assurer à l'individu et à la communauté des soins préventifs, curatifs, éducatifs et de réhabilitation. Il contribue à la formation de base des cadres de santé comme il est un lieu de recherche scientifique ayant un lien avec la santé publique.

Cette nouvelle configuration de centre d'espoir fait de l'hôpital une véritable organisation sociale dont la capacité thérapeutique est devenue un révélateur du niveau de développement de nos Etats modernes. Ainsi le renforcement permanent de cette capacité de prise en charge a amené les pouvoirs publics à introduire sans cesse des changements dans l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital pour mieux l'adapter aux exigences de développement. Cette adaptation a toujours été lise en œuvre à travers des réformes en santé

---

<sup>14</sup> Chaabane.S, **Gestion prédictive des blocs opératoires**, Institut National des sciences appliquées de Lyon, thèse de doctorat, 2004.

où l'hôpital a toujours constitué le point de mise et consacre le développement du concept de réforme hospitalière.

*La réforme en santé* : Le concept de réforme selon le petit Robert, se réfère à une dynamique de changement et dérive du mot composé « re-former » qui signifie « former de nouveau ». Ce terme dérive aussi du mot latin « reformare » qui signifie « ramener à une forme meilleure <sup>15</sup>».

En ce qui concerne le système de santé, il signifie « *un processus qui intègre un changement institutionnel et structurel profond soutenu par le gouvernement et visant la réalisation d'une série d'objectifs politique explicites*<sup>16</sup> ».

Ainsi selon Cassels (1995)<sup>17</sup>, la réforme en santé est l'ensemble des « *activités destinées à changer les politiques de santé et les institutions à travers lesquelles elles sont implantées* ». Il s'agit selon Saltman & Figueras (1997), d'un changement à la fois institutionnel et structurel voulu par les gouvernements avec des objectifs politiques précis.

Berman (1995) Vient renforcer Cassels en précisant que la réforme du secteur de la santé est un « *changement soutenu visant l'efficacité, l'équité et l'efficience dans la santé* ».

A travers ces définitions, on constate que la réforme dans le domaine de la santé est déterminée par un processus de changement par les autorités visant à améliorer la qualité des soins et services de santé et dans ce changement l'hôpital constitue une des cibles stratégiques qui fait que les réformes ont marqué son histoire.

Il n'y a évidemment pas de définition unique de ce qu'est la réforme du système de santé, la littérature internationale est riche en définitions plus ou moins proches. Il y a, cependant un relatif accord sur les principaux traits d'une réforme du secteur de la santé :

- Le changement introduit doit être structurel et non incrémental ;
- Le changement dans les objectifs doit s'accompagner d'un changement des institutions et non une simple redéfinition des objectifs ;
- Le changement doit être délibéré, ciblé et non conduit au gré du hasard,
- Le changement doit viser le long terme et avoir un effet durable dans le temps ;

---

<sup>15</sup> Berman P.A., "Health sector reform: making health development sustainable", Health Policy 1995; p: 13-29.

<sup>16</sup> idem

<sup>17</sup> Cassels.A, "health sector reform, keys issues in less developed countries", journal of international development, may 1995, P329-347.



- Le processus doit être conduit par les autorités nationales ou/et régionales,
- Son contenu implique un grand nombre de mesures cohérentes,
- Les caractéristiques du pays modèlent les changements introduits.

Peter Berman et Ton Bossert distinguent les réformes qui interviennent largement sur au moins deux leviers (ils les appelleront réformes avec un grand « R ») de celles qui ne concernent qu'un levier avec plus ou moins d'intensité (réforme avec un petit « r »).

Mettre en place un système d'assurance maladie impliquera forcément des changements importants en matière de financement, d'organisation, de législation et de fourniture des soins. On est donc en présence d'une réforme avec un grand « R ». Par contre, introduire un paiement partiel dans les services publics ou une autonomie des CHU est de bien moindre ampleur et peut être qualifié de petite réforme. Ces dernières sont importantes et peuvent, chacune, avoir de nombreux effets mais sans comparaison avec la première. Une grande réforme n'est pas la juxtaposition de « réformettes » mais celle dont l'ampleur et l'intensité bouleversent l'ordre en place.

Une réforme doit aussi être d'effet durable. Les changements fondamentaux signifient des transformations significatives du système en place, l'émergence de nouveaux acteurs et la recomposition des anciens.

### **3-2 les objectifs des réformes hospitalières :**

Les réformes hospitalières se manifestent en série de mesures étalées sur une période bien déterminées. Il ne s'agit guère de préparer un texte unique et de le mettre en application. Cependant, la question qui viens à l'esprit en abordant le dossier des réformes hospitalières, c'est le pourquoi de cette opération de réforme. Encore faut-il réformer pour changer le secteur de la santé d'une situation médiocre vers une situation meilleure ?

Depuis la fin des années 80, nombre de pays ont initié des efforts tendant à améliorer leurs systèmes de santé. Divers facteurs ont déclenché ces actions : le passage des économies planifiées à l'économie de marché ; le financement insuffisant de la santé lors des périodes de crise financière ; le fait que nombre de citoyens ne peuvent accéder aux services de santé de base ainsi que la mauvaise qualité, le faible degré de responsabilité et l'inefficacité des services de santé existants<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> OMS, 2000.

Pour remédier à ces problèmes, de nombreux gouvernements ont lancé des réformes du secteur de la santé, réformes qui prennent la forme d'efforts intensifs à long terme pour renforcer et améliorer les systèmes de santé et, en dernier ressort, la santé de la nation<sup>19</sup>.

Ces réformes s'efforcent de remédier aux problèmes de soins à l'échelon systémique, ce qui entravent la mise en œuvre des services prioritaires. Cinq objectifs sous-tendent les réformes :

- **Efficacité** : les améliorations apportées au secteur de la santé doivent l'être au coût le plus faible possible ;
- **Qualité** : des services cliniques adaptés et sûrs, des équipements adéquats, des personnels qualifiés ainsi que des médicaments, des fournitures et des équipements essentiels qui doivent être disponibles.
- **Équité** : les ressources en matière de santé doivent être réparties de manière équitable, de manière à ce que nul ne se voie refuser l'accès aux soins de base.
- **Ecoute et respect du client** : le système doit répondre aux attentes de la population et protéger ses droits, y compris ses droits à la dignité individuelle, à la vie privée, à l'autonomie de décision et aux choix de prestataire de soins.
- **Viabilité** : le système de santé peut continuer à atteindre ces objectifs sur la base des ressources disponibles.

Par ailleurs, en ce qui concerne les systèmes de santé et plus spécialement les établissements hospitaliers qui sont à l'origine de plus de 50% des dépenses de santé, le recours à la réforme est justifié par une inadéquation entre les ressources allouées, de plus en plus rares, et les services attendus, de plus en plus exigeants. Selon Ouchtati.M<sup>20</sup>, les objectifs sont :

- La maîtrise des dépenses de santé qui sont inflationnistes du fait de l'évolution de la technologie médicale, du coût de produits pharmaceutiques et de l'émergence de nouveaux besoins ;
- La maîtrise des processus de gestion et d'amélioration de la performance des établissements de soins. La non-qualité en gestion et en soins coûte chère ;

---

<sup>19</sup>Krasovec.K, R. Paul Shaw, “**reproductive health end health sector reform: linking outcomes to action**”, world Bank institute, Washington, 1999.

<sup>20</sup> Ouchtati .M, « **réforme hospitalière : la nécessaire mutation du système de santé algérien** », journal Algérien de médecine, volume XII, N°3, mai/juin, 2004.

- La sauvegarde d'une équité dans le partage des ressources et l'accès aux soins entre les différents citoyens et la protection des démunis qui, victimes de la crise économique contemporaine à la réforme, sont les plus exposés à la maladie.

Pour qu'une réforme du secteur de la santé fonctionne bien, il faut qu'elle rende les soins de santé de base préventifs, y compris les services dans le domaine de santé reproductive, largement disponibles. Les réformes devraient également améliorer la réceptivité des prestataires de services de santé par rapport aux besoins de leurs clients. Mais un certain nombre de changements structurels (tels que la décentralisation de l'autorité ou l'intégration des services de santé) peuvent être à l'origine d'une déperdition de focalisation et d'expertise en liaison avec des questions de santé reproductive spécifiques.

Pour éviter ces écueils et d'autres tout aussi dangereux, les spécialistes de la santé reproductive doivent comprendre le processus de réforme et prendre part activement aux débats sur le financement, la gestion et la structure du système de santé.

### **3-3 les composantes de la réforme du secteur de la santé :**

La réforme du secteur de la santé peut inclure un certain nombre de stratégies, politiques et interventions conçues pour renforcer le système de santé afin que celui-ci soit mieux à même de répondre aux objectifs en matière de santé publique. Les approches nationales de réformes du secteur de la santé peuvent varier énormément d'un pays à un autre. Certains gouvernements privilégient des réformes radicales tandis que d'autres optent pour des évolutions à petits pas.

La plupart des réformes peuvent être regroupées en trois grandes catégories : réforme financière, changements organisationnels et évolution des politiques publiques. Le renforcement de l'autonomie des consommateurs de services de santé, par leur éducation et par la mise à disposition de ceux-ci d'une offre plus diversifiée, constitue un objectif commun à ces mesures. Un certain nombre de mesures-types sont décrites ci-après ;

➤ Réforme du financement : les réformes du secteur de la santé portent généralement sur la manière dont des fonds peuvent être collectés et répartis en vue du paiement des soins de santé destinés à la population. Nombre de systèmes de santé sont minés par des contraintes en termes de ressources globales, ainsi que par une mauvaise répartition des fonds. Certains foyers aisés consomment plus que leur part de ressources publiques rares. De plus en plus, les autorités responsables de pays en voie de développement fondent leurs décisions en matière de financement et de répartition des ressources sur des données indiquant combien est consacré à la santé qui paie et qui bénéficie des dépenses de santé.

➤ Réforme organisationnelle : les réformes organisationnelles ont vocation à surmonter les faiblesses des structures de gestion ainsi que l'absence d'incitations fondées sur les performances dans le secteur public. Au nombre des mesures de réformes-types, figurent la décentralisation des niveaux décisionnels, l'encouragement de la constitution de partenariats public-privé ainsi que la mise en place des services intégrés.

➤ Réforme politique : la plupart des systèmes en matière de santé comportant de multiples sous-systèmes, avec un réseau imbriqué d'entités exécutant des fonctions différentes à divers niveaux du système. La réforme étant appliquée, un responsable, (en général, le ministère de la santé), doit surveiller le système pour faire en sorte que les objectifs de la réforme soient atteints. Au niveau politique, les mesures de réforme incluent la définition des priorités et la mise en place d'une supervision ainsi que la modification de la législation et de la réglementation.

**Tableau N° 02 : Avantages et inconvénients de diverses initiatives de réforme du secteur de la santé.**

<b>Initiative réformatrice</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
Approches alternatives du financement (contribution de l'utilisateur, dispositifs d'assurances et réformes de la rémunération des prestataires)	Elargit la base de financement, réduit la dépendance à l'égard de bailleurs de fonds et repose plus sur la volonté des consommateurs de payer.	Peut avoir pour effet de priver les groupes pauvres et vulnérables de services essentiels et de faire passer les préoccupations financières avant les besoins de la population en matière de santé.
<b>Décentralisation</b>	Les ressources sont réparties en fonction des besoins locaux et non de décisions administratives prises à des échelons supérieurs.	Peut exacerber les difficultés liées à faiblesse des capacités, à la mauvaise gestion, à la prise de décision dictée par des considérations politiques et à la corruption.
<b>Participation accrue du secteur privé</b>	Favorise une utilisation plus efficace des ressources qui renforce la flexibilité et l'innovation.	La qualité, l'innovation et l'efficacité ne sont pas garanties par le secteur privé. Pas de mission d'aide aux pauvres.
<b>Services intégrés</b>	Réduit le gaspillage, les répétitions inutiles et l'absence de coordination qui vont de pair avec les services dispensés isolément.	Est susceptible de limiter la focalisation en matière de financement et la supervision technique des programmes prioritaires. Accroît les demandes qui pèsent sur les gestionnaires et les personnels.

Source : Rapport de politique générale : **la réforme du secteur de la santé : comment elle affecte la santé reproductive**, DRH plus, 2003.

## Section II : Organisation des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE : l'expérience de quelques pays européens

L'organisation des systèmes de santé et d'assurance maladie : la prévention et la distribution des soins s'effectuent dans le cadre d'un système de santé dont la structure, l'organisation et le mode de fonctionnement sont propres à chaque pays. Nous aborderons dans cette section, les systèmes de santé de certains pays de l'OCDE, à savoir l'Allemagne (modèle bismarckien), les Etats-Unis (modèle libéral), la France (modèle mixte), et le Royaume-Uni (modèle Beveridgien).

Cette comparaison se penche tout particulièrement sur les modes de financement et de prestation des soins de santé. Nous soulignerons les difficultés auxquelles se heurtent la plupart des pays de l'OCDE dans la maîtrise des dépenses de santé et évoquerons les réformes engagées dans le but de faire face aux contraintes du financement et d'accroître la performance des systèmes de santé en place.

### 1-Le système de santé allemand : « modèle bismarckien »

#### *1-1 Présentation rapide du système de soins allemand*

**Tableau N°03 : Indicateurs sociaux sanitaires de l'Allemagne**

Indicateurs	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses de santé en % du PIB	11	10,7	10,8	11	11,1
Dépenses de santé publique en % du PIB	8,3	8,1	8,2	8,4	8,5
Dépenses de santé privée en % du PIB	2,7	2,6	2,6	20,6	2,6
Assurance maladie Publique	89,1	88,6	88,7	88,8	-
Assurance maladie privé « AMP » totale	31,1	32,6	33	33	-
Population total « Milliers »	81 776 ,93	81 039,75	80 425,82	80 645,6	80 912,13
Espérance de vie à la naissance	80,5	80,8	81	80,9	-
Mortalité infantile « morts pour 1000 naissances vivantes »	3,4	3,6	3,3	3,3	-

**Source** : réalisé par nos soins sur la base des données extraites de OECD.SAT, panorama de la santé 2015, les indicateurs de l'OCDE.

Le système de santé allemand est un système fédéral dans lequel les länder « régions » ont une grande autonomie. Il s'agit d'un système de protection sociale de type « bismarckien », le premier en Europe, incluant les principaux fondements de la sécurité sociale : assurance maladie, assurances accidents, assurance invalidité et vieillesse, complétée par l'assurance chômage en 1927. Le mode de financement est essentiellement assuré par des

cotisations sociales. L'assurance maladie relève principalement des caisses d'assurance sociales. L'assurance maladie relève principalement des caisses d'assurance maladies « environ 90% de la population couverte » mais également de compagnies d'assurances privées « 10% de la population<sup>21</sup> ».

Les principes de base de ce système sont au nombre de trois : assurance, prévoyance et assistance<sup>22</sup> ;

→ **Le principe d'assurance** : c'est le principe essentiel qui constitue l'élément fondamental de la solidarité. Par la mise en commun des fonds provenant de leurs cotisations, les personnes se solidarisent pour faire face aux risques éventuels auxquels ils sont exposés. Le poids du risque avéré pour un individu est ainsi allégé et le principe de l'assurance lui confère le droit à des prestations.

Le financement de l'assurance est basé sur des prélèvements obligatoires de cotisations ayant pour base de calcul au revenu incluant, selon le règlement, une part versée par le salarié et une part par le patron.

→ **Principe de prévoyance** : il émane de la solidarité entre tous les membres de la collectivité et matérialisé par l'acquittement d'un impôt qui permettra de faire face aux besoins des citoyens ou de certaines catégories socio-professionnelles, notamment pour service rendu à la nation.

→ **Principe d'assistance** : il est fait appel au principe d'assistance en cas de défaillance des principes précédents, il est fondé sur l'impôt et son recours intervient au profit des nécessiteux ou bien dans des situations exceptionnelles : aide sociale, situation d'urgence en cas de catastrophe par exemple.

Les particularités suivantes distinguent le système allemand :

- les cotisations sociales salariales et patronales sont principalement destinées au financement de l'assurance maladie.

Les caisses d'assurance dont le conseil d'administration desquelles siègent les représentants du syndicat des employeurs et celui des salariés ont la responsabilité de la gestion des fonds.

- On dénombre au 1<sup>er</sup> juillet 2015, 123 caisses d'assurance maladies<sup>23</sup>.
- Le tiers payant est généralisé.
- La politique sanitaire incombe aussi bien au Ministère fédéral qu'aux autorités des länder. Ces derniers ont aussi des objectifs sanitaires régionaux ou locaux à atteindre.
- L'affectation des ressources fait l'objet de négociations entre les caisses de l'assurance maladie, d'une part, et les praticiens ou les hôpitaux, d'autre part.

---

<sup>21</sup> Joachim Szecsenyi, « **programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne** », revue Française des Affaires Sociales, 2010/3, P81-85.

<sup>22</sup> Brahamia.B, op.cit, P242.

<sup>23</sup> [www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr), consulté le 17/03/2015 à 20h.10.

## ***1-2 Mode de financement et organisation du système de santé Allemand***

La réunification de l'Allemagne a donné lieu à l'extension à l'ex-Allemagne de l'EST dont le système de santé était calqué sur celui de l'ex-Union Soviétique. De la structure du modèle de financement et l'organisation du système de santé de l'Etat fédéral.

### *1-2-1 organisation du système de santé allemand*

Le système de santé Allemand reflète le schéma de l'organisation fédérale de l'Etat. L'Etat fédéral se partage avec les länder les domaines d'intervention en santé publique.

❖ **Le niveau fédéral** a la charge de la santé publique et l'organisation générale du système. Au ministère fédéral de la santé incombe la responsabilité d'intervention dans les domaines suivants<sup>24</sup> :

- La santé publique ;
- La formation des professions de santé et leur affectation ;
- L'organisation de la tutelle de l'assurance maladie ;
- La législation en matière de médicaments ;
- L'administration et le fonctionnement des hôpitaux.

Les autorités supérieures fédérales citées ci-dessous, issues de l'ancien office fédéral de la santé, relèvent du Ministère fédéral de la santé :

- Institut fédéral des médicaments et des dispositifs médicaux, responsable de l'autorisation de mise sur le marché de médicaments.

-Institut Robert Koch « RKI », institut fédéral des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles, chargé des maladies infectieuses, de l'épidémiologie et de l'information sanitaire.

-Office fédéral des sérums et vaccins, chargé de l'évaluation, de l'autorisation et du contrôle de médicaments biologiques à usage humain.

-Institut Allemand pour la documentation et l'information médicales, responsable de l'installation et du fonctionnement de systèmes d'information,

-Centre fédéral d'éducation pour la santé ; chargé de l'éducation à la santé permettant de prévenir les risques sanitaires et de promouvoir des modes de vie favorables à la santé.

❖ **Le pouvoir exécutif est délégué aux Etats fédérés « länder »** qui mettent en œuvre les lois fédérales. Un ministre de la santé ayant les mêmes compétences que celles du Ministre fédéral, assure ces responsabilités au sein du gouvernement de chaque land. Les länder programment et financent les principaux équipements. Chaque bundes länder peut décider normalement avec quelles administrations et par quels procédés il administre un ressort si bien que il rencontre des formes d'organisation différentes dans les bundes länder.

---

<sup>24</sup> Brahamia.B, op.cit, P 243.



Afin de coordonner l'Administration de la santé dans les différents Bundes länder, il existe la conférence des ministères de santé et des sénateurs des länder dénommée la conférence des ministères de santé dont les décisions n'ont qu'un avis consultatif<sup>25</sup>.

Cette décentralisation, qui s'accompagne en même temps du nécessaire respect par les autorités sanitaires des lands des options politiques décidées au niveau central de la fédération donne souvent lieu à des conflits d'intérêt ou à des interférences, notamment en ce qui a trait à la régulation des dépenses de santé. Des divergences apparaissent parfois entre les réalisations au niveau local et les objectifs fixés par l'autorité centrale.

Habituellement, la structure administrative d'un Bundesland est organisée en trois niveaux : le ministre du land est l'instance supérieure, les préfetures ou les arrondissements représentent les niveaux d'administrations inférieurs. Le système est organisé de façon hiérarchique si bien que les instructions viennent de l'administration supérieure.

❖ Les caisses de la sécurité sociale : les cotisations sont en fonction du revenu mais les taux diffèrent d'une caisse à l'autre. Les salariés ont le plus souvent le choix entre une caisse locale dit régime général, une caisse d'entreprise, une caisse des artisans et des commerçants, ou encore, une caisse agricole. Chaque land reçoit une part de la masse professionnelle et négocie avec les producteurs de soins, les prestations offertes à leurs assurés à partir d'une nomenclature nationale. Les affiliés optent pour le médecin ou le dentiste de leur choix, sur la liste de praticiens tenue par la caisse dont ils relèvent.

L'organisation sanitaire est bâtie sur le principe : « le recours à la médecine ambulatoire autant que possible, recours à l'hôpital autant que nécessaire ».

Les moyens lourds d'investigation sont disponibles aussi bien en milieu hospitalier qu'en médecine ambulatoire ; la majeure partie des actes diagnostics de scanners, RMN prescrits sont effectués en médecine ambulatoire. A moins que le malade ne soit orienté par son médecin vers l'hôpital que pour l'admission. Mais ce double équipement, dû au compartimentage qui existe entre des soins ambulatoires et celui hospitalier, démultiplie les coûts.

Les hôpitaux sont divisés en trois grandes catégories : public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif. Les deux premières catégories emploient des médecins salariés et reçoivent des caisses d'assurance-maladie un forfait journalier par patient qui inclut la rémunération du médecin. Les hôpitaux de la troisième catégorie reçoivent des forfaits journaliers ne comprenant pas la rémunération des médecins. Ces derniers sont payés à l'acte par les caisses et doivent généralement verser une partie des honoraires à l'hôpital<sup>26</sup>.

Les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont financées par les caisses et les assurances privées alors que les dépenses d'investissement, même dans les institutions privées, sont financées par les gouvernements des provinces « länder ».

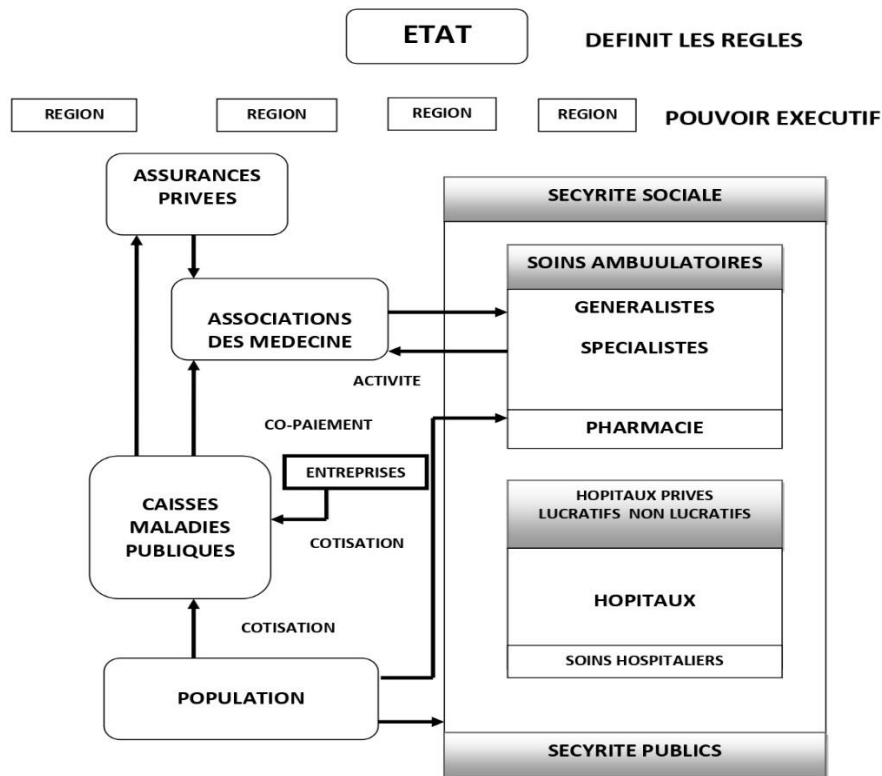
---

<sup>25</sup> Dr Ewald Eisenberg, **le système de santé en France et en Allemagne**, Institut Euro, septembre 2007, p 11.

<sup>26</sup> Jacques Auger, **une Approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays « Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume uni »**, observatoire de l'administration publique, ENAP, coup d'œil, Avril 1999, volume 5, N°1.

Le schéma suivant nous donne un aperçu sur l'organisation du système de santé Allemand.

**Figure N° 05 : le système de santé Allemand**



**Source :** A.Bersniak et G.Duru, **économies de la santé**, Edition maison, 6<sup>ème</sup> édition, 2009, P7.

### *1 2-2 Mode de financement*

A l'instar de la France, la sécurité Sociale en Allemagne est l'institution intermédiaire qui prédomine. Par ailleurs, les assurances de santé privées, les caisses de retraite et d'accidents ainsi que quelques institutions publiques comme l'assistance sociale sont également concernées.

A peu près 90% de la population allemande est assurée par les caisses d'assurances-maladies du régime légal. Les cotisations sont calculées en pourcentage des salaires bruts jusqu'à un plafond de revenu. Ce plafond détermine non seulement la contribution

maximale, mais également la possibilité d'opter pour une assurance privée. Les cotisations sont perçues mensuellement sous forme d'une taxe sur salaires, versées par les employeurs<sup>27</sup>. Les membres de la famille « époux et enfants » sont, en règle générale, également pris en charge par l'assurance maladie sans contribution supplémentaire.

A peu près 9% des allemands sont assurés par une compagnie privée d'assurance maladie. Les primes d'assurance sont graduelles suivant les prestations assurées et le risque évalué prenant en considération notamment l'état de santé général de la personne, l'âge et le sexe etc. Le reste est couvert par une autre caisse maladie « l'ex-caisse des fonctionnaires de l'armée, des bénévoles ...etc. »

Force est de signaler que parmi les assurés sociaux qui revendiquent la liberté de choisir entre un système d'assurance privé et les caisses publiques, la plupart choisissent ces dernières. Il y a une raison simple qui explique cela. Dans la plupart des cas, les primes des compagnies d'assurance privées sont plus élevées pour les couples mariés et les familles avec enfants que les cotisations aux caisses maladies de la sécurité sociale. D'où une sélection des risques entre les caisses maladie et les compagnies d'assurance privée. Les personnes seules ayant des revenus supérieurs au plafond fixé par l'assurance obligatoire préfèrent les compagnies privées. En revanche, les familles choisissent plus fréquemment le système classique de sécurité sociale publique.

En outre, un nouveau privé se taille des parts de marché considérables : la couverture communément appelées IGEL qui regroupe fitness, wellness, opération de chirurgie esthétique, cosmétiques, médicaments et médecines alternatives<sup>28</sup>.

Le montant versé aux caisses représente 60% des dépenses de santé, le reste est financé par les impôts et les assurances privées qui couvrent les dépenses des personnes non assujetties et les dépenses non-remboursables.

En Allemagne, les dépenses d'investissement sont donc financées par les länder et les dépenses de fonctionnement « personnel » par les caisses et, marginalement, par les patients privés. Ce principe de financement dual s'est traduit par un système de planification dual : le nombre d'hôpitaux et de lits étant planifié par les länder, les effectifs du personnel et l'activité étant négocié entre hôpitaux et caisses.

Les responsabilités des länder sont claires en ce qui concerne les investissements majeurs « construction de bâtiments et technologies ». Cependant elles sont plus ambiguës en matière d'entretien et de réparation des bâtiments. Les länder ont d'ailleurs refusé un paiement forfaitaire institué pour financer ces travaux-il a été supprimé-.

### ***1-3 le système de l'assurance maladie du régime légal***

Le régime légal de sécurité sociale Allemand comprend cinq branches d'assurance : l'assurance pension, l'assurance maladie-maternité, l'assurance dépendance, l'assurance

---

<sup>27</sup> Schneider Markus, « le financement de l'assurance maladie en Allemagne », revue d'économie financière, N° 34, 1995, P308.

<sup>28</sup> Dr Ewald Eisenberg, op.cit, p10.

accidents « pour les risques accidents du travail et maladies professionnelles » et l'assurance chômage.

Chaque branche d'assurance est gérée de manière autonome par des conseils d'administration composés paritairement de représentants des employeurs et de représentant des salariés. Dans le domaine de l'assurance chômage, la représentation est tripartite : employeurs, assurés et Etat. Outre le régime légal de sécurité sociale, l'Allemagne prévoit également de diverses prestations minimales en faveur des demandeurs d'emploi.

La tutelle du régime légal est exercée par :

\*le Ministère fédéral de la santé, compétent en matière d'assurance maladie obligatoire et d'assurance dépendance.

\*le Ministère fédéral du travail et des Affaires sociales, compétent en matière de régimes obligatoire des assurances, accidents, pension et chômage.

#### *1-3-1 procédures d'affiliation :*

En Allemagne, les salariés percevant une rémunération excèdent un certain seuil « 450€ par mois en 2015 » sont obligatoirement assurés aux assurances maladie-maternité, dépendance, pension « invalidité, vieilles et survivants » et chômage. Les salariés dont les revenus sont inférieurs au seuil sont également assurés de manière automatique depuis janvier 2013, mais peuvent demander d'être exemptés du versement des cotisations aux assurances cités ci-dessus. Jusqu'à la fin 2012, ce plafond était fixé à 400€ par mois et les salariés ayant des revenus inférieurs étaient automatiquement exemptés.

Toutefois, l'employeur est tenu d'acquitter une cotisation forfaitaire pour l'assurance pension, égale à 15% du revenu « 5% pour les mini-jobs dans les ménages privés ». S'agissant de l'assurance accident du travail, il n'existe pas de salaire minimum pour en relever<sup>29</sup>.

Dès le début de l'activité, il appartient au salarié de choisir sa caisse maladie et d'en informer son employeur qui est tenu d'y faire inscrire le travailleur. Il doit également signaler à l'institution d'assurance maladie la fin de l'activité. Cette obligation est également valable pour les employeurs qui ne sont établis en Allemagne.

Le choix concerne toutes les caisses maladies à l'exception de la caisse de l'agriculteurs. La caisse maladie répercute ensuite les informations sur les institutions d'assurance dépendance, pension et chômage et le salarié recevra un numéro d'assuré social.

En matière d'assurance accident du travail, l'employeur à l'obligation d'affilier le salarié à la caisse mutuelle d'assurance accident compétente en fonction du secteur d'activité de l'entreprise sous peine d'amende.

---

<sup>29</sup> [http://www.celeiss.fr/docs/régimes/regimes\\_allemande2.html](http://www.celeiss.fr/docs/régimes/regimes_allemande2.html). Consulté le 17/03/2015 à 20h15.

### *1-3-2 Organisation,*

Les assurances maladie et dépendance sont gérées par les caisses maladie et les caisses d'assurance dépendance rattachées aux caisses maladie. Il existe six types de caisse maladie : les caisses locales générales, les caisses d'entreprise, les caisses corporatives, la caisse des mineurs, des cheminots et des Marins, les caisses des agriculteurs et les caisses maladie libres agréées.

Toutes ces caisses sont des organismes autonomes de droit public qui fonctionnent selon le principe de l'autogestion, sous la tutelle du Ministère fédéral de la santé. La caisse de l'Agriculture, quant à elle, est placée sous la tutelle du Ministère Fédéral de l'Alimentation et de l'Agriculture.

*1-3-3 Taux de cotisations,* les assurances sociales sont financées en majeure partie par les cotisations des salariés et des employeurs. Le recouvrement des cotisations pour les assurances maladie-maternité, dépendance, pension et chômage est effectué par les caisses d'assurance maladie. Les cotisations sont supportées à parts égales entre salarié et l'employeur « sauf pour l'assurance accidents de travail » et dans le Land de la Saxe pour l'assurance dépendance » et elles sont versées dans la limite d'un plafond. L'employeur est responsable du paiement des cotisations patronales et salariales. La caisse maladie reverse aux institutions d'assurance compétentes la part leur revenant.

### **1-4 les réformes :**

Ce n'est pas par ce qu'elles sont plus élevées que le niveau est jugé « socialement acceptable » ou que leur taux de croissance est considéré trop fort par rapport à la croissance économique, que les dépenses de santé doivent être maîtrisées : l'état intervient pour réguler les dépenses de santé à cause des imperfections inhérentes au fonctionnement du marché, lorsque le problème de l'équité se pose ou bien lorsque l'offre de soins se trouve inadaptée au contexte de la transition épidémiologique, démographique ou autre. L'Etat de santé ne résulte pas nécessairement du volume de consommation de biens et services médicaux ; les pouvoirs publics peuvent être amenés à intervenir en vue d'améliorer la santé des habitants par l'action sur des déterminants socio-sanitaires connus.

Un ensemble de réformes a été mis en œuvre en Allemagne tendant à la régulation des dépenses de santé. Le premier volet ayant eu lieu sous le gouvernement Blüm en 1989, lequel s'est distinguée par la mise à contribution de l'utilisateur à travers l'imposition du ticket modérateur, l'augmentation du forfait journalier à l'hôpital et l'application du tarif de référence dans le remboursement de médicaments tandis que le droit de substitution est accordé au pharmacien.

Cependant, ces réformes ont été qualifiées de réformes gestionnaires en ce sens qu'elles n'avaient pas de portée sur les questions structurelles. Elle ne tenait pas compte des écarts entre le montant des cotisations des assurés, de la démographie médicale, de la coordination entre médecine de ville et hospitalisation et le double financement des hôpitaux par la sécurité sociale et les länder.

❖ En 1992 « la loi de stabilisation et d'amélioration structurelles de l'assurance maladie », une autre batterie de réformes, suivit sous l'autorité de Seehofer ; adoptées en décembre 1992. Certaines avait un caractère urgent et comportaient une action sur le niveau des dépenses : la budgétisation des honoraires médicaux, la fixation d'un budget médicament pour les médecins et les hôpitaux, la baisse du prix du médicament et le relèvement du ticket modérateur.

De même trois réformes structurelles ont été mises en place pour le financement des hôpitaux : l'instauration du forfait par pathologie pour le financement des hôpitaux, la mise en place d'une coordination entre médecine ambulatoire et hospitalière ainsi que la rationalisation à l'intérieur des différentes spécialités ; l'instauration d'une concurrence entre caisses assortie d'un mécanisme de compensation<sup>30</sup>. Ces mesures ne sont pas uniquement guidées comme les précédentes, par la recherche d'un équilibre comptable des caisses d'assurance maladie. Elles visent une stabilité du système à long terme en agissant sur les facteurs structurels de blocage.

❖ Réforme de 2004 « la loi de modernisation des soins médicaux »

Elle été initiée par le Ministre de la santé Schmidt, sous le gouvernement Schröder a été engagée en 2003-Agenda 2010. Elle visait à augmenter la participation des ménages, à introduire le revenu sur l'impôt et avait signé la fin de la parité des cotisations via les mesures suivantes :

-instauration d'un ticket modérateur de 10%, plafonné à 10€ dès la 2<sup>ème</sup> consultation de chaque trimestre « antérieurement gratuit ».

-instauration d'un forfait journalier hospitalier et d'un remboursement forfaitaire des soins dentaires et non plus proportionnel.

-augmentation des ressources de financement de l'assurance maladie par un recours accru à l'impôt à travers la hausse des droits sur les tabacs.

-la mise en place d'une démarche de qualité des soins et de maîtrise médicalisée : parcours de soins organisé autour d'un « médecin de famille », prise en charge intégrée des pathologies chroniques, recours à des recommandations de pratique accompagnant l'activité des médecins, introduction progressive de la tarification à l'activité dans le budget des hôpitaux<sup>31</sup>.

Grace à ces mesures, les dépenses de santé ont subi une baisse franche en 2004 permettant à l'assurance maladie de dégager à nouveau un excédent de plus de quatre milliards d'euros mais elles sont reparties à la hausse en 2005, essentiellement en raison du

---

<sup>30</sup> Matidle Alonso pérez « **les réformes des systèmes de santé, le cas de l'Allemagne, du Royaume uni et de l'Espagne, les mots de la santé** », Presses Universitaires de Lyon, 2005, PP85-119.

<sup>31</sup> R.bussr, A.Riesberg, « **système de santé en transition : Allemagne** », observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Copenhague, 2005, p 270.

taux d'évolution des dépenses en médicaments « +16,3% » plaçant l'Allemagne en tête des progressions avec ce taux au sein des pays développés<sup>32</sup>.

Le point important de la réforme 2004 est le passage à une gouvernance concurrentielle introduisant de la concurrence entre les caisses d'assurance maladie ; ce qui risque de favoriser à terme des inégalités en termes de résultat sanitaire car elle entraîne mécaniquement une différenciation des prestations proposées.

Sans l'apport complémentaire des droits sur les tabacs, un nouveau déficit de l'assurance maladie aurait été enregistré dès 2005 du fait d'un taux de progression des cotisations extrêmement faible. Une loi sur l'amélioration de l'efficacité économique du médicament a été adoptée en urgence, prévoyant, notamment, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006, le gel pendant deux ans du prix de tous les médicaments, la baisse des montants forfaitaires « montant pris en charge par les caisses au sein d'une classe d'équivalence thérapeutique », la baisse de 10% du prix des médicaments génériques, l'interdiction faite à l'industrie pharmaceutique de consentir des ristournes sur les volumes aux pharmaciens et surtout l'instauration d'un dispositif de bonus-malus sur la base d'une convention passée entre les caisses et les médecins.

Cette loi prévoit la négociation par les caisses et l'Union des médecins des volumes de dépenses moyens pour les médicaments les plus consommés. En cas de dépassement de 10% des volumes moyens, les médecins seront sanctionnés « Malus » ; ceux qui respectent ces objectifs seront récompensés « bonus ». Les médecins se sont fortement mobilisés contre cette dernière disposition jugeant qu'elle pénaliserait les patients de maladies chroniques et les patients âgés, qu'elle contredirait l'éthique médicale et restreindrait la liberté de prescription.

❖ La réforme Merkel 2007 ; loi de renforcement de la concurrence dans l'assurance maladie

Elle visait à centraliser davantage le système en tendant notamment à réduire l'autonomie des caisses et le risque de sélection des assurés avec pour effet de réduire le nombre des caisses. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, le fond unique pour la santé a été mis en œuvre, destiné à récolter les cotisations et les redistribuer aux caisses en fonction des risques qu'elles supportent, la cotisation de l'Etat est accrue et le taux initial a été fixé à 15,5%, divisé inégalement entre employeurs et salariés.

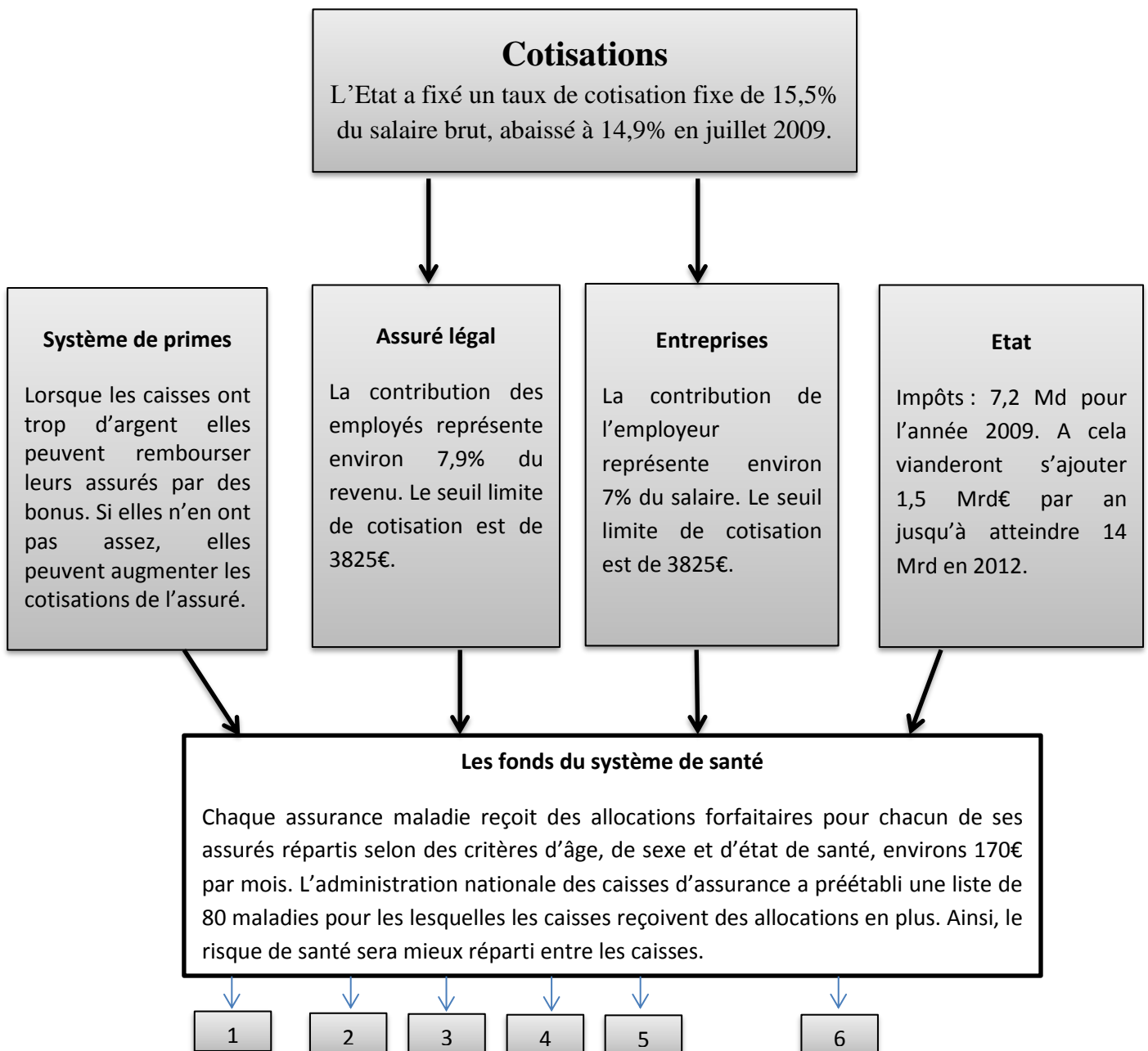
Les ressources du fonds commun doivent être allouées à chaque caisse d'assurance maladie sur une base forfaitaire par assuré. Le montant varie selon le degré de risque des patients de façon à ce que les fonds concourent aussi pour les patients au risque le plus élevé. Cette « péréquation du risque basé sur la morbidité » est basée sur l'âge, le sexe et l'état de santé de l'assuré. Alors que la compensation du risque basé sur le sexe et l'âge, existe depuis la réforme de 1993 l'effort de compensation du risque basé sur la maladie est nouveau. Quatre-vingt maladies ont été à ce jour identifiées, celle dont la moyenne des coûts est supérieure de 50% au coût forfaitaire moyen de tous les assurés.

---

<sup>32</sup> Faou A.L, « la cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins », sève 2008/1, N° 18, P69-75.

Le « fonds commun de santé » doit couvrir 95% des coûts de financement des régimes maladie. Mais le taux national de cotisation à l'assurance maladie ne peut être augmenté que si le niveau de couverture du « fond santé » descend en dessous de 95% pendant deux années consécutives<sup>33</sup>. Le principe de fonctionnement du « fonds de santé » peut être schématisé comme suit :

**Figure N° 06 : le modèle du « fonds de santé »**



Source : [www.Ubifrance.fr](http://www.Ubifrance.fr), consulté le 29/12/2015.

<sup>33</sup> Ellen Immergut, **le système de santé allemand : impasse ou révolution ?** chapitre04, P149.



Par ailleurs, la réforme a introduit un nouveau système de tarifs pour les honoraires des médecins de ville, ce qui crée un conflit intra-professionnel considérable. Une seule hiérarchie d'honoraires, calculés en euros, pour tous types de caisses, remplace l'ancien système de points et de paiement collectif plafonné. Des conflits ont surgi car le nouveau système met en œuvre une capitation trimestrielle par patient et spécialité, associée à des honoraires spécifiques pour certains types d'acte. Pour les spécialistes, comme les radiologues qui pouvaient facturer au nombre important, de points, ces forfaits entraînent une grande perte de revenus. Ceci accroît la tendance des spécialistes à offrir à leurs patients des actes supplémentaires non couverts par l'assurance maladie obligatoire.

Les caisses n'ont plus la possibilité de réviser à la hausse de son taux de cotisation propre si ses besoins de financement augmentent. L'augmentation des dépenses ne doit plus se traduire immédiatement par la hausse du taux de cotisation, mais doit d'abord être financée par une contribution supplémentaire versée par les seuls assurés sans que les entreprises n'aient à en supporter le coût. Le plafond de cette contribution supplémentaire, qui est fixé par les différentes caisses maladies, est cependant limité. Il ne peut pas dépasser 8€ par mois ou 1% du salaire brut de l'assuré<sup>34</sup>. Une composante forfaitaire a ainsi été introduite. En raison des déficits, les premières caisses publiques ont été contraintes, dès février 2010, de prélever la contribution supplémentaire.

« La réforme 2007 » a eu d'importantes répercussions sur la structure administrative de l'assurance maladie. Car elle a donné aux caisses la possibilité de fusionner avec d'autres types de caisses. Elle a aussi demandé aux compagnies d'assurance privée d'offrir la même couverture que les régimes obligatoires par l'introduction d'un contrat de base commun aux assureurs privés et aux caisses légales.

❖ *Réforme 2011* : loi structurelle sur l'organisation du système de soins<sup>35</sup>

-Flexibilisation de la planification sanitaire « facilite la prise en compte de spécificités régionales par les länder et l'interdiction de s'installer dans les zones à forte densité médicale » ;

-Assouplissement de l'encadrement budgétaire de l'activité des médecins dans les zones à faible densité médicale ;

-Renforcement de la capacité d'action des unions de médecins « aide à l'installation dans les zones à faible densité, gestion de structures de soins, soutien à la coopération entre médecins » ;

-Autonomisation de la négociation régionale « caisse/médecins » sur les volumes d'honoraires et les modes de rémunération ;

-La délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé est facilitée ;

---

<sup>34</sup> Rolf Schmucker, « le financement de la politique de santé de l'Allemagne enjeux et perspectives », Note du Crefa 77, Aout 2010, Ifri, P13.

<sup>35</sup> Patrick Hassenteufel, « les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne », la revue de l'Ires 2011/3 (N°70), P3-32, P9.

-Elargissement des possibilités données aux caisses de proposer une offre de soins spécifiques « soins dentaires, procréation artificielle, soins à domicile... » ;

- Réorganisation de la Commission fédérale commune « GBA » qui peut expérimenter de nouvelles techniques de soins.

Les réformes du régime allemand ont donc favorisé l'émergence d'un marché concurrentiel équitable « level paying field » et se sont caractérisées par un fort recul du secteur public partiellement compensé par les caisses complémentaires d'assurance « le reste à charge des patients ayant donc augmenté ».

Si des mesures destinées à favoriser la concurrence demeurent et si plus en plus de contraintes sont levées, on peut s'attendre à une plus grande concentration des caisses et à une plus grande diversification du marché de la santé. Autrement dit, les fusions entre caisses pourraient conduire à un monopsonne. Ceci, n'était pas le cas dans le vieux système corporatiste. Simultanément, une plus grande liberté dans l'offre des contrats devait diversifier les modalités de couverture allant ainsi d'une couverture de " base". Par ailleurs, les regroupements et les spécialisations des hôpitaux devraient aboutir à une rationalisation de l'offre. Elle a déjà commencé dans ce secteur. La couverture entre les médecins, les possibilités importantes de collaboration entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier devraient aboutir à créer de nouveaux types de soins et aussi se caractériser par les mêmes tendances de concentration et de diversification.

En quelques mots, avec une décentralisation extrême du système de santé, des financeurs et des producteurs de soins publics et privés, les politiciens allemands espèrent que le marché fera ce qu'ils n'ont pas été capables de faire : réaménager plus rationnellement le système. On pourrait effectivement plaider pour plus de hiérarchie dans le système afin que les patients soient pris en charge au bon niveau et espérer une meilleure diffusion du savoir médical. Toutefois, sans une mesure appropriée du « produit » des soins médicaux, « concurrence » et « efficacité » resteront des slogans vides de sens.

## 2- Le système de santé britannique : « modèle Beveridgien »

### 2-1 Présentations de système de santé

Tableau N° 04: Indicateurs sociaux sanitaires de la Grande Bretagne

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Nombre d'habitant en millier</b>	61 914,64	62 435,2	62 8588,8	63 237,94	63 650,01
<b>Dépense de santé en % du PIB</b>	8,6	8,5	8,5	8,5	-
<b>Dépenses de santé publique</b>	7,6	7,4	7,3	7,3	-
<b>Assurance maladie privé en % de la population totale</b>	11,1	10,8	10,8	10,6	-
<b>Espérance de vie à la naissance</b>	80,6	81	81	81,1	-
<b>Mortalité infantile « pour 1000 naissances vivantes »</b>	4,2	4,2	4,1	3,8	-

**Source :** réalisé par nos soins sur la base des données extraites de OECD.SAT, panorama de la santé ,2015, les indicateurs de l'OCDE.

Le NHS- service public de la santé la Grande Bretagne est née en 1948, comme pilier du welfare state, ou état providence mis en place par le gouvernement travailliste de l'après-guerre. Ce fut pendant la seconde guerre mondiale que le gouvernement de coalition nationale a demandé à une commission, sous la responsabilité de l'économiste et universitaire William Beveridge, de faire le bilan des systèmes de couverture médicale et sociale qui existaient dans le pays. Le Beveridge reporta recommander la mise en place des systèmes nationaux assurant une couverture sociale et médicale pour tous les citoyens "from the cradle to the grave" du berceau au tombeau.

Au début, le nouveau National Health Service « NHS » offrait une couverture médicale entièrement gratuite pour tous sans critère de sélection ni de condition de cotisation. Les cotisations forfaitaires payées par tous ceux qui travaillaient « appelées national insurance contributions » étaient sensées contribuer essentiellement au financement de la santé.

Le service de santé étant financé directement sur le budget général de l'Etat, et non sur le budget particulier. Il ne pouvait pas tourner à perte, ni connaître de "trou". La Grande Bretagne a été ainsi le premier pays au monde à proposer à ses citoyens ce genre de service public de santé entièrement gratuit et ouvert à tous.

Toutefois, même financé directement par l'Etat, le système a dès le départ coûté plus cher que prévu, et il n'a fallu au gouvernement travailliste que trois ans pour remettre en cause le principe de la gratuité totale. En 1952, le nouveau gouvernement conservateur a introduit la première prescription charge, ou forfait par médicament prescrit-la consultation chez le médecin ainsi que les soins à l'hôpital, sont resté gratuit mais d'autres services comme

les soins dentaires ou ophtalmiques sont devenus partiellement payants : dans l'ensemble, la situation reste la même. Hospitalisation et consultation chez le généraliste gratuite, médicaments, soins dentaires ou ophtalmiques payés-dans des proportions variables- par le patient.

Les soins sont gratuits pour toute la population ainsi qu'aux résidents étrangers réguliers.

L'offre de soins est organisée autour du Hospital and Community Health services HCCHS « structures hospitalières » et du family health services FHS « médecine ambulatoire ».

Les médecins spécialistes exercent en milieu hospitalier ; le médecin généraliste, General practitioner « ou médecin de famille » est le trait distinctif principal de l'organisation du système de soins Britanniques et il en constitue la pierre angulaire.

Chaque médecin généraliste a une liste de 1500 à 2000 personnes en moyenne. Il a un rôle de soins mais aussi de promotion de la santé « consultation contre le tabac, éducation des dialectiques... ». Il a une fonction de « Gate Keeper » et régule de fait l'accès à la médecine spécialisée. Les patients doivent d'abord le consulter pour accéder au spécialiste ou à l'hôpital. Le patient ne peut être pris en charge directement par l'hôpital que dans le cadre de l'urgence<sup>36</sup>.

Il y a deux grandes formules pour rémunérer les généralistes. 85% des généralistes sont des indépendants, et les deux tiers d'entre eux exercent selon les termes du contrat national de services médicaux généraux « GMS », négocié entre le département of Health et le syndicat des médecins « British Medical Association ». Ce contrat spécifie dans les détails les conditions de la rémunération des généralistes, avec une rémunération à la capitation\* pour les services de base, dans les centres de consultation de jour, par exemple, et une rémunération additionnelle pour des services supplémentaires, outre un système de prime qui doit garantir la qualité des soins primaires qui représentent en moyenne 25% environ des revenus du praticien<sup>37</sup>. Les 15% restants des Généralistes sont salariés du groupement de soins primaires (PCT)\* local.

En Angleterre, la majeure partie des soins sont dispensés par le NHS. Il existe toutefois un secteur dit « privé » de taille modeste, il n'en occupe pas moins une place non négligeable, surtout dans le domaine de la chirurgie non urgente. Près de 11% de la population du Royaume-Uni est couverte par une assurance maladie privée<sup>38</sup>. La souscription

---

<sup>36</sup> Laplace.L, Kamendje.B, Nizard.J et autres, « **les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90** », santé publique 2002/1, N° 14, P47-56

\* Il s'agit d'un versement trimestriel calculé pour chaque patient en fonction de l'âge, le Taux de mortalité du secteur, et des indicateurs socio-économiques « niveau de pauvreté dans la région, chômage... » .

<sup>37</sup>Chapitre3. **Le NHS : bilan de santé économique, études économiques de l'OCDE 2009/9** « n°9 », p182.

\* Les PCT organisent les soins primaires dans le cadre de cabinets de généralistes au niveau local qui sont un aspect majeur du NHS.

<sup>38</sup> Mason.A, Smith.p, « **le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs** », revues françaises des affaires sociales 2006/2 « N°2-3 », P265-284. P266.

d'une assurance privée par l'intermédiaire de l'employeur ou individuellement, est la plupart du temps, motivée par la volonté d'éviter les longs délais d'attente imposés par le NHS.

## **2-2 le NHS dans les réformes :**

Malgré la popularité dont il jouit depuis sa mise en œuvre, le NHS fait aussi l'objet de critiques qui ont poussé le gouvernement Thatcher à mettre en œuvre une importante réforme de l'organisation du NHS and community act de 1990, entrée en vigueur depuis avril 1991.

### *2-2-1 le NHS avant 1991 :*

Le NHS d'avant la réforme de 1991 est un système centralisé et hiérarchique, considéré par certains comme le plus centralisé des systèmes de santé de l'OCDE. Il comprend quatre niveaux géographiques :

- Le Ministère de la santé ;
- La région ;
- Le district « qui deviendra la base des Health Authorities après la réforme de 1991 » ;
- Les établissements de santé « hôpitaux et médecins généralistes »

Le système fonctionnait sur une absence de libre choix aussi bien pour l'hôpital que pour le médecin généraliste. Il était financé par des mécanismes d'enveloppes budgétaires attribuées à chacune des structures de soins. Le problème le plus directement visé par les réformes est l'absence totale des mesures incitatives et même l'existence de contre-incitations à la performance : les hôpitaux qui se réorganisaient notamment pour diminuer les listes d'attente risquaient de finir leur budget avant la fin de l'année alors qu'un établissement qui avait de longues listes d'attente pouvait s'en servir comme un argument pour réclamer une augmentation de son budget.

### *2-2-2 l'organisation du NHS après la réforme de 1991 :*

L'objectif principal de cette réforme était d'introduire des procédures de marchés internes dans le système de soins britannique c'est-à-dire d'organiser une séparation entre les acheteurs et les producteurs de soins. Elle modifie pour cela en profondeur l'organisation administrative et financière du système sans modifier les grands principes du NHS, à savoir une couverture universelle et gratuite.

Deux types d'acheteurs de soins distincts sont créés : les District Health Authorities et GP Fundholders. Deux types de producteurs de soins existent : les médecins généralistes, pour les soins primaires et les NHS Trusts pour les soins secondaires nécessitant le recours à un spécialiste ou à une hospitalisation. L'un des changements essentiels de la réforme est donc de passer des relations hiérarchiques verticales entre les districts et des hôpitaux, très peu autonomes, placés sous leur autorité directe, à des relations contractuelles entre les health Authorities « situées à l'échelon géographique des districts » et des hôpitaux quasi-indépendants qui se sont plus situés en position hiérarchique. Par ailleurs, il faut souligner que

les GP Funholders, dans le cadre de cette réforme, sont à la fois fournisseurs de soins primaires et acheteurs de soins non urgents secondaires.

Le marché mis en place par la réforme est un marché « interne », « organisé ». Interne parce que la dépense totale demeure prédéterminée et contrôlée et les offreurs et demandeurs qui interviennent sur ce marché sont des organes du système lui-même. Les District Health Authorities « DHA », ont la responsabilité de la promotion de la santé de leur population « 500.000 personnes environ ». Ils doivent identifier les besoins locaux en matière de santé, déterminer des priorités, les hiérarchiser, développer la prévention et la promotion de la santé. A noter que la réforme leur donne une fonction importante de programmation et de prévision.

Chaque Health Authority reçoit du Ministère de la santé une enveloppe budgétaire globale calculée suivant une formule complexe de capitation. Elle dispose ensuite librement de son enveloppe budgétaire pour « acheter » des soins hospitaliers. C'est-à-dire, concrètement, pour passer des contrats avec les NHS Trusts. « Ils acquièrent ainsi une personnalité juridique », ce qui leur permet de réinvestir leurs éventuels bénéfices, de faire des réserves de capitaux et de négocier les conditions d'emploi localement.

Le système du fundholding a été introduit sur une base volontaire et tous les médecins généralistes ne sont- donc pas nécessairement devenus des gestionnaires de fonds. Ce système a permis une redistribution importante du pouvoir entre les spécialités et les généralistes. En effet, les fundholders peuvent facilement transférer leurs patients d'un spécialiste à l'autre s'ils ne sont pas satisfaits et ils ont pu utiliser ce pouvoir, par exemple, pour faire baisser les durées d'attente pour leurs patients « d'où d'ailleurs les problèmes d'équité ».

Du point de vue du patient, le système se décompose donc en deux :

-pour les patients inscrit chez un GP.Fundholder, les soins primaires sont fournis directement par ce dernier qui reçoit pour ce faire un paiement mixte capitation/nombre d'actes. Les soins secondaires non-urgents sont achetés par le GP.Fundholder qui a passé contrat avec un ou plusieurs NHS Trusts. Finalement, seules les urgences sont achetées par la health authority de la région ;

-pour les patients qui ne sont pas inscrits chez un GP-Funholder, les soins primaires sont fournis par le médecin généraliste mais tous les autres soins primaires sont achetés et payés par la health authority de la région.

En effet, fonctionnant toujours avec une enveloppe budgétaire prédéfinie, la nouvelle organisation mise en place en 1990-1991 n'a donc pas permis de résorber les phénomènes de liste d'attente. Par ailleurs, sa mise en œuvre a révélé l'importance des coûts des nouveaux systèmes d'information nécessaires à la gestion d'une telle organisation.

### 2-2-3 la seconde réforme du NHS (1999/2002)

La persistance de files d'attente et les carences du NHS ont conduit le gouvernement Blair à promouvoir une seconde réforme du NHS. Préparée par un livre blanc de 1997 « WHITE PAPER, THE NEW NHS », cette réforme s'est déroulée en deux temps<sup>39</sup> :

- Adoption du health act de 1999;
- La rédaction du plan de réforme à 10 ans du NHS « NHS plan » en juillet 2000 et sa traduction législative dans le Health and Social , Act de 2001 et le NHS reform and healthcare professions, act de 2002.

Cette seconde réforme part du postulat que la cause des dysfonctionnements observés n'est pas le choix du système national de santé accessible et gratuit pour tous mais bien un sous-investissement chronique ainsi que l'absence de refonte interne du NHS qui constitue une structure trop centralisée et trop peu centrée sur la qualité et la performance.

Les grandes lignes de cette seconde réforme du NHS passent par une augmentation des moyens financiers accordés au NHS par une refonte de l'organisation interne de ce service National de santé.

Concernant la refonte interne du NHS, l'organisation du système est devenue comme suit :

Le Ministère au niveau national « department of health » a deux grandes fonctions de supervision : fixer des normes de portée nationale et allouer les financements aux entités régionales. Il supervise les zones sanitaires locales au travers de 10 autorités stratégiques de santé « strategic health authorities ou SHA » qui ont remplacé les health authorities, chacune couvre une population d'environ 5 millions de personnes.

Ces derniers deviennent des autorités exerçant des fonctions de pilotage du système et non pas des acheteurs directs de soins. Les principales entités chargées d'organiser les soins au niveau local sont les 152 groupements de soins primaires « Primary care trusts ou PCT » qui ont remplacé les GP Fundholder, couvrant une population d'environ 400 000 personnes. Ils ont trois grandes responsabilités : organiser les soins primaires, principalement au sein de cabinet généralistes, acheter d'autres services de santé auprès du NHS d'autres prestataires, et promouvoir des initiatives de santé publique au niveau local.

Les PCT reçoivent un budget fixe du département of Heath qui doit leur permettre d'acheter des services de santé pour leur population, à savoir des soins primaires et de proximité et des soins hospitaliers, et de financer les consommations pharmaceutiques et les interventions de santé publique.<sup>40</sup>

Les PCT organisent les soins primaires dans le cadre de cabinets de généralistes au niveau local, lesquels sont un aspect majeur du NHS. Ils achètent les soins secondaires et

---

<sup>39</sup> Chevrier-Fatome, « le système de santé en Angleterre, actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses ambulatoire, inspection générale des affaires sociales », rapport Carine 2002-105, P15.

<sup>40</sup> Chapitre 3. « le NHS : bilan de santé économique », op.cit P79-108.

tertiaires sur un marché local de prestataires publics, privés et à but non lucratif dans le secteur hospitalier. Les prestataires sont traditionnellement organisés en trusts.

Les NHS trusts sont des organismes publics avec un conseil d'administration désigné par une commission indépendante au nom du ministre de niveau national. De plus en plus de NHS trusts sont transformés en fondations « fondation trusts » sous-réserve qu'ils satisfaisant à certains critères de performance tels qu'une bonne gestion financière et des délais d'attente courts. A la différence des NHS trusts, les fondations trusts ne relèvent pas directement du Ministre de la santé mais d'un régulateur financier indépendant connu sous la désignation de monitor. Les contrats négociés avec les PCT locaux sont la principale source de financement des NHS trusts et des fondations trusts.

La seconde nouveauté de la réforme est l'introduction d'une chaîne de responsabilité claire et précise entre les acteurs et concomitamment de mesures de la performance.

A tous les échelons du système, cette responsabilisation s'appuie sur :

- une mobilisation des gestionnaires des strategic health autoities et primary care trusts par la signature de contrat avec le NHS incluant des objectifs de résultats
- la mise en place d'indicateurs de la performance dans l'ensemble du système.

Il s'agit donc bien d'une refonte profonde de l'organisation du NHS. Le système retenu reste un service national de santé. Il évolue néanmoins dans le sens d'une plus grande déconcentration administrative et financière. Les autorités locales, en l'espèce les primary care trusts, disposant d'une compétence tant sur l'offre primaire que secondaire, permettent en cela une meilleure adéquation aux besoins locaux et une meilleure coordination des acteurs.

### **2-3 l'organisation actuelle de NHS**

Entre 2000 et 2008, les dépenses totales de santé par habitant, en termes réels, ont augmenté en Angleterre sensiblement plus vite que la moyenne des autres pays de l'OCDE (+5.3% en moyenne par an contre +4.1%)<sup>41</sup>. Elles ont ensuite diminué de -1.8% en moyenne par an entre 2009 et 2011 alors que la moyenne des pays membre a augmenté de 0.2% sur cette période. Dans un contexte financier contraint par le programme Quality, innovation, productivity and prevention (QIPP), la loi sur la santé et les services sociaux, the health and social care act, portant réforme du système de santé, est adoptée le 27 mars 2012. Cette réforme, qualifiée de la plus importante depuis la création du National health service « NHS » en 1948, est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle tente de concilier les progrès engendrés par la refonte structurelle du système et de la logique de déconcentration de la gestion de l'enveloppe de soins.

A la base de réforme se trouve la volonté de contrôler les dépenses de santé et de renforcer le rôle des professionnels tout en garantissant l'efficacité et la qualité des prestations. La complexité accrue des traitements et des besoins de soins, de même que l'augmentation de la demande de soins, induit notamment par le vieillissement de la population, impliquant de trouver une équation qui permette de concilier ces données avec la problématique de la maîtrise des coûts de santé.

---

<sup>41</sup> Les comptes de la sécurité sociale-juin 2014.



Le système de santé doit s'adapter aux nouveaux besoins de la population en termes de soins et de prise en charge. A cette fin, le gouvernement de coalition a fait le choix de mettre l'accent sur les mécanismes concurrentiels et une plus grande libéralisation du marché des soins de santé.

Cette réforme repense les structures de gestion existantes et introduit une logique globale de marché. Elle se traduit de manière générale par une réforme de la régulation au travers d'une réorganisation des pouvoirs de gestion administrative et financière et d'un contrôle de la qualité et des prix. Elle passe par une répartition claire des responsabilités et une mise en exergue de la capacité de choix du patient. Sur ce dernier point, elle fait le lien entre la satisfaction de l'intérêt supérieur des patients et la garantie d'une liberté de choix indirecte comme instrument de maximisation de leur utilité personnelle et incitation au progrès clinique.

Sur le plan institutionnel, la réforme vise notamment à répondre aux critiques portant sur l'immobilisme et l'organisation managériale très hiérarchisée du système. Elle s'appuie sur une profonde refonte structurelle du système de santé anglais « figure ci-dessous » qui gère près de « 116,7Md € » du budget total de la santé, est créé en tant qu'organisme indépendant du département of health. Son rôle principal est d'assurer un leadership national pour améliorer la qualité des soins et les résultats de santé des résidents.

Le NHS England a ainsi autorisé sur les 211 Clinical Commissioning Groups (CCG) qui remplacent les 152 groupements de santé locaux, les primary care trusts (PCT) et les 10 autorités de santé stratégique régionales, les Strategic Health Authorities « SHA », ancien sont chargées de l'achat et la planification de soins pour leur population. Ces CCG sont des consortiums qui regrouperont les médecins généralistes et le personnel médical et sont chargés de gérer les commandes « commissioning » en matière de soins secondaires et de services communautaires « community services » afin de les adapter aux besoins des populations locales<sup>42</sup>. L'achat des soins se fait par contractualisation avec des prestataires publics « NHS trusts ou foundation trusts » ou privés.

En outre à partir de 2014-2015, un système de « primes à la qualité » d'un montant maximum de 5£ par personne est mis en place par le NHS England afin de récompenser financièrement les CCG qui ont obtenu des améliorations dans les services de santé qu'ils achètent ainsi que des améliorations en termes de résultats de santé et de réduction des inégalités<sup>43</sup>.

La loi élargit également les fonctions de l'organisme de régulation existant, le monitor, organisme gouvernemental non ministériel, et devient le régulateur économique par excellence avec comme mission de protéger l'intérêt des patients et de contrôler les fondations hospitalières quasi autonomes « NHS foundation trusts » et le secteur indépendant.

---

<sup>42</sup> Loannis Ianos and Laure Pubert, « **the english patient** » -réforme de la régulation du système britannique de santé, Centre for Law, Economics and Society, CLES Working Paper Series.

<sup>43</sup> Les critères retenus sont notamment la réduction de la mortalité prématurée, l'amélioration de l'accès aux psychothérapies, la réduction du nombre d'admission évitables à l'hôpital, l'amélioration du reporting des accidents médicamenteux,

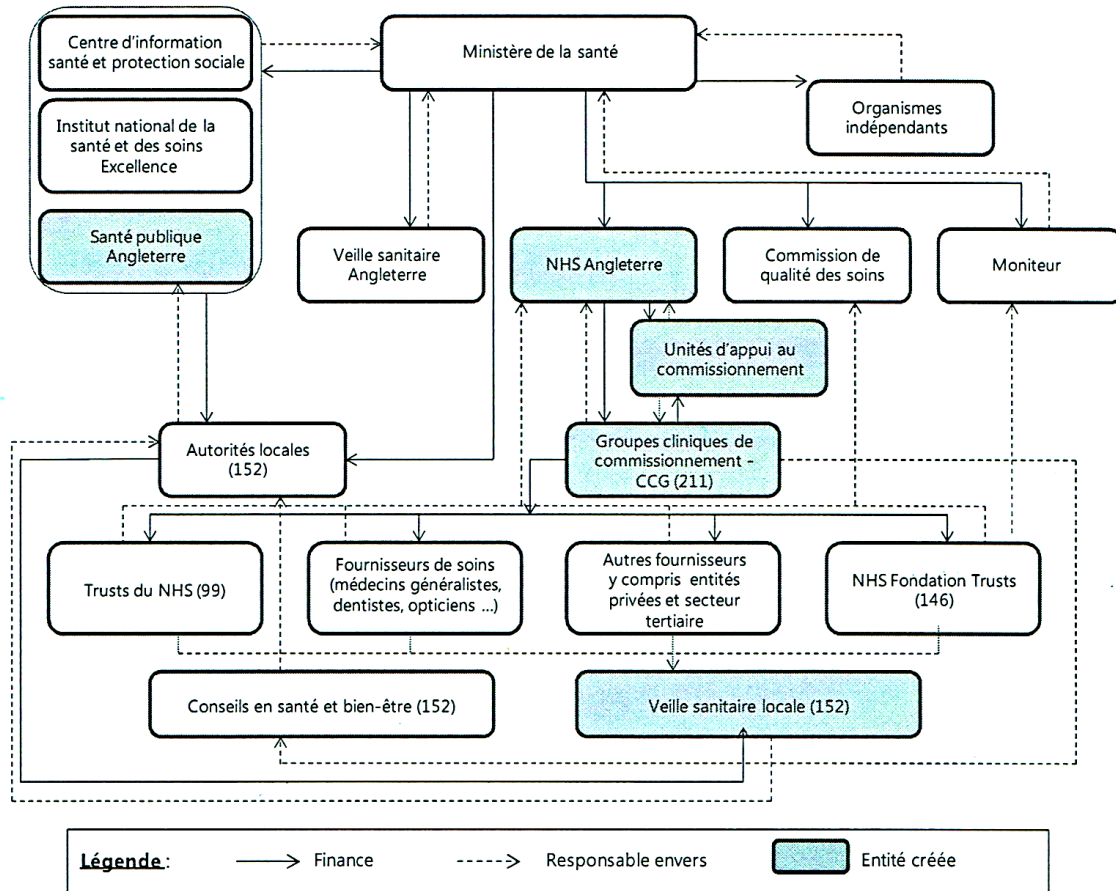
Le monitor exercera une fonction d'appel pour toutes les questions se rapportant aux soins de santé primaires « primary care commissioning ».

Les fonctions principales du monitor sont celles des autorités sectorielles classiques de régulation, à savoir le contrôle de l'entrée sur les marchés primaire et secondaire des soins de santé « même si aujourd'hui la plupart des prestataires s'y trouvent déjà », le contrôle des prix, par le biais d'un tarif national, la promotion de la concurrence par la qualité des soins ainsi que le devoir d'assurer la continuité du service.

La régulation économique est aussi accompagnée d'un dispositif de régulation de la qualité par l'intermédiaire de la commission de qualité des soins, un autre organisme public non départemental qui travaillera de concert avec les instituts locaux de ville « 152 » sanitaire health watch, lesquels sont chargés de surveiller les CCG avec l'aide des conseils locaux pour la santé et le bien-être.

Le schéma suivant tente de décrire avec un souci de simplification la répartition des rôles au sein du nouveau système de régulation.

**Figure N° 07 : le système de santé en Angleterre après réforme « au 1<sup>er</sup> avril 2013 »**



**Source :** les comptes de la sécurité sociale-juin 2014-p125.

La version actuelle de la réforme projetée laisse apparaître les contours d'un réseau complexe de responsabilisation qui prend appui sur une architecture claire de la gouvernance dans le champ de la régulation du secteur de la santé, et le renforcement du rôle de certains acteurs au détriment d'autres. Ainsi, le secrétaire d'Etat à la santé et les éléments de la structure bureaucratique classique, comme les PCT, voient l'importance de leur rôle diminuer au profit des autorités administratives indépendantes, des autorités locales, des médecins généralistes et leurs consortiums. Ces derniers ayant vocation à respecter l'intérêt des patients.

Cependant, la complexité de la nouvelle gouvernance fait craindre une aggravation de la fragmentation de l'offre plutôt que la simplification recherchée. En particulier, la réforme n'a pas abordé le problème de la coordination entre l'activité de soins, qui relève du NHS, et le secteur médico-social, qui dépend des collectivités locales. Par ailleurs, le problème de la compétence en matière de santé publique-qui est répartie entre le public Health England au niveau national et les collectivités locales- alors même que la prévention est une priorité de la réforme, peut également être soulevé. En outre, plus de 90% des praticiens anglais sont opposés à cette réforme qui leur demande de gérer eux-mêmes les budgets décentralisés, d'acheter et de rationaliser les soins pour le compte de leurs patients<sup>44</sup>. Enfin, bien que la

<sup>44</sup> Les comptes de la sécurité sociale-juin 2014, p126.

réforme soit censée encourager un transfert de dépenses du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire, 60% des dépenses de santé restent consacrées aux hôpitaux. Pour autant, selon une enquête du Ministère de santé de juillet 2013, les salariés des différentes structures du NHS identifient des perspectives d'amélioration des soins lors de la mise en œuvre de la réforme.

### 3- Le système de santé américain : « le modèle libéral »

#### 3-1 présentation

**Tableau N°05 : Indicateurs sociaux sanitaires de L'Amérique**

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'habitants en millier	309.347,1	311.721,6	314.112,1	316.497,5	318.857,1
Dépenses de santé en% du PIB	16,4	16,4	16,4	16,4	-
Dépense de santé publique	7,9	7,9	7,9	7,9	-
Assurance maladie privé en % de la population totale	8,5	8,5	8,5	8,5	-
Espérance de vie à la naissance	78,6	78,7	78,8	78,8	-
Mortalité infantile « pour 1000naissances vivantes »	6,1	6,1	6	-	-

**Source** : établi par nos soins sur la base de données extraites de l'OECD.STAT.

Aux Etats unis la santé est en grande partie régulée par le marché, animé par une pluralité d'organisation d'une grande flexibilité, à la recherche permanente d'adaptation : l'innovation et la grande dynamique de la recherche scientifique sont les traits caractéristiques du système de santé Américain qui se distingue par le développement technologique en faveur d'une médecine de pointe qui trouve son appui dans le milieu industriel, le monde médical et les responsables politiques. Des filières de soins intégrées s'organisent en vue d'offrir aux patients affilés une large gamme de biens et services médicaux en fonction des besoins. Le système de santé américain se caractérise à la fois par un volume de dépenses record et une architecture singulière, à la fois fragmentée « Le monde de couverture varie en fonction de l'âge ou de la situation économique » à dominante privée.

L'assurance publique se limite aux populations a priori les plus fragiles : les personnes âgées ou souffrant d'un handicap sont couvertes par le programme Medicare tandis que les ménages à bas revenus bénéficient du programme Medicaid. Du point de vue du financement des dépenses de santé, les Etats Unis constituent, en conséquence, une exception au sein de l'OCDE « avec le Mexique et la Corée », présentant une contribution du secteur public inférieur à 50%<sup>45</sup>.

Le constat qui nous semble le plus frappant quand on examine le système de santé est le fait qu'il soit le plus grand fournisseur d'emplois dans le pays : il concentre les effectifs des

<sup>45</sup> Jean-Mare lucas, **système de santé Américain : pronostic vital réservé « sans intervention »**, conjoncture, janvier 2007, P4.

professions de santé suivants : 730.801 médecins, 463.663 dentistes, 249.642 pharmaciens et 2.669.603 infirmiers<sup>46</sup>.

Les médecins jouissent, comme en France, de la liberté d'installation et de prescription sauf les recommandations plus au moins contraignantes de certains organismes de tutelle, « HMO, Managed Care Organisation ». Les praticiens de la médecine ambulatoire exercent soit en cabinet à titre individuel soit en cabinet de groupe. Mais la grande majorité sont des contractuels avec une ou plusieurs MCO.

Trois modes de paiement sont pratiqués selon l'organisation de laquelle relève le praticien : à l'acte, à la capitation, ou sur la base d'un salaire. Il faudrait noter que les trois quarts des médecins n'ont pas de clientèle directe mais sont rémunérés selon le mode du tiers payant.

Une nomenclature nationale des actes, établie en collaboration entre l'association des médecins, les sociétés savantes et les assureurs, sert de base à la fixation des tarifs, variables selon l'assureur.

### **3-2 Le fonctionnement du système de santé américain :**

Les deux tiers des Américains possèdent une assurance privée qui est fournie par l'employeur. Une assurance publique est aussi disponible pour les personnes de plus de Soixante-cinq ans « Medicare » et pour ceux qui ont de faibles revenus « Medicaid ».

#### **3-2-1 L'assurance publique : « Etat fédéral »**

En 1965, deux programmes ont été instaurés par l'intermédiaire du président Lyndon Johnson : Medicare et Medicaid. Ce sont deux programmes bien distincts avec des critères précis pour y adhérer.

➤ **Medicare** : pour les retraités, le président Johnson, démocrate par un fin manœuvrier Parlementaire, réussit en 1965 à faire voter le congrès une loi dont le projet avait été annoncé par son prédécesseur, le président Kennedy, avant son assassinat.

Cette loi instaure une assurance maladie collective publique obligatoire, financée par une taxation des entreprises assise sur les salaires, payée moitié par les entreprises, moitié par les salariés eux-mêmes, complétée par un financement fédéral : c'est le programme Medicare<sup>47</sup>.

Autrement dit, pendant leur vie active, les salariés et les entreprises payant un impôt qui alimente un fonds spécial complété par des subventions de l'état fédéral, pour avoir la certitude qu'à 65 ans ils pourront bénéficier, en s'adressant à un assureur privé de leur choix, du panier de soins remboursés par le centre for Medicare qui gère le fonds en question : c'est

---

<sup>46</sup> Who, world health statistics, Geneva, 2008.

<sup>47</sup> Prieur.C, « la réforme du système de santé Américain », pratiques et organisation des soins, 2011/4, vol42, P 267.

le premier programme public d'assurance maladie. Il couvre également les malades en dialyse rénale de tous âges ainsi que les invalides et handicapés de moins de 65ans.

Il offre différents services, d'une part une assurance d'hospitalisation « partie A », qui rembourse les soins hospitaliers, les soins infirmiers. Cette partie représente 36% des dépenses. Ces frais hospitaliers sont financés par les impôts.

D'autre part, une assurance médicale « partie B », qui regroupe 29% des dépenses relative aux services des médecins et à l'utilisation des appareils médicaux qui sont pris en charge par l'assurance d'hospitalisation. L'assurance médicale est financée par des recettes fiscales.

Ensuite, « la partie C » qui contribue à 24% des dépenses est consacrée au remboursement des patients qui sont soignés dans une organisation qui intègre assurance et soins.

Enfin « la partie D », rembourse les médicaments prescrits par le médecin et constitue 11% des dépenses.

➤ **Medicaid** : second programme public, Medicaid est un programme fédéral mis en place par l'administration Johnson en 1965 dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. La loi fédérale définit un panier minimal couvert et une population minimale concernée : ce sont les bénéficiaires des aides sociales des Etats, c'est-à-dire ceux qui ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté, lequel a une définition fédérale et une définition dans chaque Etat.

Medicaid est financé à la fois par l'Administration fédérale et par les Etats. La participation de l'administration fédérale est modulée en fonction du niveau de revenu de chaque Etat ; elle varie entre 50 et 83% du total des dépenses, les Etats les plus pauvres bénéficiant du financement fédéral le plus important<sup>48</sup>.

Medicaid est géré par les Etats conformément à un certain nombre de directives fédérales assez larges concernant la gamme des prestations, le remboursement des prestataires et les catégories susceptibles de bénéficier du programme. Réunissent les conditions d'éligibilité à Medicaid les personnes à la fois âgées et indigentes ou bien handicapée, les femmes enceintes ou ayant un enfant à charge.

Les Etats fixant leurs propres conditions d'éligibilité « notamment un plafond de revenu et de patrimoine » en fonction de paramètres assez larges. De ce fait, 60% des personnes dont le revenu se situe au-dessous du seuil de pauvreté tel que défini au niveau fédéral. Sont exclues du programme Medicaid. Les moins de 65 ans non handicapés et sans dépenses de santé. Sont également exclues les personnes dont le patrimoine dépasse le plafond fixé par les Etats<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup>Elisabeth Chamorand, **le système de santé Américain, poids du passé et perspectives**, les Etudes de la documentation française, paris, 1996.

<sup>49</sup> idem

Cependant, ceux qui bénéficient de cet organisme sont confrontés à la difficulté de trouver un professionnel qui accepte de les soigner. En effet, le programme autorise les adhérents à ne consulter que les médecins desservis par celui-ci, pour une réduction des dépenses. D'autre part, le problème réside dans la faible capacité de remboursement du programme qui n'est pas supportable pour les organismes distributeurs de soins.

Si Medicare et Medicaid ont indéniablement amélioré la situation des personnes âgées et de certaines catégories des pauvres, ces réformes n'en représentent pas moins un recul par rapport au système d'assurance maladie obligatoire. En effet, tous les américains n'ont pas d'assurance maladie comme ceux qui ne sont pas assurés grâce à leur emploi et qui ne peuvent souscrire une assurance privée dont le prix est exorbitant quand ils n'en sont pas exclus pour raison médicale.

Ainsi, c'est le cas des différentes catégories de nécessiteux « célibataires, couples sans enfant, couples avec enfants dans la moitié des Etats, familles au revenu inférieur au seuil de pauvreté, déterminé par le Gouvernement fédéral, mais supérieurs à celui de l'Etat dans lequel elles résident ».

Les deux programmes publics présentent des dysfonctionnements sur le long terme. Effectivement, financer Medicare deviendra de plus en plus difficile car dans les prévisions, ce programme pèsera en 2050 trois fois plus sur le PIB.

Medicaid est confronté à un autre type de problème : une mesure gouvernementale envisage une baisse des coûts comme la diminution de la prise en charge par l'Etat. Ce facteur ajouté aux crises budgétaires des états américains, entrainerait un problème d'existence pour ce programme financé par l'Etat fédéral et les Etats Américains.

➤ **Les autres programmes publics** : en plus des programmes publics Medicare et Medicaid, il existe deux programmes supplémentaires.

Tout d'abord, un programme créé en 1997 intitulé « State Children's Health Insurance Program » « SCHIP ». Le financement est assuré par l'état fédéral et les Etats fédérés. Les bénéficiaires sont les enfants dont les parents ne sont pas inscrits au groupe Medicaid et qui ne possèdent pas de ressources suffisantes pour avoir une assurance privée. Ils en jusqu'à l'âge de 19 ans. Près<sup>50</sup> de cinq millions d'enfants en ont bénéficié en 2008.

Ensuite, on a le programme Veteran's Administration qui est consacré au Vétérans Américains « anciens combattants ». Pour les Vétérans, si les frais de santé sont faibles alors les soins sont gratuits.

### **3-2-2 L'assurance privée :**

Même si une partie des sources de financement est publique « fédérale ou des Etats », la majorité des acteurs sont privés. Cette tendance a été renforcée au début des années 70 avec la mise en place des HMO, Health Maintenance Organizations et les réseaux de soins

---

<sup>50</sup> Souaidet thomas, op.cit, P19.

coordonnés. Ils appartiennent désormais à l'ensemble plus vaste des systèmes de soins collectifs mais toujours privés, « les Managed Care Organizations »<sup>51</sup>.

Les Managed Care Organizations « MCO » modèle dominant aux Etats-Unis, sont des réseaux de soins coordonnés mis en place pour répondre aux préoccupations des employeurs face au coût de l'assurance maladie qui cumulent des fonctions d'assurance et de soins. Ils sont basés sur un partenariat entre financeurs et fournisseurs de soins<sup>52</sup> qui permet d'allouer les ressources de façons optimales. Les professionnels de santé concernés offrent ainsi des tarifs préférentiels en échange d'une fidélisation des clients. Les assurés membres de ces réseaux sont encouragés à consulter parmi ces professionnels conventionnés et l'accès aux soins spécialisés et souvent filtré par le médecin de famille pour des raisons de maîtrise des dépenses.

Il existe plusieurs modèles de MCO :

- Les Health Maintenance Organizations « HMO » : sont des entreprises de soins qui ont pour objet de fournir à leurs adhérents des prestations médicales ambulatoires et hospitalières. Leur concept a été développé dans les années soixante-dix comme une alternative au système de la médecine libérale, fondé sur le paiement à l'acte sans limitation et sur le remboursement des actes par une assurance privée individuelle.

Nous rencontrons deux modes d'organisation des HMO : le « staff models » qui emploie des médecins salariés a été créé par les entreprises et les salariés ; c'est le modèle le plus encaîné.

Le « groupe modèle » est animé par des médecins contractuels.

- Les Preferred Providers Organizations « PPO » ou encore les points-of-service plans « POS », qui contrôlent plus ou moins l'accès aux soins.

De nouveaux modèles de HMO sont récemment apparus, comme les indépendants practice associations « IPA » qui passent contrat avec des groupes de praticiens tenant leur propre cabinet, rémunérés à l'acte ou par forfait.

Plus le choix du praticien est souple au sein des MCO « comme dans les PPO », plus ils sont coûteux pour l'assuré.

Certains pratiques de ces organismes sont à souligner : le rassemblement dans un même lieu de professionnels pluridisciplinaire, l'importance particulière donnée aux soins préventifs ou encore l'intégration de réseaux spécialisés dans des maladies spécifiques. On voit donc bien qu'aux Etats-Unis, la coordination de soins et la prévention sont vues comme des solutions pour améliorer l'efficacité et la qualité du système de soins.

---

<sup>51</sup> Eric Brathlon, « **une lecture européenne du système de santé américain** », conjoncture, février 2000, P16.

<sup>52</sup> F.Gabvis-Narinos, A.Montélimard, « **le système de santé des états unis** », pratiques et organisations des soins 2009/4, vol40, p309-315, p311.



Cependant, les PPO ont, aujourd'hui, pris l'avantage en raison de leur souplesse et de la plus grande liberté laissée au patient. En effet les MCO, à l'origine d'une certaine insatisfaction des assurés et des professionnels de santé, notamment en raison de leur objectif affiché de réduction des dépenses, laissent naître des doutes quant à la qualité des soins.

### **3-2-3 Les non assurés**

Un problème majeur du système de santé américain réside dans la part non négligeable de la population qui ne dispose de couverture santé d'aucune sorte : le recensement des Etats-Unis de 2008 indique que plus de 46 millions d'américains ne sont pas assurés. Ces derniers sont la plupart du temps des défavorisés et ne réunissent pas les conditions donnant accès à Medicaid ou encore des petits salariés dont l'employeur n'offre pas d'assurance maladie.

Cependant, la réforme du système de santé lancée par Barack Obama en 2010 a conduit à la plus forte réduction du nombre d'américains sans assurance maladie en quatre décennies. Environ 16,4 millions de personnes qui étaient auparavant non-assurés ont souscrit à une couverture. Selon une analyse gouvernementale des données de l'enquête Gallup-healthways-being Index, menée quotidiennement<sup>53</sup>.

### **3-3 Réformes du système de santé américain**

Le système américain d'assurance maladie présente néanmoins des caractéristiques et souffre de griefs. Il est tout d'abord extraordinairement onéreux pour la collectivité puisqu'il a absorbé 16.4% du PIB en 2013.

Il faut souligner que ce niveau est le plus élevé des pays de l'OCDE et que la différence en dépenses par tête est très importante ; le système américain est donc un système peu efficace au vu des caractéristiques d'état sanitaire global de la population.

Néanmoins, les mêmes causes produisent les mêmes effets, et la démographie explique naturellement ce dérapage des dépenses de santé. Avec plus de quatre millions de personnes de plus de 85 ans, le système américain vacille malgré l'augmentation des cotisants due à l'immigration sous l'effet ciseaux classique de la progression des dépenses de santé « effet volume de l'accroissement des prestataires » et l'effet qualitatif de l'élévation du coût des technologies employées.

Cette croissance constante des dépenses de santé en pourcentage de la richesse nationale a entraîné une mobilisation forte du monde politique américain qui poursuit depuis de nombreuses années l'idéal des réformes permettant de contrôler efficacement ce dérivé financier. Néanmoins, dans un monde essentiellement privé, les seuls leviers d'action relèvent des financements publics, et c'est bien sur eux que s'est exercée la pression la plus forte<sup>54</sup>.

Si les économistes s'accordent généralement à considérer que le système de santé américain fonctionne mal, force est cependant de reconnaître que les diverses pistes de réformes évoquées sont très variées. Certains privilégient la mise en place d'incitation visant à

---

<sup>53</sup> [www.lemonde.fr](http://www.lemonde.fr) consulter le 12/03/2015 à 17h30.

<sup>54</sup> Eric Barthalon, op.cit , p18.

modifier le comportement des patients ou des praticiens. D'autres estiment que c'est l'architecture globale du système qu'il faut revoir et que l'instauration d'un système de couverture universel public serait plus avantageuse.

Les initiatives pour tenter de remédier aux problèmes du système de santé américain partent des Etats. Une quinzaine d'entre eux a entamé des actions pour élargir l'accès à l'assurance maladie, dont le Vermont, le Maine et le Massachusetts qui sont les seuls à être favorables à la mise en place d'une couverture universelle. Le Massachusetts a ainsi adopté un plan de protection santé universelle, le premier du pays, qui oblige les individus à souscrire à une assurance et les entreprises à en proposer une à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2007<sup>55</sup>. Une série de mesures correctives et incitatives vient appuyer cette réforme. Même s'il s'agit d'un petit Etat, il pourrait servir de modèle.

Les initiatives des états ne suffisent pourtant pas à régler tous les problèmes, même à leur échelle. Bien que témoin d'un réel progrès et montrant une volonté de changement plutôt consensuelle, la réforme est également voulue au niveau de l'Etat fédéral. En effet, elle s'est précisée à l'occasion des débats lors de l'élection présidentielle de 2008 et dans les intentions du nouveau président de la République démocrate, Barack Obama.

Signée en mars 2010, la réforme Obama Care, se présente sous forme de deux textes se complétant- c'est-à-dire que l'un rectifie l'autre.

Couvrant des centaines de pages et des milliers d'articles, car touchant de près ou de loin des domaines juridiques très différents : droit des assurances, réglementation des assurances publiques Medicare et Medicaid, droit de la concurrence, législation fiscale générale, réglementation sur la responsabilité médicale<sup>56</sup>...

Promulguées les 23 et 30 mars et entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2013, les lois « patient protection and affordable care act-ACA » (loi sur la protection des patients et des soins abordables) et « health care and education affordability reconciliation act » (loi sur les soins de santé et sur l'éducation) regroupées sous l'appellation l'Obama Care réforment le système de sécurité sociale Américain<sup>57</sup>. Cette réforme de santé oblige toutes les personnes payantes des impôts aux Etats-Unis à se doter d'une assurance santé remplissant certains critères. La réforme de santé Obamacare vise à réduire les inégalités en rendant universel l'accès aux soins. Les près de 50 millions d'Américains ne disposent jusqu'alors d'aucune couverture sociale pouvant bénéficier d'une assurance santé. Pour atteindre cet objectif, des subventions sont accordées aux citoyens à bas revenus et les compagnies d'assurance ne peuvent plus refuser de couvrir une personne en raison de ses antécédents médicaux.

Les Américains ou résidents permanents dont l'employeur ne fournit pas d'assurance santé ainsi que ceux qui ne bénéficient d'aucune couverture maladie gérée par le gouvernement des USA « Medicaid et Medicare » sont les premiers concernés par la réforme Obamacare. Ils avaient jusqu'au 31 mars 2014 pour souscrire une assurance santé. Les

---

<sup>55</sup> F Galvis-Narinos, A Montélimard, op.cit, p312.

<sup>56</sup> Prieur.C, OP.CIT, P273.

<sup>57</sup> [www.cleiss.fr/docs/regimes/regime\\_etatsunis.html](http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html) consulter le 13/04/2015 à 11h.15.

personnes déjà couvertes à titre individuel mais dont la police ne correspondait pas aux exigences de l'Obamacare étaient invitées à changer d'assureur.

Les principaux objectifs de la réforme Obamacare sont :

- La diminution du nombre des non-assurés : pour ce faire, ils ont élargi le champ des systèmes existants : assurances publiques comme Medicare, Medicaid et le programme Childrens health insurance « on modifiera les seuils d'éligibilité » et assurances privées financées par les employeurs ou directement par les assurés. Les assurances privées seront tenues de conserver sur l'assurance des parents les enfants jusqu'à 26ans alors qu'une partie des non-assurés était des jeunes à la recherche d'un emploi stable.

- Améliorer la couverture : les assurances privées se verront interdire de faire de la sélection des risques avant souscription d'un contrat comme ci-après : nombre d'américains ont eu la surprise de se voir refuser des remboursements pour maladie grave au motif de non-déclaration d'antécédents médicaux ! cela n'est plus possible. En outre, il sera interdit de fixer dans les contrats un plafond du montant des remboursements que l'assurance est susceptible de verser au cours de la vie d'un assuré.

- Obamacare offre aussi une solution pour réduire le coût de l'assurance santé autant pour le gouvernement que les individus. La réforme oblige les compagnies d'assurance à adopter des nouvelles exigences de base pour assurer l'acceptation d'un plus grand nombre de candidatures. Donc, les compagnies ne pourront plus discriminer selon l'âge, le sexe ou les précédents de santé

- Accroissement des ressources : en dehors des pénalités pour non-assurance frappant employeurs et salariés, la réforme prévoit de taxer les titulaires de contrats haut de gamme, payés par les entreprises ainsi que les laboratoires pharmaceutiques et fabricant de dispositifs médicaux.

Les impacts de la réforme ont pu être observés assez rapidement à quelques jours du cinquième anniversaire de la loi Obamacare. Environ 16,4 millions de personnes qui étaient auparavant non-assurées ont souscrit à une couverture selon une analyse gouvernementale des données de l'enquête Gallup-Healthways well-being Index, menée quotidiennement<sup>58</sup>. La proportion de non-assurés est tombée de 20.3% à 13.2% de la population entre le troisième trimestre 2013 et le premier trimestre 2015, soit depuis le troisième trimestre 2013 et le premier trimestre 2015, soit depuis l'entrée en vigueur du volet central de la réforme, c'est-à-dire l'obligation d'être assuré.

Après cinq ans d'existence, le bilan d'Obamacare est difficile à comptabiliser. On a pu constater une augmentation de personnes qui se dotaient d'une assurance santé, une diminution des coûts de ladite assurance et, en général une meilleure accessibilité au système de santé américain. La réussite de la réforme est par contre nuancée par les problèmes légaux constants et la crainte qu'Obamacare disparaisse si un républicain est élu président en 2017.

B.Obama a remporté une victoire en faisant voter une réforme de l'assurance maladie américaine alors que ses prédécesseurs avaient échoué. Certes, celle-ci est incomplète dans la

---

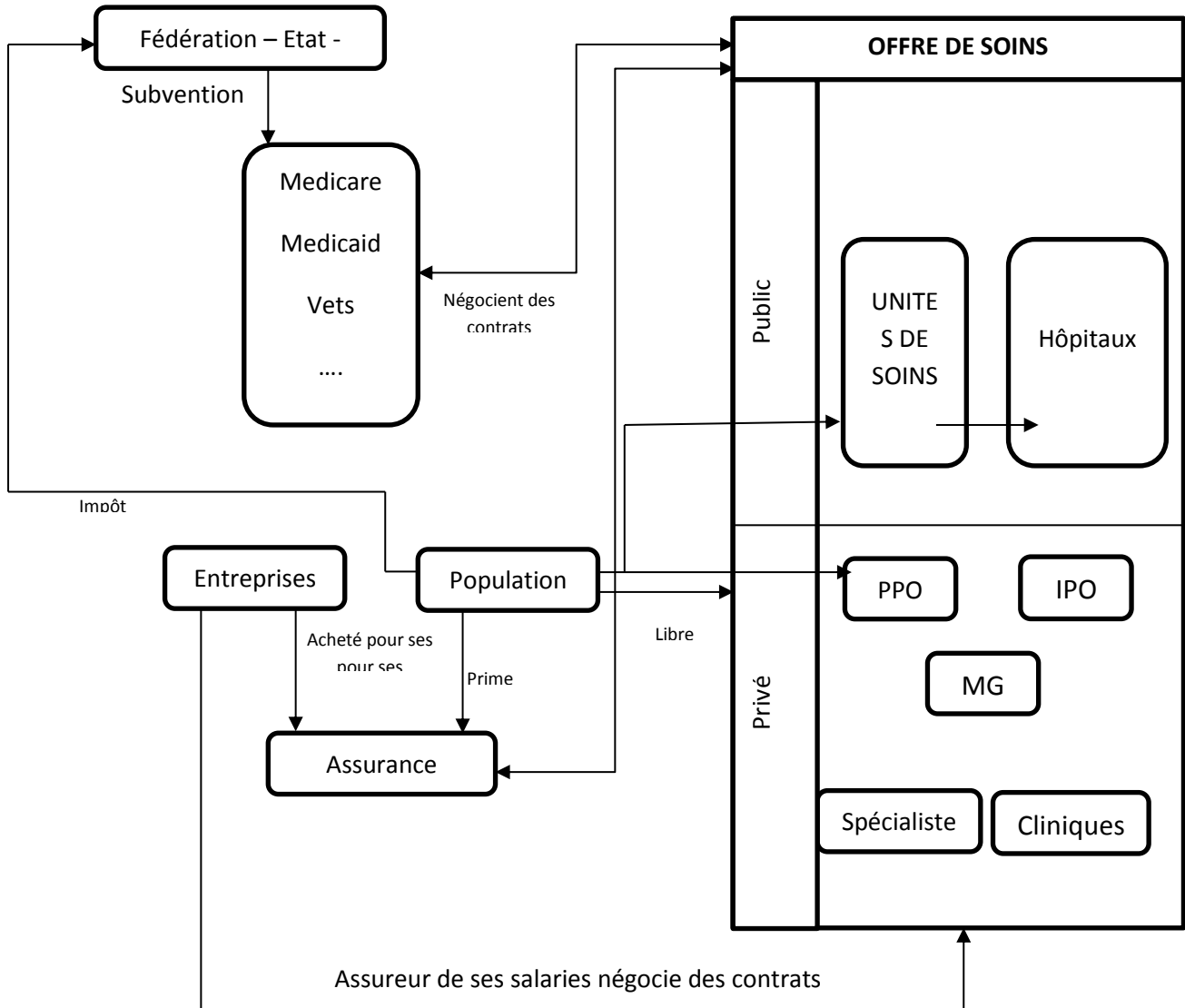
<sup>58</sup> <http://www.lemonde.fr> consulter le 12/04/2015 à 16h25.

mesure où elle ne modifie pas l'architecture générale du système ni sa faible régulation. Autant dire que le problème du financement referra surface assez rapidement.

En conclusion, on peut dire que si l'économie américaine brille par de nombreux aspects « fonctionnement des marchés des biens et du travail, capacité d'innovation, etc. », son système de santé présente, en revanche, des insuffisances sérieuses. Bien plus coûteux que ceux des autres pays riches, il ne paraît pas pour autant plus efficient que la moyenne. Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité infantile sont peu flatteurs. De surcroît, la croissance des dépenses de santé, nettement plus rapide que celle du PIB « aux Etats-Unis comme ailleurs », promet de rendre les inefficiences et problèmes budgétaires à l'œuvre encore plus pénalisants à l'avenir « pour le secteur public, les ménages comme les entreprises ».

On peut terminer par le schéma suivant qui nous donne un aperçu sur l'organisation du système de santé américain ;

**Figure N° 08 : le système de santé américain**



Source : A.Bersniak, G.Duru, op.cit.

**4-système de santé français : « le modèle mixte »**

**4-1 Présentation :**

**Tableau N° 06: indicateur sanitaire de la France**

	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre d'habitants en Millier	62.917,79	63.223,16	63.514	63.786,14	64.062,25
Dépenses de santé en % du PIB	10,8	10,7	10,8	10,9	-
Dépenses de santé publique	8,4	8,4	8,5	8,6	-
Dépenses de santé privé	2,4	2,3	2,3	2,3	-
Espérance de vie à la naissance	81,8	82,2	82,1	82,3	-
Mortalité infantile pour 1000 naissances vivantes.	3,6	3,5	3,5	3,6	-

Source : établi par nos soins sur la base de données extraites de l'OECD.STAT.

En 1945, Pierre Laroque conçoit le système de la « sécurité sociale ». En offrant des indemnités proportionnelles ou forfaitaires, ce système cherche à couvrir les besoins primaires dans l'optique de Beveridge mais avec des éléments du système de Bismarck comme la technique assurantielle ou les cotisations salariales.

Il est attentif aux besoins de la famille, c'est-à-dire des ayants droit de l'assuré social qui travaille. Il ne s'organise non pas autour des services sociaux territorialisés comme en Grande Bretagne mais par des transferts sociaux « cotisations salariales retenues à la source, mises en commun pour indemniser les « victimes ». Il suppose donc que l'assuré soit un salarié comme dans le système bismarckien alors que le système beveridgien s'adresse au citoyen t sur un territoire.

Ce système visait, comme le système beveridgien :

- *L'universalité* : en s'appliquant progressivement à toutes les professions jusque-là couvertes par leurs propres caisses : artisans, agriculteurs, professions indépendantes, etc., et aux individus volontaires ne percevant pas de revenus de son travail, mais le projet n'est pas achevé,
- *L'uniformité* : en servant des allocations familiales, en remboursant les soins..., sans distinction de revenus. Mais ils ont introduit par la suite des modifications « ticket modérateur, quotient familial... »,
- *L'unité* : avec un organisme financier commun aux quatre branches du régime général « maladie et maternité, accidents du travail, retraites, allocations familiales » mais l'assurance chômage ne relève pas de la sécurité sociale.

Le système français est alimenté principalement par des cotisations basées sur le revenu du travail. A côté de la sécurité sociale, les mutuelles, qui jusque-là assuraient la protection sociale, sont demeurées comme complémentaires, puis, avec la diminution des remboursements du régime général, ont augmenté leur part. A côté encore, des assurances privées demeurent possibles pour les risques de maladies, de perte d'emploi, de pension de retraite, etc. tandis que l'Etat invente des recours pour les « exclus » du travail qui se trouvaient exclus de la protection sociale.

Donc, la protection sociale fonctionne à trois niveaux avec trois clientèles : la sécurité sociale s'occupe des choses moyennes ; les plus pauvres sont exclus et réduits à l'aide sociale et à l'action sociale ; les plus riches profitent à fond de la mutualité des régimes conventionnels et augmentent encore leur protection avec l'assurance privée.

Au final, le système de sécurité sociale français emprunte plus d'éléments au modèle Bismarckien qu'au modèle Beveridgien, même si les principes de ce dernier ne sont pas niés. Ainsi, l'universalisme est recherché mais en se fondant sur la généralisation de la sécurité sociale et en se basant sur le postulat que le salariat sera la norme et qu'à travers lui, tous les individus bénéficieront d'une protection sociale, soit directement en cotisant, soit au travers du statut d'ayant droit.

Le système français de sécurité sociale se forcera donc à atteindre les principes beveridgiens d'universalisme en empruntant des voies très largement Bismarckiennes. Outre la difficulté à positionner le système national dans un modèle et un seul, il montre l'originalité de la sécurité sociale française et avant tout son pragmatisme et sa capacité d'adaptation face aux évolutions sociales.

#### **4-2 Organisation du système de santé en France**

Les politiques sanitaires sont adoptées et mise en œuvre aussi bien au niveau national qu'au niveau local selon les prérogatives dévolues à chaque instance.

❖ ***Au niveau national*** : l'administration du système de santé revient à l'Etat, garant de l'intérêt public de la promotion et de la protection de la santé de la population. Trois Ministères au moins interviennent dans l'élaboration des politiques de santé, le Ministère de la santé, le Ministère du travail, le Ministère des comptes publics. Le parlement détient depuis 1996 des prérogatives dans la détermination des objectifs de dépenses de santé en adoptant les lois de financement de la sécurité sociale « LFSS »<sup>59</sup>.

L'Etat, soit directement, soit par l'intermédiaire des services déconcentrés :

- Assure la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux « ex : toxicomanie, alcoolisme » ;

- Assure la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique ;

- Exerce sa tutelle sur les Agences Régionales de santé.

- Veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention et régule le volume de l'offre de soins : personnels, établissements, équipements lourds ;

- Exerce la tutelle de la protection sociale : modalité de son financement « assiette et taux de cotisations », règles de couverture de la population, relations avec les producteurs de soins, prise en charge financière de soins « tarifs et taux de remboursement ». Il veille à l'équilibre des comptes sociaux.

Quatre directions de ces Ministères interviennent dans l'organisation du système de santé : la Direction Générale de la santé, la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins, la Direction de la Sécurité Sociale, la Direction de l'Action Sociale. Chaque Direction, dans le champ de ses attributions, anime et coordonne l'action des services déconcentrés compétant en matière de santé et de solidarité, participe à l'évaluation des politiques dont elle a la charge et suit, en liaison avec la délégation compétente, les questions européennes et internationales.

L'Etat a suscité progressivement la création de plusieurs organismes ayant compétence dans un domaine spécifique. Il y est toujours représenté, en assure la tutelle et en définit les missions. Ces organismes ont des formes juridiques variées :

---

<sup>59</sup> Brahim Brahamia, op.cit,p195.

- Les structures de santé publique : ex : HCSP « Haut Conseil de la Santé Publique », Conférence Nationale de Santé.
- Les instituts de recherche, de formation et d'éducation : ex : INPES « Institut National de Prévention et d'Education pour la santé », INSERM « Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale »
- L'organisation de la sécurité sanitaire : ex : INVS « Institut de veille sanitaire », HAS « haut autorité de santé ».

❖ ***Au niveau régional :***

La loi du 21 juillet 2009 a réorganisé le paysage régional et départemental par la création des ARS.

- Les Agences Régionales de santé « ARS » ; sont des entités régionales uniques du service public de la santé. Créées début 2010, elles regroupent sept organismes auparavant chargés des politiques de santé dans les régions et les départements « Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales DDASS, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales DRASS, Agence Régionale d'Hospitalisation ARH, Groupement Régional de Santé Publique GRSP, Caisse Régionale d'Assurance Maladie CRAM, Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie URCAM, Mission Régionale de Santé MRS ».

Les ARS ont deux grandes missions :

- Le pilotage de la santé publique à l'échelle régionale (veille et sécurité sanitaire, prévention et promotion de la santé, gestion des crises sanitaire)
- La régulation de l'offre de santé dans les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social.

- Conférences régionales de santé : créées par la loi du 09 août 2004, organisées par les ARS, elles déterminent les priorités de santé publique de la région dont elle a la charge et définit les besoins en moyens humains, matériels et autres en vue d'améliorer la santé des habitants. Elles ont comme missions :

- La détermination des objectifs régionaux de santé publique
- La participation à l'élaboration et l'évaluation du PRSP (Plan Régional de Santé Publique).

❖ ***L'échelon territorial :***

Depuis la loi HPST, le territoire est un nouveau découpage juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements : il s'agit d'une étendue géographique où la population résidente est censée disposer d'une offre de soins de qualité.

Dans la HPST, la territorialisation distingue :

- L'offre de soins du 1<sup>er</sup> recours qui a pour vocation de répondre aux besoins de proximité ;
- L'offre de soins spécialisés de 2<sup>ème</sup> recours qui mobilise des ressources médicales plus rares et doit être organisée selon un maillage territorial différent de celui de l'offre de premier recours.

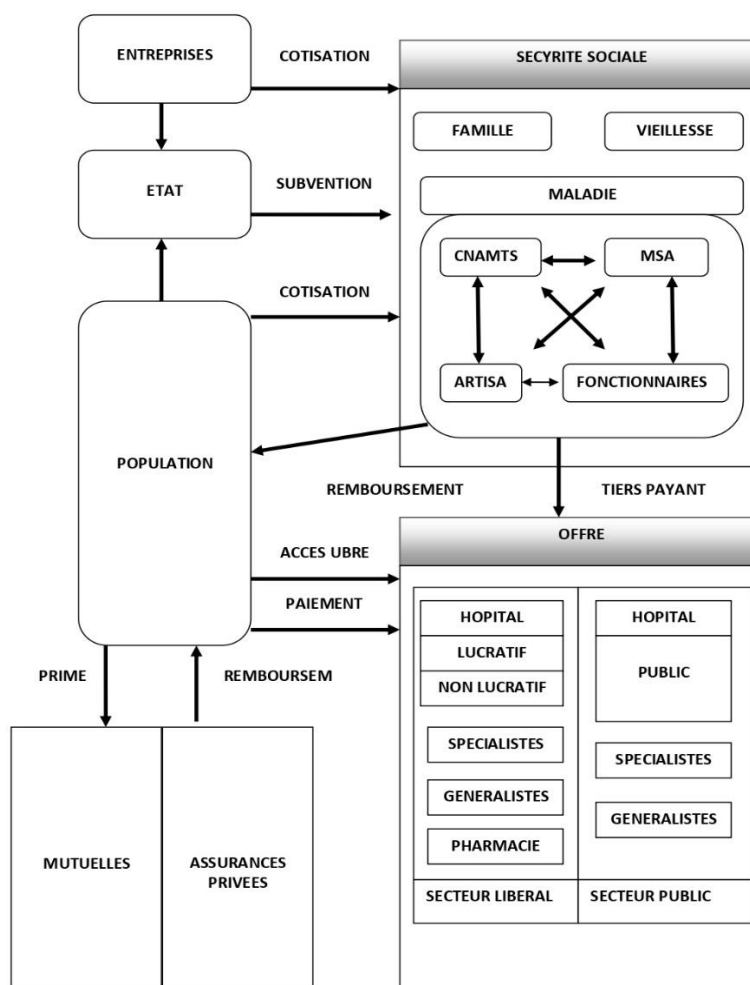


Une conférence de territoire participe notamment à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé « PRS »<sup>60</sup> pour sa déclinaison territoriale.

Malgré la décentralisation, l'Etat demeure présent au plan départemental comme au plan régional. On assiste toutefois à une redistribution des pouvoirs et des compétences, au sein des collectivités territoriales, entre l'Etat et les assemblées locales.

Le schéma suivant représente l'organisation du secteur sanitaire en France :

**Figure N° 9 : le système de santé français**



**Source :** fiche thématique du CISS N° 39 la loi HPST et l'organisation régionale du système de santé-2013.

<sup>60</sup> Le projet régional de santé « PRS » définit les objectifs sur plusieurs années des actions qui mènent l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétence.

### 4-3 Principales réformes du système de santé Français :

Les hôpitaux français ont connu depuis trente ans un très grand nombre de réformes. Elles ont été engagées par tous les gouvernements, quelles que soient leurs orientations politiques, dans une direction immuable : la maîtrise des dépenses de santé. Citons ici quelques étapes importantes de ce flot continu de réformes : lancement du projet de médicalisation des systèmes d'information en 1982 « qui deviendra ensuite PMSI », l'instauration d'un forfait journalier en 1983, l'apparition des contrats d'objectif et de moyens en 1991, le plan hôpital 2007 lancé en 2003 qui crée les pôles hospitaliers d'activité, l'état des prévisions de recettes et de dépenses et la tarification à l'activité « T2A », la simplification du régime juridique des établissements de santé en 2005 ou dernièrement la loi hôpital, patient, santé et territoire en 2009<sup>61</sup>. Nous essayons ainsi d'expliquer les plus récentes :

▪ **2003 : T2A** loi N° 2003-1199 du 18 décembre 2003 portant financement de la sécurité sociale pour 2004, organisation du passage progressif à la tarification à l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

Avant la T2A, il existait deux systèmes de financement des hôpitaux :

-la dotation globale : pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public. Les ressources allouées aux établissements étaient reconduites par rapport aux budgets de l'année précédente= moyens déconnectés de l'évolution de l'activité des établissements.

-un système de forfait journalier hospitalier pour les établissements privés.

Pour remédier à ces inégalités, la loi de financement de la sécurité social 2004 prévoit l'instauration d'un financement à l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique pour les établissements de santé publics ou privés.

Plutôt que de maintenir deux échelles de tarifs correspondant aux prestations et aux spécificités de chacun des secteurs, le législateur a choisi une option d'application plus radicalement libérale de cette réforme en décidant de faire converger public et privé vers un tarif commun<sup>62</sup>.

Le principe de fonctionnement de la tarification à l'activité peut être schématisé comme suit :

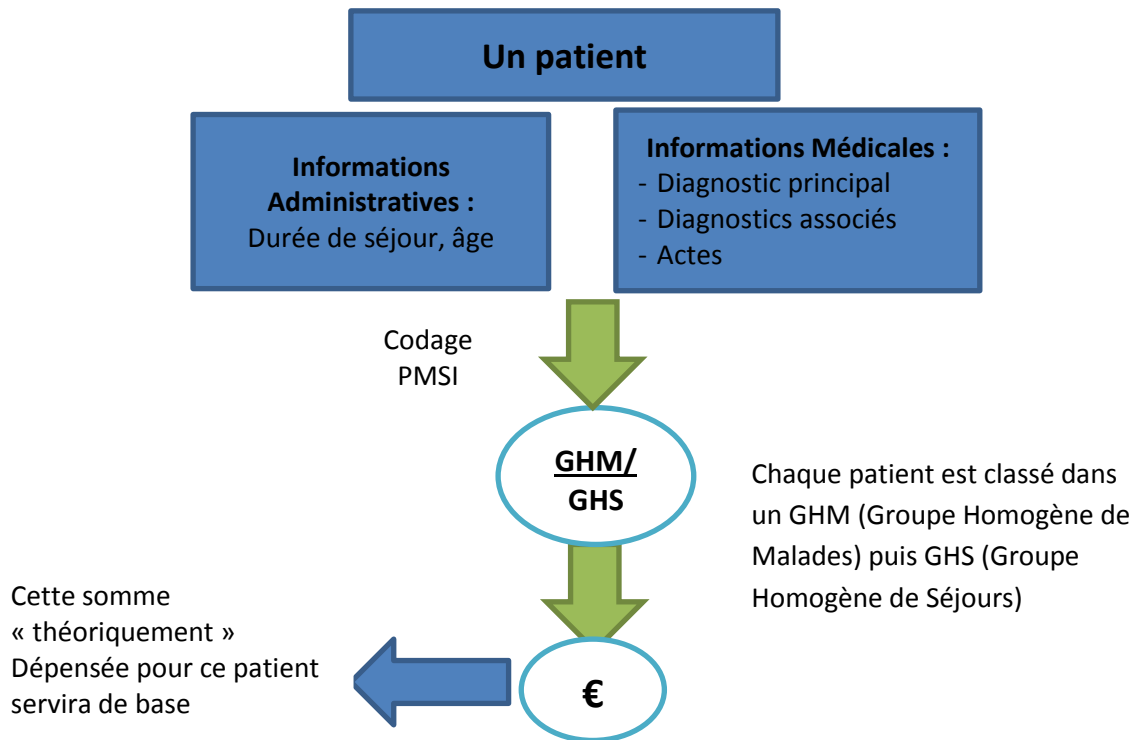
---

<sup>61</sup> Guillaume Chanson, de nouvelles pistes dans le management des réformes publiques, vie& sciences de l'entreprise, N° 189, 2011/3.

<sup>62</sup> Edouard Couty, hôpital public : le grand virage, les tribunes de la santé, 2010/3-N°28, P42, P39-48.

Figure 10 : le fonctionnement de la tarification à l'activité

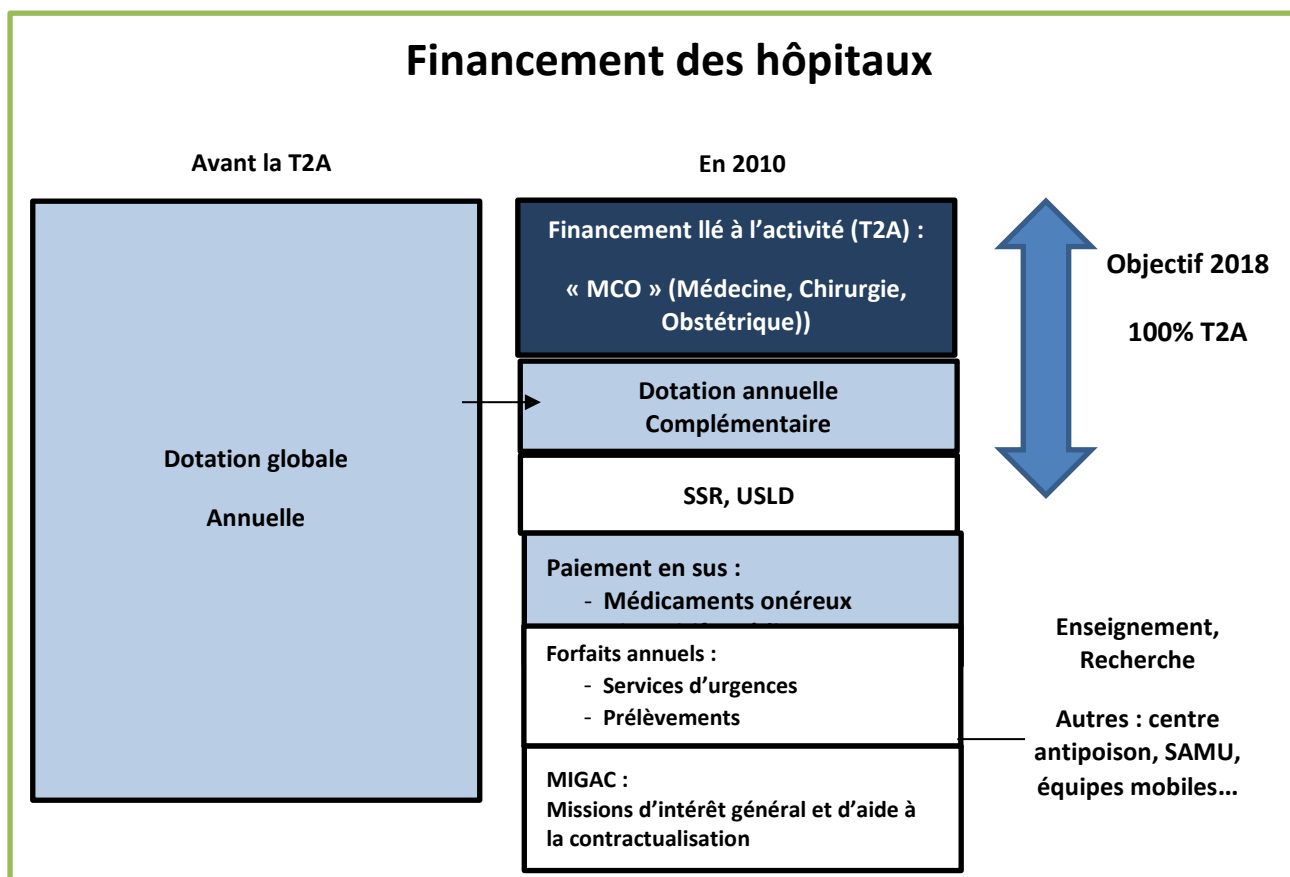
## La Tarification à l'Activité : Principe



Source : <https://slideplayer.fr/slide/508720/> consulter le 20/04/2015 à 11h.30

Ainsi le financement des hôpitaux a changé par l'application de la T2A est peut-être schématisé comme suit :

Figure 11 : financement des hôpitaux



Source : <https://slideplayer.fr/slide/508720/> consulter le 20/04/2015 à 11h.30

▪ **2009-loi HPST-** loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires « HPST », a pour ambition de réformer en profondeur l'organisation sanitaire. L'objectif affiché par le gouvernement était de « garantir pour l'avenir l'accès à des soins de qualité pour tout le territoire » et peut « mieux répondre aux besoins de santé de la population »<sup>63</sup>.

La loi HPST s'articule autour de quatre titres qu'il paraît nécessaire d'explicitier :

- **Titre 1** : Modernisation des établissements de santé ;
  - Renforcement du rôle du directeur d'établissement « plein responsabilité pour mettre en œuvre le projet d'établissement et fixer l'état des prévisions de recettes et dépenses » et du rôle du président de la CME « commission médicale d'établissement », numéro deux de l'établissement en charge de la coordination de la politique médicale.
  - Modification du statut des établissements de santé.
  - Améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

<sup>63</sup> Edouard Couty, Camille Kouchner, Anne Laude et autres, **la loi HPST**, droit & santé, presses de l'EHESS, 2012.

- **Titre 2** : accès de tous à des soins de qualité « organisation de l'offre de soins en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé ».
- **Titre 3** : prévention et santé publique « l'éducation thérapeutique des patients comme priorité nationale »
- **Titre 4** : création des Agences Régionales de santé « ARS » chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé.

La loi HPST a modifié le statut les établissements comme suit :

- Au niveau des établissements publics : la mise en place d'une catégorie unique de centre hospitalier « régional et/ou universitaire ». Les hôpitaux locaux disparaissent.
- Au niveau des établissements participant au service public hospitalier, création du label des établissements de santé privés d'intérêt collectif « ex : centre de lutte contre le cancer ».
- Le 3<sup>ème</sup> statut correspond aux établissements de santé privés à but lucratif qui ne change pas.

La réforme de l'hôpital telle qu'envisagée, privilégie une réforme de gouvernance plutôt que de poser une approche globale et cohérente. Elle envisage une triple concentration : régionale, avec la création des ARS « Agences Régionales de Santé » ; local avec la mise en place des CHT « Communautés Hospitalières de Territoire » ; interne avec le renforcement du pouvoir du directeur dans un directoire resserré et un conseil d'administration dépossédé de ses capacités de décision au profit d'une fonction de « surveillance »<sup>64</sup>.

- **2016-loi LMSS** : loi N° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé.

Introduction du paquet de cigarettes neutre et de la généralisation du tiers payant, remaniement du projet régional de santé avec la mise en place d'un schéma régional de santé unique, réintroduction de la notion de service public hospitalier, remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire<sup>65</sup>...

Un des objectifs de la loi de modernisation du système de santé « LMSS » est de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Un des outils de cette politique territoriale est la création de GHT « Groupement Hospitalier de Territoire ». Organisés autour d'établissement support, 135 GHT vont organiser l'offre de soins publique, mais aussi le maillage avec l'offre de soins de premier recours pour une population de 500 000 habitants en moyenne<sup>66</sup>. L'élaboration au sein de chaque GHT, d'un projet médical commun, la mutualisation des départements d'information médicale ou la certification conjointe des établissements d'un GHT permettant de remplacer une logique de concurrence par une logique de territoire autour d'un système hospitalier public fédéré que les autres établissements pourront, s'ils souhaitent rejoindre.

<sup>64</sup> John Libley Eurotext, **Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital ; à-propos des limites de la loi HPST**, l'information psychiatrique, 2009/2, volume 85, p117.

<sup>65</sup> Service documentation EHESP- dossier documentaire : **réformes de santé**-mis à jour le 22 février 2016.

<sup>66</sup> Haut Conseil de santé Publique, **groupements hospitaliers de territoire et santé publique : un enjeu de la loi de modernisation de notre système de santé 2016**, communiqué de presse, lundi 24 octobre 2016.

Le système de santé français a été classé comme étant le meilleur système dans le monde<sup>67</sup> ; médecine performante et à la pointe du progrès, libre choix relatif des patients et absence des files d'attente pour les opérations chirurgicales.

Mais la couverture du risque et l'accès aux soins sont fondamentalement dépendant du niveau de l'emploi. Les dépenses augmentent sans contrôle et le déficit de la sécurité sociale tend à devenir chronique. Mais la garantie pour tous à l'accès aux soins a incité à une plus grande intervention des pouvoirs publics. Une surconsommation de médicaments caractérise le système de santé français. En volume, la France est classée premier pays dans le monde du point de vue de la consommation pharmaceutique par habitant. Le vieillissement démographique, le défi de l'emploi et les tendances de l'innovation technologique figurent parmi les contraintes lourdes du système.

### **5- Analyse comparative des systèmes de santé**

Il est intéressant de souligner que tous les pays étudiés utilisent plus d'une approche. Ainsi dans certains cas, on retrouve une participation de l'usager aux dépenses pour atténuer les incitations à la consommation alors que, dans d'autres cas, les modèles volontaires continuent de côtoyer les modèles publics. Il arrive aussi que parmi les modèles obligatoires, le modèle public avec contrat cohabite avec le modèle public intégré.

On remarque que certains pays adoptent des approches innovatrices. C'est le cas du Royaume-Uni où l'on expérimente l'introduction de différentes formes de compétition inspirées du secteur privé à l'intérieur du système public afin d'assurer un certain niveau de compétition entre les pourvoyeurs de services. Aux Etats-Unis, de nouvelles formules de services intégrés sont développées afin de contrôler les coûts.

Par ailleurs, l'Allemagne n'offre pas une couverture publique universelle alors que les mieux nantis sont libres de s'assurer ou non avec le système public. Aux Etats-Unis, la grande majorité des citoyens sont couverts par le secteur privé alors qu'une importante proportion de la population n'a aucune assurance et que les moins nantis sont souvent laissés pour compte.

De plus, le système américain est de loin le plus coûteux. L'augmentation des coûts, qui a triplé entre 1960 et 1994, y est plus importante que dans les pays européens où elle n'a que doublé au cours de la même période.

Une analyse comparative des modèles de réformes des systèmes de santé a été effectuée selon des critères suivants: le niveau général de santé de la population (indicateurs QALY (*Quality adjusted life year*) et DALE (*Disability adjusted life expectancy*)), la capacité de réaction aux préférences de la population (indicateur intégré qui inclut l'accès, l'égalité, la qualité et la sécurité des soins etc.), ainsi que la protection financière proposée par le système (le niveau des dépenses totales, de l'État et privées de santé) et la productivité de ce dernier. Les résultats d'analyse sont présentés dans le tableau récapitulatif.

---

<sup>67</sup> OMS, rapport sur la santé dans le monde, 2000.

**Tableau N° 07 : Classement récapitulatif des pays selon l'efficacité de leurs systèmes de santé**

Pays	Classement de l'OMS (2000)	Classement Bloomberg (2014)	Classement Common wealth Fund (2014)	L'espérance de vie à la naissance (année)	Dépenses totales de santé (% du PIB)	Dépenses en santé par habitant (US \$ PPA)	Type de système de santé
Grande-Bretagne	18	10	1	81,5	9,4	3,647	Beveridgien
Allemagne	25	23	5	80,9	11	4,683	Bismarckien
États-Unis	37	44	11	78,7	17,2	8,895	Privé
France	1	8	9	82,6	11,8	4,690	Mixte

Source: réalisé par nos soins sur la base du rapport « Health and health systems in the Commonwealth of Independent States <sup>68</sup>»

. Selon l'analyse des données du tableau 07, l'obtention du même niveau de santé pour la population exige des pays avec un modèle de financement privé à dépenser plus de ressources par rapport aux pays avec un modèle bismarckien ou beveridgien. Ainsi, les systèmes de santé de la France ou de Grande-Bretagne sont plus efficaces alors que les Etats-Unis occupent les dernières positions avec des dépenses de santé par habitant les plus élevées dans le monde.

Dans le même temps, il est extrêmement difficile de déterminer l'avantage du modèle de financement bismarckien sur le modèle beveridgien ou l'inverse : les deux modèles sont confrontés au problème de la croissance forte des dépenses totales et essaient de les optimiser sans réduire la qualité et l'accessibilité des soins de santé

En dépit de différences des systèmes de santé, les mécanismes communs des réformes ont été relevés : mise en place du principe de libre choix du consommateur, la définition des financeurs comme les acheteurs informés des services médicaux, nouvelles formes d'interaction avec les prestataires de soins de santé.

Des résultats de la mise en place des réformes ont été assez vagues sous l'influence des conditions réelles de fonctionnement de l'économie et la situation politique dans les différents pays. L'objectif principal des réformes des pays européens et des Etats-Unis est l'augmentation de l'efficacité de la gestion, la maîtrise des dépenses, le renforcement de la responsabilité financière et de la transparence des établissements de santé et des médecins libéraux, l'amélioration de l'interaction et de la concertation entre les soins de ville, le secteur hospitalier et les professionnels de santé.

<sup>68</sup> <https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/107288273>

Tableau N° 08: Approches théoriques des réformes des système de santé

Types des systèmes	Système de financement privé	Système bismarckien (Financement par l'assurance maladie)	Système de Beveridge (Financement par l'Etat)
Modèle de réformes	Modèle de la concurrence encadrée (managed competition model)	Modèle de quasi marché concurrentiel de santé	
		Mise en place d'un marché concurrentiel régulé	Création d'un marché interne (internal market)
Principales caractéristiques	- « achat groupé des services médicaux de la part d'un grand nombre de clients » ; - transfert de responsabilité pour le choix rationnel des assureurs aux assurés eux-mêmes	- financeurs sont acheteurs informés des services médicaux ; - plus grande autonomie des prestataires des services médicaux, le renforcement de leur responsabilité financière pour les résultats de leurs activités ; - mise en place de la concurrence dans les conditions du budget défini et de la régulation par l'État ;	
Choix du consommateur	- extension du choix du consommateur informé et motivé économiquement => augmentation de l'efficacité de l'utilisation des ressources du système de santé		- « l'argent suit le patient » (la population peut choisir librement les établissements médicaux, restant « insensible » aux prix des soins) ;
Organisation et la prestation des services de santé	- l'intégration des assureurs et des fournisseurs des services médicaux aux « systèmes médicaux intégrés », ce qui facilite la manipulation du système de prestation des services de soins	-les assureurs prennent les fonctions de la planification et de l'organisation des services médicaux	- séparation des fonctions du financement et de la prestation des services médicaux ; - les acheteurs des services médicaux paient pour le résultat final (des services médicaux rendus selon les standards fixés)
Egalité d'accès aux soins et couverture	- mise en place des mesures contre la sélection des risques par les assureurs ; - procédure commune d'adhésion au régime d'assurance uniquement par l'intermédiaire de sponsor	- persistance du système des garanties de l'État ; - régulation par l'État afin de garder la solidarité de l'assurance maladie obligatoire.	- couverture universelle et accès aux services médicaux par la mise en place de la concurrence entre les établissements de santé.
Efficacité	- réduction des coûts à travers l'incitations des assureurs. Seuls les financeurs peuvent résoudre les problèmes de l'inefficacité ; - problème de l'efficacité est la transmission du signal de prix du marché de l'assurance maladie au marché de prestation des services médicaux	Facteur décisif de l'augmentation de l'efficacité est la mise en concurrence des prestataires des services médicaux (y compris la création des structures intégrées).	- augmentation de l'efficacité par la création d'un marché concurrentiel : l'interaction entre les établissements médicaux et le Service national de santé sur la base des relations de marché ; création des « marchés internes » afin de réguler la prestation des services médicaux.
Rôle de l'Etat	Garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - préservation des caractéristiques principales de l'assurance maladie volontaire ; - collecte des informations sur la qualité des soins et standardisation d'ensemble des services médicaux fournis par les programmes d'assurance	- rôle crucial des intermédiaires d'assurance qui sont en concurrence et qui opèrent dans le système de l'assurance maladie obligatoire - l'État régule la prestation d'ensemble minimal des services médicaux et la fixation des normes de qualité ; division des risques financiers des assureurs ; démonopolisation du marché de l'assurance maladie	- garantie d'une protection sociale de base indépendamment de la solvabilité de la personne ou de son état de santé ; - Service national de santé refuse de représenter les intérêts des établissements médicaux et devient un acheteur des services médicaux qui agit dans l'intérêt public ; - préservation d'une régulation étatique forte du financement du système de prestation des soins

Source : Oganesyanyan. Ani, **op.cit**, p39.



L'analyse comparative des trois principaux types de systèmes de santé a montré une convergence des systèmes. Ainsi, la base des réformes du modèle bismarckien et du modèle de Beveridge sont les mécanismes du modèle du « *Managed care* » (Kongstvedt, 1995) élaboré pour le système de santé des États-Unis. Cependant, les réformes du modèle de financement privé des États-Unis, outre l'introduction des mécanismes de marché, comprennent aussi l'extension de la couverture d'assurance maladie et l'amélioration de l'accès aux soins de santé pour toute la population (couverture universelle) mais aussi la régulation des tarifs des programmes d'assurance et la gestion de leurs contenus (services médicaux proposés). Ainsi, le système de santé des États-Unis (financement privé) se rapproche des systèmes de santé des pays européens où l'État joue un rôle majeur dans la régulation.

Comme chaque système s'inscrit dans un contexte social, institutionnel et politique qui lui est propre. Les approches utilisées diffèrent à bien des égards. Il est cependant difficile de déterminer si une approche donne des résultats supérieurs aux autres. Par ailleurs, une comparaison entre les coûts de santé et l'espérance de vie des citoyens permet de croire que l'importance des dépenses en santé n'influence pas de façon significative la santé.

L'analyse fait aussi ressortir de multiples expériences en émergence aussi bien pour assurer un maintien des coûts à un niveau raisonnable que pour garantir des soins de qualité. Même si plusieurs de ces expériences sont susceptibles d'être de courte durée, elles démontrent que les systèmes et les programmes doivent s'ajuster aux nouvelles réalités.

Les ajustements apportés à certains systèmes de santé sont caractérisés par une importance de plus en plus prédominante de l'approche contractuelle entre le pourvoyeur et l'assureur. A ce niveau, si certains pays ont une longueur d'avance, la mesure de l'impact ne sera possible qu'après plusieurs années d'application et d'un suivi bien coordonné.

## **Conclusion**

Dans tous les pays développés la maîtrise des dépenses et la régulation du système de santé se trouve au centre du débat et constitue une des principales préoccupations des pouvoirs publics. La croissance de ces dépenses a imposé la mise en œuvre de réformes en vue d'une meilleure adéquation par rapport aux ressources de la collectivité, sans pour autant que l'organisation même du système de santé ne reçoive l'intérêt qu'elle mérite dans le cadre de ces réformes.

L'optimisation des ressources est devenue aujourd'hui l'un des objectifs principaux dans le pilotage de tout système de santé. Les prestataires de soins hospitaliers sont confrontés alors à la prise en compte des contraintes de la maîtrise des coûts, de l'efficacité et de la qualité des soins avec une plus grande transparence, et au souci de donner satisfaction à des usagers de plus en plus informés sur la médecine et conscients de leurs droits : en un mot leur responsabilité aujourd'hui n'est plus ce qu'elle était.

Le problème du financement des systèmes de santé dans les pays développés relève par ailleurs de facteurs démographiques structurels qui provoquent un effet ciseau : un prolongement de l'espérance de vie et chute de la natalité. La croissance des dépenses est elle aussi stimulée par le privilège accorder aux soins lucratifs conférés par une médecine techniciste, déconnectée des facteurs socio-économiques pathogènes dans un contexte d'incohérence des systèmes où s'affrontent les logiques divergentes de divers acteurs.

## **Chapitre II**

# **Principes et fondements du management hospitalier**

A l'origine organisation de type missionnaire, l'hôpital est devenu au cours du siècle dernier, un système bureaucratique lourd, peu innovant et non efficient. Sommé d'assurer des mutations importantes, dans sa gestion, son organisation et sa gouvernance en intégrant des méthodes managériales issues de l'entreprise privée, soigner correctement les patients, ne peut se faire que si l'hôpital est correctement géré avec des outils de gestion solides et fiables qui permettent aux directions d'avoir une lecture accessible et claire des situations.

En ce qui concerne l'Algérie, l'hôpital constitue un élément clé du système de santé, mais qui est considéré comme l'une des organisations les plus complexes. La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels il est soumis et la diversité des missions et d'objectifs qu'il doit atteindre font de la gouvernance de l'hôpital une problématique assez complexe.

A la différence du management des entreprises, le management des organisations de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de statut, de modalité de gestion et de structures juridiques. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont complexes.

Le management des établissements hospitaliers réclame aujourd'hui une confrontation permanente à l'incertitude et au changement. Cela doit s'accompagner nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et de la mise en œuvre des divers instruments de management. La maîtrise de la production des soins devient un problème managérial et l'adoption de nouvelles méthodes et pratiques constitue un nouveau défi pour le management.

Dans ce chapitre, nous allons alimenter notre étude ; dans un premier temps, chercher à approfondir des concepts clés autour de l'organisation hospitalière, d'aborder le modèle organisationnel utilisé concernant ces organisations, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, évoquer les caractéristiques et spécificités de ces organisations. Pour ce qui concerne la notion de management, notre enjeu majeur est de spécifier ce que recouvre la notion de nouveau management public à l'hôpital, ses finalités, ses forces, mais aussi ses limites.

Le terme de gouvernance est à la fois un mot récent qui est courant habituel dans les propos des dirigeants et managers hospitaliers. Nous étudierons différentes définitions pour déterminer celle qui nous semble approcher le sens souhaité pour notre travail, à savoir une volontaire orientation vers la question de la posture managériale et non vers les dimensions juridico-financières ou les méthodes et outils managériaux.

## **Section I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière**

L'hôpital n'est pas une organisation comme une autre structure à buts et à acteurs multiples, inscrite dans un environnement spécifique. C'est une organisation que l'on peut qualifier de « professionnelle » et qui, de ce fait, connaît des particularités de fonctionnement. L'un des modèles organisationnels le plus souvent utilisé dans la littérature pour appréhender ces organisations est celui de la bureaucratie professionnelle développée par MINTZBERG « 1982 ». Dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle.

Ce modèle est insuffisant pour rendre compte de la réalité de cette organisation du fait des évolutions et craintes auxquelles elle est confrontée. Ainsi, toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement.

A travers cette section, nous allons aborder le modèle organisationnel utilisé, concernant les organisations hospitalières, en l'occurrence la bureaucratie professionnelle, ses évolutions et ses limites, et évoquer les caractéristiques et spécificités de ces organisations.

### **1- Le modèle de la bureaucratie professionnelle :**

L'analyse proposée par H. Mintzberg, découlant d'autres travaux analysant les différents acteurs de l'hôpital « Freidson 1984, Harris 1977, Huard 1977, Young et saltman 1985, Pauly et redish 1973, Pauly 1980, Evans 1984 ». Pour lui, les organisations sont toutes constituées de cinq parties à partir de l'importance relative desquelles il identifie cinq types d'organisation. Les cinq parties constitutives de l'organisation sont : le centre opérationnel, le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, la technostructure et les fonctionnels de support logistique.

Selon Mintzberg, l'hôpital constitue une bureaucratie professionnelle au même titre que les universités, les cabinets d'expertise-comptable, les organismes d'action sociale, les sociétés d'engineering... etc. La partie clé de l'organisation est le centre opérationnel dont les opérateurs disposent du pouvoir central. Dans ce type de configuration où la spécialisation horizontale est importante et où le regroupement en unités se fait par fonction, la planification et le contrôle sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative<sup>1</sup>.

Sur ce schéma type de l'organisation, dessiné par Mintzberg, le socle est formé par le centre opérationnel qui réunit les agents chargés de l'activité constitutive de l'organisation. Au-dessus du centre opérationnel se trouve la partie administrative de l'organisation : en haut le sommet stratégique qui rassemble les managers « membres et président du conseil d'administration, comité directeur » et leurs assistants. En dessous, la ligne hiérarchique opérationnelle « directeurs, responsables régionaux, chefs de services ». À gauche, se situe la technostructure constituée selon Mintzberg, des « analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son environnement.

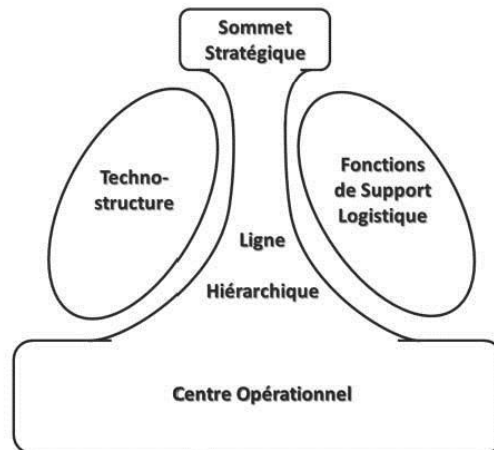
---

<sup>1</sup> Makhoulfi.I et al, « analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire cheikh Zaid », santé publique, 2012/6, vol 24, P 578.

La technostructure regroupe différents services : planification, stratégique, comptabilité, contrôle, formation, recherche opérationnelle, ordonnancement de la production, méthodes, etc.

A droite de la ligne hiérarchique, se trouve le groupe des fonctions de support logistique « conseil juridique, relations publiques, relations sociales, recherche et développement, tarification, paie », également dénommées fonctions supports.

**Figure N°01 : Les cinq parties de base de l'organisation selon Mintzberg.**



Source : Mintzberg.H, **structure et dynamiques des organisations**, Editions d'organisation, paris,1982, p37.

Le point le plus important est que pour coordonner ses activités, la bureaucratie professionnelle s'appuie sur la standardisation des qualifications et sur le paramètre de conception qui y correspond, la formation et la socialisation. Elle recrute des spécialistes dument formés et socialisés, des professionnels pour son centre opérationnel, et leur laisse latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail<sup>2</sup>. Le travail des opérateurs est donc spécialisé dans la dimension horizontale mais élargie dans la dimension verticale. Ces professionnels agissent de façon indépendante du reste des acteurs, et ont une autonomie.

Les principaux paramètres de conception de la bureaucratie professionnelle sont la formation et la socialisation, où la formation initiale est menée à l'extérieur de l'organisation, mais cela ne s'arrête pas là. Vient ensuite une longue période d'apprentissage comme l'internat pour les médecins ? par exemple, consacrée à l'application pratique des connaissances acquises lors de la formation initiale, mais aussi à la poursuite de la socialisation, de l'apprentissage des normes de la profession.

L'autorité découle du pouvoir de la compétence. Le professionnel, qui contrôle son propre travail, agit de façon relativement indépendante de ses collègues mais reste proche de ses clients (patients).

Le pouvoir du professionnel a deux origines : d'abord son travail est trop complexe pour pouvoir être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes, mais de plus, ses services sont la plupart du temps très demandés. Cette dernière caractéristique donne

<sup>2</sup> Mintzberg.H, op.cit, P310-311.

au professionnel une mobilité qui lui permet d'exiger une autonomie considérable dans son travail. Le professionnel tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique<sup>3</sup>. C'est le cas pour les médecins hospitaliers.

Dans les B.P, il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels qui va de bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique qui va du haut vers le bas et qui a nature d'une bureaucratie mécaniste.

Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise où il oblige à refléter les niveaux d'expertise et d'expérience professionnelle. Pour la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut son liés à la fonction. Il s'agit donc de deux approches de travail où l'une oriente les professionnels vers le service. Pour l'autre, l'orientation bureaucratique est vers le respect des procédures qui sont situées à l'opposé l'une et l'autre et que leur présence conjointe crée souvent des conflits dans les organisations.

Les stratégies de la B.P sont pour une large part celles des professionnels pris individuellement dans l'organisation ainsi que celles des associations professionnelles externes. Les stratégies des B.P représentent l'effet cumulé au fil du temps des initiatives stratégiques que les membres ont réussi à amener l'organisation à entreprendre. Par exemple : acheter un nouvel équipement dans un hôpital.

## **2 -L'hôpital une bureaucratie professionnelle**

L'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle composé d'un sommet stratégique qui est la direction générale de l'organisation d'une ligne hiérarchique composée de cadres, d'un centre opérationnel comprenant les acteurs produisant le produit ou fournissant le service tel que les médecins et le personnel infirmier dans un hôpital, une technostucture où l'on trouve les spécialistes qui s'occupent de la conception et de l'exploitation des systèmes de planification et de contrôle et, enfin, les fonctions de support logistique qui fournissent un support indirect aux opérateurs et au reste de l'organisation<sup>4</sup>.

### **2-1 Caractéristiques de l'organisation hospitalière**

L'ouvrage d'Henri Mintzberg, « structure et dynamique des organisation », retrace de manière fiable les spécificités de l'organisation des hôpitaux dans le chapitre consacré à la « bureaucratie professionnelle », la description rigoureuse qu'il fait de l'organisation sous forme de « configuration structurelle » admet de concevoir les aspects spécifiques de l'organisation hospitalière. Elle se définit ainsi :

- Un top stratégique représente à l'hôpital par le groupe de direction ;
- Un centre opérationnel qui réunit les responsables de l'exécution des missions indispensables de l'organisation « les unités de soins, les médecins et les soignants » ;
- Un niveau hiérarchique, médiateur entre le sommet et la base, représenté par l'encadrement ;

---

<sup>3</sup> Perrow, "hospitals, technology, structure, and goals", in J.g. March Edition, handbook of organizations, chapter22, P959.

<sup>4</sup> Steudler.F, « le management hospitalier de demain : approche sociologique », revue hospitalière de France, N° 497-Mars-Avril, 2004, P49.

-Des directions fonctionnelles se vouant particulièrement à la dimension économique de l'organisation ;

- Une logistique à savoir la cuisine, la buanderie, le transport. Ces services allégeant le centre opérationnel des tâches considérées comme secondaires au regard de la mission fondamentale de l'établissement, lui accordant de mieux se focaliser sur celle-ci.

Ainsi, dans cette approche, l'organisation hospitalière constitue une bureaucratie professionnelle avec les caractéristiques suivantes :

- Le mécanisme de coordination principal est la standardisation des qualifications, la partie clé de l'organisation est le centre opérationnel, les principaux paramètres de conception sont la formation et la socialisation, la spécialisation horizontale du travail, la décentralisation horizontale et verticale<sup>5</sup>.

- Les mécanismes de coordination formels au sein de l'organisation hospitalière ne sont pas nombreux en raison de la primauté donnée à deux mécanismes de coordination : l'ajustement mutuel entre individus et la standardisation des qualifications. Le rôle de chacun d'eux est fondamental pour comprendre la dynamique de l'organisation de l'hôpital<sup>6</sup>.

L'ajustement mutuel permet la coordination du travail par simple communication informelle qui se développe entre les opérateurs, alors que le second mécanisme de coordination, qui est la standardisation des qualifications, est obtenue principalement par deux moyens : la formation et la socialisation.

Concernant la technostructure, l'organisation hospitalière se caractérise par la faiblesse et la petitesse de cette dernière, d'autant pas qu'elle est remarquable par sa légèreté. Elle se consacre essentiellement à la dimension économique de l'organisation. Par contre la logistique a pris de l'importance vu l'accroissement et la complexité des technologies hospitalières qui ont généré de nouvelles fonctions logistiques à savoir : l'imagerie médicale, les plateaux techniques, la maintenance biomédicale et informatique.

Pour le sommet stratégique de l'organisation hospitalière, il assure les relations de l'organisations avec son environnement réglementaire et financier. Le poste de direction cristallise toutes les ambiguïtés de l'organisation. La position statutaire elle-même, nommée par le Ministre de la santé et responsable de sa gestion devant le conseil d'administration, en est l'illustration. Le directeur joue donc le rôle délicat d'interface, contournée par fois, entre le centre opérationnel et la tutelle. Sa légitimité est traditionnellement issue de sa capacité à préserver le centre opérationnel des perturbations issues de la tutelle.

Par ailleurs, l'organisation hospitalière se caractérise par l'absence de la ligne hiérarchique qui est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur de l'hôpital n'a ni les possibilités ni les compétences pour diriger directement les chefs des différents services médicaux. L'action du directeur sur les services passe par l'administration directe des services fonctionnels et de la technostructure, et, d'autre part, à travers une instance de concertation, notamment la commission médicale d'établissement « CME » pour les relations avec le centre opérationnel. Cette commission se compose d'un

---

<sup>5</sup> Nobre.T, « **l'Hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du cout des dysfonctionnements** », 20eme congres de l'AFC, mai 1999, France, P2.

<sup>6</sup> Cremadez.M, Grateau.F, **le management stratégique hospitaliers**, 2<sup>eme</sup> Edition Masson, Paris, 1992, P19



certain nombre du corps médical et elle est présidée par l'un des leurs. Par contre, il se trouve un niveau direction-logistique ainsi qu'un niveau direction-soignants. De même, qu'il se trouve une hiérarchie fonctionnelle entre médecins chefs de service et les personnels.

## 2-2 Particularités de l'organisation hospitalière

Le domaine de l'organisation hospitalière met en valeur les particularités suivantes :

- **Une organisation très spécialisée** : l'hôpital est composé d'un grand nombre de professionnels spécialistes, chacun dans leur domaine, depuis le directeur et le médecin jusqu'à l'agent hospitalier et le cuisinier, en passant par le pharmacien, le personnel médico-technique et l'ingénieur. En effet, la multiplicité de ces professionnels et des spécialisations les rend de plus en plus dépendants les uns des autres pour accomplir leur travail, ce qui accroît la complexité du travail et rend plus difficile la coordination entre tous ces professionnels.

- **Une organisation diversifiée** : l'hôpital est caractérisé par une diversification des métiers et des compétences, ce qui engendre également une diversification des problèmes à résoudre et des modes de relations mis en œuvre par les différents acteurs, entre autres le cloisonnement entre les catégories d'acteurs, la rétention de l'information et l'absence de communication.

- **Une organisation hiérarchisée** : l'hôpital est une organisation qui est marquée par une grande distance hiérarchique entre les divers catégories et statuts. Il s'agit d'une structure qui reste très hiérarchisée et cloisonnée.

- **Une division du travail particulière** : la division des tâches au sein de l'hôpital est particulière, le corps médical joue un rôle considérable et détient une autonomie professionnelle très forte.

- **Une répartition de pouvoir dichotomique** : l'organisation hospitalière est caractérisée par une sorte de répartition des pouvoirs dichotomiques ; d'un côté l'administration avec son poids, ses règles de fonctionnement et ses critères de gestion, de l'autre côté, le corps médical, avec sa hiérarchie et son mode de comportement libéral. Ce corps médical est relativement peu impliqué dans la gestion hospitalière et ne participe à l'administration en grande partie que de façon consultative.

- **La différenciation** : la différenciation dans la plupart des hôpitaux se trouve sous plusieurs formes dont les principales sont les suivantes<sup>7</sup> :

- **La différenciation administration/médical** : deux modes adversaires, elle oppose l'univers professionnel, celui des services, qui cherchent des objectifs particulièrement qualitatifs, constitué de personnels et de patients, à un mode administratif aux objectifs de nature quantitative et économique, avec des soucis basés sur les relations avec l'administration au sens large, comme la tutelle.

De plus, ces deux modes ont une conception divergente de l'environnement. Ainsi les médecins gèrent de façon autonome leurs rapports avec les patients et les professionnels de santé extérieur. Alors que les directeurs, dans leurs relations avec la tutelle administrative et politique, les organismes de financement, sont liés par des impératifs réglementaires mais aussi par le devenir de l'institution.

---

<sup>7</sup> Ghriissi.L, **le management des ressources humaines dans l'hôpital public ; cas : chu d'Oran**, thèse de doctorat en sciences commerciales, université d'Oran, année 2011/2012, P131.

Cette différenciation forte est très défavorable à l'hôpital car elle ne permet pas l'unicité de l'institution et l'élaboration d'une stratégie globale, et provoque des dysfonctionnements quotidiens.

- *La différenciation logistique/ centre opérationnel* : les activités logistiques dépendent du mode administratif et poursuivent des objectifs de rentabilité ou de moindre coût. Le centre opérationnel, constitué de médecins, poursuit, quant à lui, des objectifs qualitatifs et la maîtrise des coûts n'est pas leur souci principal.

- *La différenciation au sein du centre opérationnel* : la différenciation entre le corps médical et non médical n'est pas secondaire. Si celle-ci est moins explicite au sein de chaque service en rapport des nécessités d'interaction, entre médecins et paramédicaux, liés aux besoins des patients aux pathologies et aux traitements, elle est plus explicite dans le cadre de l'établissement de la politique générale de l'hôpital. En cas de complications ou d'incertitudes, des luttes de pouvoir et des luttes idéologique peuvent apparaître. Au contraire du corps médical, le corps paramédical est géré de manière centralisée et hiérarchisée.

La différenciation soutient les obstacles naturels à la communication. Plus une organisation sera différenciée, plus il sera difficile de faire coopérer les services entre eux. Effectivement, tout service aura orientation à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa connaissance des exigences du milieu de l'hôpital.

- *Une intégration insuffisante* : afin de réduire les effets néfastes d'un très grand degré de différenciation, l'hôpital met en place des modalités d'intégration qui ont été énumérées par CREMADEZ<sup>8</sup>.

- *L'intégration par des ajustements mutuels* : c'est le mode d'intégration le plus fréquent au sein du centre opérationnel. La difficulté réside dans le fait que rien n'est formalisé et qu'ainsi aucune stratégie sur le long terme n'est envisageable. Les comités et les commissions permettent aussi cette intégration en favorisant le dialogue entre les acteurs de l'organisation, mais cela reste insuffisant pour contre balancer le poids de la différenciation à l'hôpital.

L'organisation de l'hôpital subit donc plusieurs forces centrifuges qui mettent en péril ces projets voire même sa stratégie.

- *Des décisions et une stratégie réactive* : à l'hôpital, les décisions prises ne sont que le résultat d'une coalition précaire car les différenciations entre acteurs et en particulier entre médecins et directeurs, ne permettent pas d'élaborer des décisions en fonction d'une stratégie établie, la décision n'étant que le produit d'un équilibre momentané des forces en présence. Le directeur général, qui a ce pouvoir de décision, recherche avant tout un consensus à court terme afin de satisfaire les tutelles et le centre opérationnel. C'est une attitude réactive et non réflexive qui met en péril la cohésion globale de l'hôpital.

- *Un processus stratégique de type « émergent »* : la stratégie de l'organisation hospitalière n'est pas voulue, elle est le fruit de décisions, d'allocations des ressources qui ont un but plus opérationnel que stratégique. La stratégie est dépréciée au profit d'une politique faite d'ajustement quotidiens et non d'une prospection sur le long terme.

---

<sup>8</sup> Cremadez.M, Grateau.F, OP.CIT, p 21.

### 3- Problèmes de la bureaucratie professionnelle :

Le modèle organisationnel « bureaucratie professionnelle » s'appuie sur une représentation de l'hôpital comme une organisation dans laquelle interviennent deux acteurs principaux : le corps médical et la direction de l'établissement. Ces acteurs disposent de compétences et de zone de pouvoir spécifique. Mais, selon ce modèle, la répartition du pouvoir entre eux est inégale, car concernant des activités de natures différentes. Or, que l'on examine la complexité des tâches réalisées, le statut des individus qui les effectuent ou l'importance sociale de l'activité, toutes ces caractéristiques tendent à conférer au corps médical un pouvoir d'influence plus fort par rapport au directeur et au gestionnaire de l'hôpital. L'activité médicale est plus urgente, moins routinière et moins contrôlables. L'autonomie du médecin par rapport à l'institution hospitalière est plus grande, et son pouvoir de décision dépend moins de sa position dans la hiérarchie hospitalière que dans son appartenance à la profession médicale<sup>9</sup>.

Mais dans ces mêmes caractéristiques de démocratie et d'autonomie résident les problèmes majeurs de la bureaucratie professionnelle car il n'y a, en dehors de la profession, pratiquement aucun contrôle sur le travail, aucun moyen de corriger les déficiences sur lesquelles les professionnels, eux-mêmes, choisissent de fermer les yeux. Ils ont tendance à négliger les problèmes essentiels de coordination, de contrôle et d'innovation qui surgissent dans ces structures.

La bureaucratie professionnelle est une forme de structuration de l'activité, caractérisée par une séparation tranchée entre professionnels et non professionnels qui ont une vision radicalement différente de l'organisation où ils travaillent. L'hôpital est donc une structure au sein duquel la haute qualification des opérations est structurellement en conflit avec le pôle administratif lui-même, encadré par les règles contraignantes de l'autorité publique. Quant aux budgets et au financement des soins de santé, les exigences de rigueur dans la gestion sont en permanence en conflit avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement technique et professionnel<sup>10</sup>.

On peut résumer les principaux problèmes de la bureaucratie professionnelle comme suit :

➤ **Les problèmes de coordination** : la standardisation des qualifications est considérée comme le seul moyen de coordination au sein de la bureaucratie professionnelle. Mais ce mécanisme de coordination est peu puissant et ne permet pas de régler tous les problèmes qui surgissent dans cette configuration structurelle.

Il y'a d'abord le besoin de coordination entre le professionnel et les fonctionnels de support logistique. Pour le professionnel, la question est simple : c'est lui qui donne les ordres, mais ceci met les fonctionnels dans une situation difficile car ils reçoivent les ordres à la fois par leur hiérarchie mais aussi par les opérateurs<sup>11</sup>. Il existe aussi des problèmes de coordination plus sérieux entre les professionnels eux-mêmes où le processus de classement concernant, par

---

<sup>9</sup> Contandrio poulos, André-pierre, **l'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins**, Euronext, Montrouge, 1996, p8.

<sup>10</sup> Holcman.R, **l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital**, thèse de doctorat, soutenue à l'université paris dauphine, 2008, P50.

<sup>11</sup> Mintzberg.H, op.cit., p328.

exemple, les programmes standards, apparaît comme la source d'un grand nombre de conflits dans cette organisation.

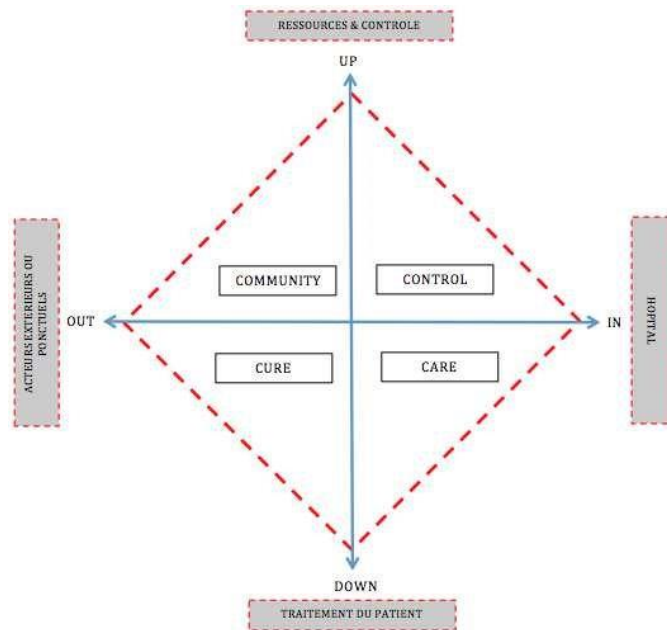
➤ **Les problèmes de contrôles** : dans ce type de structure, la supervision du travail des professionnels est difficile en raison de leurs pouvoirs, savoirs et autonomie. La bureaucratie professionnelle est donc peu puissante face aux professionnels. L'autonomie permet non seulement d'ignorer les besoins des patients, mais aussi ceux de l'organisation. Pour les professionnels l'organisation est presque accessoire ; ils la considèrent comme une structure ou un endroit commode dans lequel ils exercent leurs professions et ne la considèrent pas comme faisant partie d'une équipe, et sont loyaux vis-à-vis de la profession, mais pas vers l'organisation. La coopération entre les acteurs au sein de cette structure est cruciale pour le fonctionnement de l'organisation.

➤ **Les problèmes d'innovation** : dans la bureaucratie professionnelle, les innovations majeures dépendent aussi de la coopération. Les programmes existants peuvent être perfectionnés par des spécialistes individuels, mais ceux qui sont nouveaux nécessitent aussi des efforts interdisciplinaires et une modification du processus de classement. Par conséquent, la résistance des professionnels à coopérer se traduit par des problèmes d'innovation.

L'origine des problèmes d'innovation dans la bureaucratie professionnelle revient à la façon de raisonnement déductif utilisée par les professionnels, celle qui les conduit à forcer les problèmes nouveaux, à entrer dans les anciennes catégories. A cause de l'autonomie des opérateurs et du pouvoir de la base dans les décisions, le pouvoir de changer la stratégie est diffus, où tout le monde doit être d'accord sur le changement. Un environnement dynamique exige des changements, de nouvelles compétences, un nouveau mode de classement et des efforts de coopération de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Toutefois, le modèle de la bureaucratie professionnelle n'a plus été appliqué à l'hôpital par ses acteurs que par H. Mintzberg lui-même. Ce dernier a proposé un cadre conceptuel reposant sur les « quatre mondes » ou « quatre C », (Cure, Care, Control and Community), dont nous présentons ci-dessous une version adaptée « figure N°02 ».

**Figure 02 : les quatre mondes différenciés de l'organisation hospitalière adaptée de Glou Berman et Mintzberg « 2001 »**



**Source :** Alain George, Michel Mannarini. « **L'hôpital, un système organise de territoires et de processus oriente performance et contrôle** ». Comptabilité sans Frontières. The French Connection, Canada, May 2013, P7.

La communauté, avec son exigence de se raccrocher à l'organisation représente le monde des administrateurs, un monde communautaire avec son conseil d'administration qui surplombe l'organisation et qui cherche à s'ancrer et à étendre son influence par un réseau de relations. Le monde du « contrôle » et son exigence de contraindre est celui des administratifs « les gestionnaires » avec ses composantes hiérarchiques qui tend à exercer et renforcer son autorité de contrôle. Le monde de la guérison est celui des « professionnels médicaux », des médecins qui interviennent pour guérir et qui ont besoins de s'investir pleinement dans les actes qu'ils réalisent et prodiguent. Leur engagement et avant tout une production de soins<sup>12</sup>. Enfin, le monde des « soins » est celui du personnel soignant, qui prodigue les soins. Il est caractérisé par un enchaînement des tâches et marqué par une exigence perpétuelle de coordination.

Nous pouvons identifier ces quatre mondes en nous appuyons sur deux notions : les typologies de management/allocation de ressources et contrôle « in, out, up, down » et les territoires. « Un territoire est un ensemble de processus identifiables à un métier : une typologie de processus, un degré de contact logistique, un degré de contact patient ; à des acteurs ; une culture, une logique d'acteurs et des facteurs de profit <sup>13</sup> ».

Certains acteurs opèrent un management par le bas « DOWN », directement au niveau du centre opérationnel focalisé sur le traitement des patients. En termes d'objectifs, il est orienté patient, c'est-à-dire l'opérationnalité du traitement. D'autres opèrent un management par le haut « UP » à l'instar de ceux qui contrôlent et fondent les tutelles « agences de l'Etat, compagnies

<sup>12</sup> Vinot.D, **le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation**, thèses de doctorat en science de gestion, université Jean Moulin, lyon3, 1999, P 203.

<sup>13</sup> George.A, Mannarini.M, op.cit, P06.

d'assurances ». Il a donc pour objectifs la satisfaction de la tutelle. Il s'agit là d'une dimension verticale du management<sup>14</sup>.

Pour le management horizontal, le management « IN » consomme les ressources allouées et opère le contrôle. Nous parlons ici des unités et des personnels de soins, mais aussi le contrôleur de gestion. Nous sommes donc tournés vers l'intérieur de l'hôpital. Par contre le management « OUT » répond aux exigences des acteurs externes et des acteurs ponctuels « tutelle, assurances, médecins, etc. » en attente de résultat. Dans ce cas le contrôle est externe à l'hôpital.

Rassemblons ces quatre types de management et nous obtenons, les quatre « quadrants » des activités de l'hôpital en référence aux quatre mondes évoqués précédemment, Cure, Care, Control et Community, se déclinent selon leur position et leur orientations managériales : les médecins se trouvent « cliniquement », vers le patient « DOWN » mais agissent « administrativement » vers l'extérieur « out » ; les soignants regardent vers les patients « Down » mais se situent à l'intérieur « In » ; les managers restent à l'intérieur « In », mais sont contraints de se tourner vers le haut « up » ; les autorités de tutelle se trouvent à l'extérieur « out » et s'orientent vers le haut « up »<sup>15</sup>. La dimension « up » caractérise, à la fois les ressources et le contrôle de leur utilisation, alors que la dimension « down » s'identifie au patient. « In » pour les agents sous le contrôle clair de l'institution. « Out » pour les acteurs impliqués dans l'activité mais extérieur à l'institution.

L'hôpital n'est donc pas une seule organisation mais quatre, chaque partie se structure elle-même de manière indépendante, ce qui rend sa gestion difficile, vu l'association de différentes divisions en termes d'organisation, d'attitude, d'état d'esprit de culture et d'objectifs. Ces divisions jouent donc le rôle de frontières au sein desquelles le management perd de sa complexité mais qui, a contrario, complexifie la dynamique de cohésion et de performance du système.

#### **4- L'approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle :**

Nobre.T propose dans ses travaux concernant le management hospitalier un approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle. Cet approfondissement appliqué à l'organisation que constitue l'hôpital nécessite la prise en compte d'éléments constitutifs du modèle théorique qui ont été insuffisamment pris en compte dans le modèle initial dont les évolutions viennent remettre en cause les postulats initiaux. Deux éléments plaident pour un approfondissement du modèle de Mintzberg. Le premier est inhérent aux caractéristiques propres du modèle, l'autre découle de l'évolution de l'environnement de l'hôpital<sup>16</sup>.

L'hôpital offre la particularité du rôle très important joué par le personnel soignant qui constitue un véritable prolongement du corps médical. La notion du centre opérationnel semble trop restrictive du fait que le personnel soignant « infirmier et cadres » apparaît transparent dans le modèle. Par ailleurs, le mécanisme de l'ajustement mutuel dans l'hôpital ne considère que le

---

<sup>14</sup> George.A, Mannarini.M, op.cit, P06.

<sup>15</sup> Idem, P 07.

<sup>16</sup> Nobre.T, op.cit, P13.

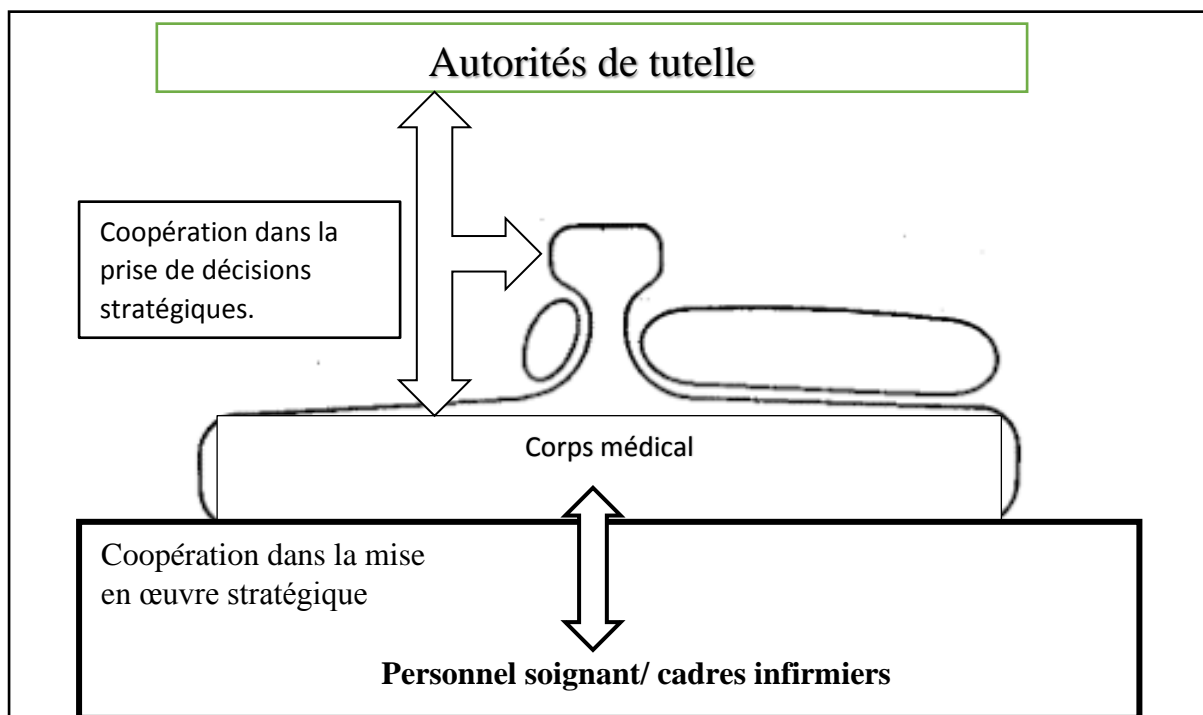
corps médical alors qu'une grande partie des tâches consommatrices de ressources sont effectuées par d'autres catégories d'acteurs.

Le second élément qui plaide pour un approfondissement est l'évolution de l'activité et de l'environnement hospitalier. L'activité hospitalière doit être définie et relativisée en fonction des facteurs de contingence définis dans le modèle théorique, principalement l'environnement « complexe et stable » et les systèmes techniques non sophistiqués. Si l'environnement est toujours aussi complexe, il s'avère que la stabilité n'est pas toujours aussi forte.

Les évolutions et les modifications structurelles « suppression de certains lits, l'introduction de nouveaux services et de nouvelles spécialités médicales... » constituent des menaces. Toutes ces évolutions nécessitent une coopération grandissante entre les différentes spécialités et entre les différents acteurs.

Ce constat, a conduit Nobre.T à approfondir le modèle de Mintzberg en proposant une partie un schéma « figure 03 » dans lequel le centre opérationnel comprend une partie sous-estimée, à savoir les cadres infirmiers qui jouent un rôle important dans le fonctionnement courant alors qui est notoirement passé sous-silence. Ainsi, il s'agit pour l'hôpital de passer d'une bureaucratie professionnelle à tendance despotique contrariée à une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée. L'objectif est d'instaurer une meilleure coopération entre les acteurs permettant de produire des solutions organisationnelles adaptées.

**Figure N°03 : vers une bureaucratie professionnelle coopérative et éclairée**



**Source :** Nobre.T, op.cit, p 16.

Stole « 1979 » a proposé l'idée d'un compromis entre médecins et administrateurs hospitaliers comme manière de résoudre la fragmentation traditionnelle typique des bureaucraties professionnelles. Il s'agit d'un compromis qui implique, d'une part, la bureaucratisation simultanée de la profession médicale et d'autre part la professionnalisation

de la gestion<sup>17</sup>. Un tel compromis est nécessaire pour effectuer la gestion des professionnels, mais les outils de gouvernances sont aussi des moyens pour rapprocher les deux cultures.

Le cadre hospitalier devient alors difficile à circonscrire car cohabitent avec plusieurs formes d'organisations du champ bureaucratique, avec des règles fixées par l'autorité extérieure « le Ministère de la santé, les ordres professionnels, les instituts de formation », des règles élaborées de manière collégiale ( entre différentes corporations médicales et membre de la même corporation ) et des règles imposées sous peine de sanctions par la direction de l'hôpital et les autres structures de gestion.

Après avoir abordé le modèle organisationnel utilisé pour appréhender l'organisation hospitalière, en l'occurrence « la bureaucratie professionnelle », nous avons conclu que ce modèle est insuffisant pour rendre compte de l'ensemble des logiques mises en œuvre dans l'hôpital, puisque ce dernier n'est pas seulement un ensemble d'activités juxtaposées générant chacune leurs propres contraintes, car il peut être vu comme un lieu de pouvoir et de différenciation.

L'hôpital est une organisation caractérisée par des activités bien différenciées (de soins et techno-administratives) coopérant ensemble (parfois difficilement) et possédant des règles de fonctionnement aussi bien formelles qu'informelles (les stratégies d'acteurs sont nombreuses et fortes).<sup>18</sup>

Dans ce contexte, le management devient un outil stratégique pour le fonctionnement correct de l'hôpital, car il a contribué à son développement. Nous allons dans la deuxième section toucher à tous les aspects relatifs au nouveau management public au management hospitalier et à leurs rôles de facteurs-clés de tout système de soins ou de santé.

---

<sup>17</sup> Sanogo.M, **Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalière en émergence au Mali**, thèse de doctorat en santé publique, université de Montréal, 2012, P37.

<sup>18</sup> Chougrani.S et al, « **Evaluation du système d'information hospitalier de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran** », santé publique 2013/5 (vol.25), p618.



## **Section II : Le management dans les établissements publics de santé : introduction du nouveau management public.**

Après avoir présenté un bref historique sur les travaux de Mintzberg relatifs à « la bureaucratie professionnelle », nous allons dans cette seconde section alimenter notre étude en éclairant les concepts clés autour du management. Partant d'une définition générale du champ de management appliqué à la santé, puis nous nous intéressons plus spécifiquement à la notion du management hospitalier et au nouveau management public (NMP).

Le monde hospitalier connaît actuellement une évolution heurtée au cours de laquelle il lui est demandé d'améliorer la qualité de ses prestations tout en réduisant ses coûts, alors que les anciens réflexes de cloisonnement (interservices, inter catégoriels, inter établissements) existent toujours. Il est donc nécessaire que l'hôpital accepte de changer pour évoluer.

Les établissements de santé sont soumis donc à de profondes mutations. Ainsi, les nouveaux modes de régulation de ce secteur se fondent en particulier sur les réformes du financement et de la nouvelle gouvernance, sur une normalisation croissante et une tension accrue sur l'accès aux ressources, qu'elles soient humaines ou matérielles. Ces évolutions nécessitent de développer au sein des établissements de véritables compétences managériales, indispensables pour mettre en œuvre un pilotage stratégique assurant la pérennité et la performance des structures de santé.

Le management des établissements de santé, notamment celui des hôpitaux, présente un certain nombre de particularités du fait qu'il s'agit d'un management d'organisations spécifiques en matière de statut et de modalités de gestion. De ce fait, le mode de fonctionnement et la gestion de ces organisations sont particuliers et complexes.

Toutefois, on assiste à une introduction de méthodes et outils issus du monde industriel à l'hôpital. Cette nécessité d'importer des procédures nouvelles dans le management hospitalier pour permettre un retour à l'équilibre financier et à l'efficacité ne fait pas perdre de vue que cet objectif ne peut suffire. La qualité des soins, l'anticipation des changements en lien avec les besoins de la population et le personnel hospitalier sont des finalités qui doivent influencer les choix et le sens des actions managériales.

### **1- Le champ de management appliqué à la santé :**

Dans un contexte hospitalier en évolution, et pour gérer une complexité croissante, les hôpitaux doivent modifier leur organisation. Cela s'accompagne nécessairement d'une compréhension globale de l'environnement et de la maîtrise de la mise en œuvre des divers instruments de management.

« *La maîtrise de la production de soins devient un problème managérial, réorganiser l'hôpital pour améliorer sa performance, un défi pour le management*<sup>19</sup> ». L'environnement complexe et préoccupant exige du management qu'il mette en place de bonnes pratiques.

Cependant, la question du management dans la santé peut être traitée à partir des différentes rubriques enseignées : stratégie, finance, contrôle de gestion, gestion des ressources humaines...etc. Mais cette approche rendrait insuffisamment compte d'un paradoxe ; on n'a peut-être jamais autant associé le mot management à toutes les évolutions et les réformes du

---

<sup>19</sup> CHEROUTE-BONNEAU, **La production de soins, un enjeu managérial**, Gestion hospitalière, Février, 1998 , p.95

secteur, comme en témoigne le recours régulier en termes de rationalisation, évaluation et performance<sup>20</sup>. Pourtant la masse critique des travaux de recherche sur le sujet reste relativement faible. De ce fait, les connaissances sur lesquelles s'assoient les règles de management préconisées ne sont pas toujours évidentes à cerner et la spécificité du champ de la santé ressort.

Selon Henry Mintzberg, « *le management est l'activité propre du dirigeant, lequel a une autorité formelle sur son unité organisationnelle et assume deux objectifs fondamentaux : a) il se porte garant de l'efficacité de l'organisation dans la production des produits et services, et b) il surveille l'activité de l'institution afin de s'assurer que celle-ci satisfait les intérêts des personnes qui la contrôlent* »<sup>21</sup>. Malgré les différences existantes entre les secteurs d'activité, les théories de l'auteur québécois sur le management se sont imposées dans presque toutes les organisations, y compris les institutions hospitalières.

Cependant, la réflexion sur le management hospitalier doit tenir particulièrement compte de deux points essentiels :

- Toute approche de l'établissement hospitalier en termes managériaux doit d'abord tenir compte du fait que celui-ci n'est pas une organisation comme une autre et qu'il est marqué par une certaine spécificité, notamment au niveau de ses missions et de ses rapports avec l'environnement ;

- Cet établissement est une structure complexe à l'intérieur de laquelle interviennent des groupes très divers<sup>22</sup>. Les institutions publiques de santé sont spécifiées par l'existence de trois pouvoirs, ce que J.M. CLEMENT appelle « *la triarchie hospitalière* » : un pouvoir politique, représenté par la tutelle, le pouvoir administratif du directeur et le pouvoir médical qui prend appui sur l'autonomie « technique » des médecins ; « *lorsqu'on examine les trois pouvoirs composant la triarchie hospitalière, on est frappé par leurs différences d'objectifs...* »<sup>23</sup>.

Néanmoins, les différents profils professionnels des employés hospitaliers (cardiologues, oncologues, etc.), les connotations vitales et sociales du service médical offert au patient, la surcharge de travail et le stress, le rôle de plus en plus actif du patient, la pression sociale subie par ces institutions ainsi que le développement des nouvelles technologies sanitaires sont quelques-uns des facteurs qui rendent compliquée l'application des théories traditionnelles du management dans le milieu hospitalier.

Aujourd'hui, on assiste à une transformation radicale du visage du monde hospitalier, La mise en place de la nouvelle gestion publique a conduit les décideurs à donner une nouvelle orientation à l'institution hospitalière, la soumettant à ce que De Gaulejac nomme une véritable « révolution managériale »<sup>24</sup>, répondant non plus à une logique de moyens favorisant le développement, mais bien davantage, à une logique de résultats visant l'utilisation optimale des ressources pour contrôler les coûts.

---

<sup>20</sup>Étienne Minvielle, **Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain**, in Pierre-Louis Bras *et al.*, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection », 2009, p 35.

<sup>3</sup> Medina.P ,Lahmadi.G, **La dimension communicationnelle du management hospitalier** , communication& organisation, N° 41,2012, p 158.

<sup>4</sup> STEUDLER .F, **Le management hospitalier de demain : approche sociologique**, revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril,2004, p.43.

<sup>5</sup> CLEMENT.J-M, **Réflexions pour l'hôpital**, Les études hospitalières, Bordeaux, 1998, p.65

<sup>6</sup> Véronique Haberey-Knuessi *et al.*, « **L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier** », *Recherche en soins infirmiers* (N° 115), 2013, p9.

## **1-1 Le management hospitalier**

En générale « *le management recouvre l'ensemble des décisions et actes de toutes natures (technique, économique, financière, sociologique, psychologique) visant à faire fonctionner un système productif*<sup>25</sup> ».

Pour les établissements de santé, le management hospitalier reste largement méconnu et insuffisamment développé, mais il peut être défini comme « *l'art et la manière de conduire un établissement de santé, de diriger, de planifier son développement et de le contrôler*<sup>26</sup> ».

Certains chercheurs vont d'ailleurs jusqu'à le décrire comme un no man's land ou comme l'héritier d'une tradition d'assimilation des techniques, de gestion venue du secteur industriel et de l'étranger<sup>27</sup>.

L'existence du management hospitalier est considérée comme fictive où dans la majorité des cas très dépendante de l'extérieur. Ce regard, doit cependant être tempéré par la volonté qui s'exprime aujourd'hui de conduire et d'animer une réflexion sur l'organisation hospitalière, privilégiant notamment la recherche d'une coopération entre les différentes catégories de personnels qui composent l'hôpital et de construire des outils de pilotage et d'aide à la décision qui font appel à l'intelligence de tous et qui offrent une meilleure visibilité aux décideurs hospitaliers.

C'est l'état de cette réflexion, dans ses grandes lignes, que nous souhaitons relater en présentant les grandes fonctions du management hospitalier.

## **1-2 Les grandes fonctions du management hospitalier**

Pour apprécier la qualité du management, il convient préalablement de valider les champs de responsabilités et d'actions du management d'un établissement ou d'une structure d'activité. Un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions : la planification, l'organisation, la décision, la motivation et le contrôle.

### **➤ La fonction « planification » :**

En management des établissements de santé, la fonction planification, comme pour toute entreprise ou organisation, doit être mise en œuvre à tous les niveaux de responsabilité et dans tous les secteurs d'activité.

La planification permet d'organiser et de programmer les moyens nécessaires pour assurer la réussite des stratégies retenues.

Elle est illustrée par exemple :

-A long terme, par le projet d'établissement ou par les orientations stratégiques de l'établissement ;

-A moyen terme, par le contrat d'objectif et de moyen ;

-A court terme, par les prévisions annuelles de financement<sup>28</sup>.

---

<sup>25</sup> Ribaut.M & Aromatario.c, **l'hôpital entreprise, pourquoi pas**, Edition Lamarre, 1991, p 120.

<sup>26</sup> Leteurtre.H, Perret.F, **l'essentiel du management hospitalier à l'usage des médecins et des cadres soignants, collection audit hôpital**, Berger levrault, janvier 2000, paris, P113.

<sup>27</sup> Idem, p113.

<sup>28</sup> Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005, P13.

Les facteurs de réussite de la fonction (planification), peuvent être résumés en deux mots clés : implication et communication.

-L'implication de tous les responsables de structure d'activité dans la définition, l'élaboration et la clarification des objectifs est une garantie de la faisabilité des projets de l'établissement.

-La communication sur les choix en directe et/ou déclinée par les responsables à l'ensemble des acteurs est la garantie de l'appropriation des projets et donc, de leur mise en œuvre dans chaque secteur d'activité.

➤ **La fonction « organisation » :**

Au niveau de l'hôpital, la réussite de l'action des responsables passe en grande partie par l'adaptation de l'organisation aux objectifs et aux choix stratégiques retenus.

Une organisation en cohérence avec les orientations choisies pour le futur de l'établissement est un élément essentiel pour impulser une dynamique et s'assurer du concours du plus grand nombre à la réalisation des objectifs définis.

La pertinence des choix organisationnels au regard de l'activité, des métiers, des compétences mais aussi de la dynamique induite au sein de l'établissement et des services est un champ important de l'évolution de la fonction organisation. Cette évaluation porte également sur la capacité des responsables à faire évoluer l'organisation, à communiquer en interne sur ces évolutions et veiller à l'appropriation des nouvelles règles en matière de responsabilité.

➤ **La fonction « décision » :**

La décision est un acte essentiel du management qui oblige à choisir une solution parmi toutes les possibilités. Elle est inséparable de la prise de risque car la complexité des institutions rend difficile toute décision.

Pour prendre des décisions, les acteurs de santé ont besoin d'indicateurs. L'indicateur est une information choisie, destinée à en observer périodiquement les évolutions au regard d'objectifs définis. Il s'agit de se doter d'un système d'information permettant de disposer d'informations qualifiées mesurant l'activité de soins dans les établissements de santé. De multiples indicateurs doivent être utilisés, notamment les indicateurs d'activités, de performance clinique et d'usage du personnel.

La déclinaison des étapes de la fonction décision peut être résumée comme suit :

- L'analyse du champ : il est indispensable que le champ de décision des différentes personnes habilitées soit clairement défini et connu de tous.

L'analyse du champ de la décision permet de déterminer l'auteur de la décision à prendre (administrative, médicale ou soignante) ainsi que la durée du processus de décision et ses conséquences. Elle permet aussi de déterminer le temps « court, moyen ou long terme » du processus de décision. Elle contient en outre une réflexion sur la faisabilité des différentes hypothèses. Cette étape est déterminante pour assurer l'adéquation entre la décision, les objectifs et les missions de l'établissement.

- La concertation : la concertation prépare l'exécution de la décision par une implication dans le processus de décision des futurs exécutants. La nature du choix détermine si elle est obligatoire ou pas et elle peut être externe (tutelles) et /ou interne (institutions représentatives).

- La décision et la communication : elle doit être prise au bon moment, au bon niveau de management et selon les règles adaptées à la situation. Elle est le plus souvent matérialisée « note de service, note interne, lettre circulaire par exemple). Connue des intéressés, elle est motivée, qu'elle soit prise sous forme écrite ou orale. Le mode de communication doit être adapté à la nature et à l'objet de la décision « individuelle, restreinte ou collective ». Il est important que les modalités de diffusion et d'exécution fassent l'objet de procédures précises (règlement intérieur, modes de communication interne, délégation<sup>29</sup>).

- L'engagement et l'action : l'acte de décision ne devient action que si les moyens pour sa mise en œuvre sont dégagés et si le contrôle sur l'exécution des décisions est mis en place.

### ➤ **La fonction « motiver » :**

Le management doit faciliter l'atteinte des objectifs qui ont été fixés à l'organisation dans son ensemble et à ses diverses composantes (secteur d'activité). Ces buts ne pourront être atteints sans la motivation de l'ensemble des personnels. La fonction « motivation » est une dimension essentielle du management, bien qu'elle soit difficile à définir et mettre en procédure.

Au niveau des établissements de santé, les trois préalables de la fonction « motivation » peuvent être déterminés comme suit :

- Le partage des objectifs : chaque responsable doit veiller à ce que les objectifs soient clairement identifiés et fassent l'objet d'une communication exhaustive en direction de tous les acteurs concernés.

- La clarté des responsabilités dans la mise en œuvre permet à chaque responsable de se situer dans l'équipe ou dans le service.

- La contribution individuelle et la reconnaissance ; la motivation personnelle se nourrit de la perception que l'on a d'être reconnu en tant qu'individu. Le responsable doit donc avoir une perception adéquate des attentes de chaque membre de son équipe.

### ➤ **La fonction « évaluer » :**

Tout responsable doit évaluer la réalisation de sa mission en termes de résultats obtenus en fonction des objectifs fixés et de contrôler la mise en œuvre de ses décisions.

Au niveau des établissements de santé, les étapes de l'évaluation du management peuvent se décliner comme suit <sup>30</sup>:

- l'identification des domaines à évaluer tels que, par exemple, la qualité du service médical rendu, les niveaux d'activité, l'utilisation des moyens mis en place, la satisfaction des patients, des personnels et des partenaires externes (correspondants médicaux, prestataires...etc.) ;

<sup>29</sup> Guide pour le diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, op.cit., P22.

<sup>30</sup> Guide pour le diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, op.cit., P28.

- la sélection d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, pertinents au regard de la taille de l'établissement et de l'objectif, permettant l'élaboration de tableaux de bord qui constituent de véritables outils d'aide à la décision.

- la mise en œuvre consistera d'abord à former les professionnels à produire des résultats fiables. L'apport de l'informatique est aussi déterminant ;

- la communication et la discussion des résultats en interne et en externe (tutelles, autres établissements dans le cadre du benchmarking...) dans le but de prendre les décisions adéquates en cas de dysfonctionnement.

## **2- Du management des bureaucraties à un nouveau managérial**

Les organisations du secteur public évoluent dans une sphère très différente de celle du secteur privé. En effet, les organisations publiques sont sous l'autorité d'un système juridique et réglementaire très strict qui détermine leurs missions ainsi que les ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation de celles-ci.

Le secteur public est assimilé à un ensemble de bureaucraties. Mintzberg décrit ces structures en ces termes :

*« Une configuration des paramètres de conception émerge clairement de la recherche : des tâches opérationnelles routinières et très spécialisées, des procédures très formalisées dans le centre opérationnel, une prolifération de règles, de régulations et de communication formalisée dans toute l'organisation, des unités de grande taille au niveau opérationnel, le regroupement des tâches sur la base des fonctions, une centralisation relativement importante des pouvoirs de décision, une structure administrative élaborée et une distinction nette entre opérationnels et fonctionnels <sup>31</sup>».*

Le secteur public donne l'image d'une zone dans laquelle s'affronte, d'un côté, l'évidente omniprésence des professionnels, et d'un autre côté, les gestionnaires et le management. De plus, il apparaît comme trop rigide car puisque très réglementé par la loi qui ne laisse aucune place à l'initiative. Le sociologue Max Weber tente de redorer cette image peu flatteuse. Il pense que la bureaucratie est une structure « idéal », « pure ». Il souligne les caractéristiques suivantes :

-Il y a le principe du caractère fixe et officiel des zones juridictionnelles qui sont généralement déterminées par des règles c'est-à-dire par des lois ou des règlements administratifs.

-Les activités régulières requises dans une structure bureaucratique sont distribuées de façon fixe sous forme de devoirs officiels.

-L'autorité de donner les ordres nécessaires à l'exécution du travail est distribuée d'une façon stable et strictement délimitée par des règles définissant les moyens coercitifs, physiques, sacerdotaux ou autres qui peuvent être placés à la disposition des personnes investies d'une autorité.

-Toute précaution est prise, de façon méthodique, pour assurer l'exécution régulière et continue de ces droits et devoirs ; seules sont employées des personnes possédant les qualifications réglementaires.

-Les principes de la hiérarchie des offices et des niveaux d'autorité signifient qu'il existe un système fermement ordonné de supérieurs et de subordonnés dans lequel les postes les plus élevés supervisent les postes qui leur sont subalternes.

---

<sup>31</sup> Mintzberg. H, op.cit., P282.

Ce style d'organisation bureaucratique devient désuet et inadapté à l'évolution de la société contemporaine qui rime avec diminution des ressources humaines et budgétaires, augmentation des attentes des citoyens, mais aussi, avec performance, productivité, qualité, ...

De ce fait, depuis les années 80, les organisations publiques luttent contre une crise financière et managériale. Elles apparaissent comme des organisations désuètes, au style de management dépassé. L'hôpital public n'est pas épargné de cette tourmente, et il est donc impératif de le moderniser en visant un nouveau managérial afin de répondre au mieux à des soucis de :

- contraintes budgétaires,
- utilisation plus efficace de l'argent public,
- impératif de transparence de l'action administrative<sup>32</sup>.

La modernisation du secteur public va se concrétiser sous la forme d'un mouvement managérial : le nouveau management public. Il s'agit de tenter importer des outils de l'entreprise privée au sein de l'organisation publique dont l'objectif est d'adapter le secteur public aux enjeux et aux besoins actuels. Les Etats-Unis et le Royaume-Uni sont les premiers pays à avoir développé le NMP<sup>33</sup>, dans les années 70. Rapidement, ce nouveau managérial va prendre de l'ampleur dans le monde et, notamment, dans les pays de l'OCDE.

L'enjeu de la volonté de modernisation du système public est bien de bouleverser l'ancien organigramme bureaucratique pour donner plus d'autonomie aux responsables et développer leur participation dans l'action publique. Cette nouvelle organisation cherche à mettre en avant la responsabilisation des professionnels sur l'utilisation de leurs ressources et les oblige à rendre des comptes sur leur niveau de performance. A noter qu'il n'est tout de même pas question de procéder à une privatisation générale des organisations publiques mais de les faire évoluer vers un fonctionnement de centre de responsabilité.

Aujourd'hui, les organisations publiques sont à la recherche de compétences, de performance, de qualité individuelle... Hood parle de cette évolution comme un passage d'une forme de management taylorien à une nouvelle organisation entrepreneuriale<sup>34</sup>. Pour certains auteurs, nous assistons à la naissance d'une nouvelle organisation dite « post-bureaucratique », promouvant des valeurs d'efficacité économique (les trois E de la littérature anglo-saxonne : Economy, Efficiency et Effectiveness) et d'un courant de réflexion sur le « new public management ». L'introduction de logiques issues du secteur privé ne peut toutefois pas être considérée comme allant de soi. De fait, les raisonnements en termes de marché et de concurrence ne sont pas forcément proches des valeurs qui fondent le service public.

D'autre part, la présence de professionnels au sein des organisations publiques est une variable importante dans le processus de changement en cours dans le secteur public. Ceux-ci possèdent une certaine autonomie et n'accueillent pas avec enthousiasme cette intrusion de nouvelles normes de contrôle. Le thème des professionnels et de leurs rapports avec le management est souvent repris dans la littérature. De manière générale, les rapports entre professionnalisme et nouvelle gestion publique sont envisagés dans une dimension conflictuelle. En effet, des différences majeures (voire inconciliables) semblent exister entre les

---

<sup>32</sup> Lamarzelle.D, **le mangement public en Europe**, janvier 2008.

<sup>33</sup> Le Nouveau management Public.

<sup>34</sup> Réflexion Hood (1991-1995) reprise par Gangloff. F, **le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle**, La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, May 2009, Strasbourg, France.P3.

professionnels et les managers et le système qu'ils représentent. On prend alors pour acquis que professionnels et gestionnaires sont profondément différents aussi bien dans leur rapport à l'organisation dans laquelle ils évoluent que du point de vue des valeurs qui les animent<sup>35</sup>. Dans les faits, les signes d'une réelle et continue préoccupation des professionnels se manifestent ces dernières années. Cette situation est d'autant plus aiguë dans le secteur de la santé.

Le NMP peut être considéré comme une critique de l'organisation bureaucratique, synonyme, entre autres, de rigidité et de manque de réactivité. En effet, à la simple lecture du tableau suivant, nous pouvons constater que les deux logiques s'opposent.

**Tableau N°01 : Comparaison des administrations de types wébérienne et NMP**

	<b>Administration wébérienne</b>	<b>Administration NMP</b>
<b>Objectifs</b>	Respecter les règles et les procédures	Atteindre les résultats, satisfaire le client
<b>Organisation</b>	Centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	Décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
<b>Partage des responsabilités politiciens/administrateurs</b>	Confus	Clair
<b>Exécution des tâches</b>	Division, parcellisation, spécialisation	Autonomie
<b>Recrutement</b>	Concours	Contrats
<b>Promotion</b>	Avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	Avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
<b>Contrôle</b>	Indicateurs de suivi	Indicateurs de performance
<b>Type de budget</b>	Axé sur les moyens	Axé sur les objectifs

**Source :** Jocelyne Ientile-Yalenios *et al.*, « Le Nouveau Management Public conduit-il à un rapprochement public-privé ? Une analyse à partir des procédures d'évaluation du personnel », *Gestion et management public* 2016/2 (Volume 4 / n° 4), P 123.

À la lecture de ce tableau, la bureaucratie wébérienne semble manquer de souplesse dans l'environnement actuel, mêlant mondialisation des échanges, globalisation financière, intégration spatiale et mutation technologique. Le risque que le respect des règles impersonnelles prenne l'ascendant sur l'accomplissement des missions de l'administration n'est pas inexistant.

À l'opposée, En matière de gestion publique, le NMP met l'accent sur l'orientation des processus vers la performance et du contrôle sur les résultats. En matière de gestion des personnels, il met en exergue les exigences de décentralisation des responsabilités, mais aussi d'imputabilité. Ainsi, comme le note Mercier « [...] le NMP appelle à la responsabilisation, à la polyvalence, à la capacité d'innovation. En un mot, à l'empowerment du personnel de la fonction publique. Dans le même esprit, il veut éliminer la dichotomie entre le penser et l'agir en revalorisant, entre autres, le personnel de première ligne, soit celui qui se trouve en contact direct avec la clientèle : c'est ainsi que, idéalement, dans l'esprit du NPM [New Public Management], les services centraux sont au service des opérationnels et non le contraire »<sup>36</sup>.

<sup>35</sup> Gongloff, F, op.cit., p2.

<sup>36</sup> Marty, F, **Le nouveau management public et la transformation des compétences dans la sphère publique**. Laurence Solis-Potvin. Vers un modèle européen de fonction publique ? Bruylant, 2011, p9.



Il n'en demeure pas moins que le NMP ne saurait introduire dans la sphère publique de nouveaux instruments de gestion sans affecter l'esprit même des politiques publiques ou la façon dont celles-ci sont mises en œuvre. Ces instruments qui introduisent une logique de marché dans les relations entre entités publiques peuvent être considérés comme potentiellement porteurs d'une désagrégation des principes d'un service public unifié et substituent une logique managériale à l'esprit de service public<sup>37</sup>.

### **3- Le nouveau management public**

#### **3-1 L'avènement du nouveau management public**

Les origines du NMP se retrouvent dans les courants néoclassiques, les théories des organisations telles que la théorie de l'agence ou la théorie des coûts de transaction. Il s'agit d'un ensemble de changements dans le champ du secteur public, remontant aux années 1970-80.

Sur le plan théorique, l'approche associée au *New Public Management* trouve sa première formalisation dans l'ouvrage de David Osborne et Ted Gaebler, publié aux Etats-Unis en 1993, sous le titre : « *Reinventing Government : How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector* ». Cet ouvrage, qui préconise de transposer les normes et règles managériales du secteur privé vers le secteur public, a rencontré un succès tel qu'il est devenu, pour ainsi dire, la bible de tous ceux, à travers le monde, qui veulent soit en finir définitivement avec les services publics, soit, au contraire, et plus simplement, améliorer leur fonctionnement en les réformant<sup>38</sup>.

Les causes de l'émergence du NMP sont multiples. Il a pu s'agir d'un désir d'une gestion plus cohérente pour répondre à une inefficacité du secteur public (le cas du Japon par exemple), d'une volonté de s'inscrire dans une idéologie néo-libérale (le cas du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande), de surmonter l'existence de crises financières (le cas du Canada entre autres), de résorber une crise économique et politique (le cas de l'Italie), d'un besoin de changement ou encore d'un processus d'imitation (notamment pour les administrations au niveau local)<sup>39</sup>. Dans un contexte de crise financière, de déficit public, d'endettement, dans de nombreux pays, le transfert vers le public de différentes méthodes traditionnellement employées dans le privé a constitué le courant du NMP. Ce qui laisse présupposer que management public et management privé sont fondamentalement similaires.

Toutefois, si la crise financière reste un facteur déclenchant, des pressions aussi bien internes qu'externes sont venues renforcer l'image d'un secteur public insuffisamment efficace, trop bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur lui-même et peu innovant. Pour qu'il soit plus performant (efficace, efficient, économe) il s'agit donc de le transformer en donnant plus de marges de manœuvre aux gestionnaires dans une logique consumériste où l'utilisateur pourrait être appréhendé comme un client. « ... *Le NMP s'intéresse à l'accroissement des capacités*

---

<sup>37</sup> Terry L., « **Why should we abandon the Misconceived Quest to Reconcile Public Entrepreneurship with Democracy?** », *Public Administration Review*, 53 (4), 1993, pp. 393-395.

<sup>38</sup> Ferguene.A, « **le new public management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST** », colloque international sur « l'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : regards croisés sur les bonnes pratiques internationales », université de Constantine 2 en collaboration avec le CREXE-Canada et le CREAD Algérie, les 28/29 avril 2014, P8.

<sup>39</sup> Amar.A, Berthier.L, « **le nouveau management public : avantage et limite** », la revue de RECEMAP, janvier 2007, P2.

*managériales par la mise en œuvre de techniques de management issues du secteur privé et tend ainsi à mettre l'accent sur l'aspect managérial, au détriment de l'aspect politique<sup>40</sup> »*

*« Le management public peut être compris comme la mise en œuvre de l'ensemble des processus d'organisation, de pilotage et de contrôle des organisations publiques qui visent à améliorer leur efficacité et leur efficience dans le contexte de leurs compétences<sup>41</sup> ».*

Le Conseil économique et social des Nations Unies dans sa 5e session en 2006 a présenté quelques définitions de base sur cette nouvelle mouvance managériale.

Pour certains auteurs, la Nouvelle Gestion Publique appelle un changement de culture dans l'administration publique, qui doit devenir *« souple, innovante, créative, entrepreneuriale et dynamique au lieu de s'enfermer dans des règles et des procédures bureaucratiques et de s'intéresser aux moyens plutôt qu'aux résultats<sup>42</sup> ».*

Selon Audrey Bécuwe<sup>1</sup>(2005), *l'idée générale du NMP est de rapprocher les modes de gestion de l'administration de ceux des entreprises privées en donnant moins d'importance à l'application des règles et procédures administratives voire bureaucratique<sup>43</sup>.*

Nous pouvons donc dire que le management public détermine les techniques et méthodes adéquates à la bonne gestion des organisation publiques.

Le NMP est une approche reposant sur trois idées complémentaires :

- l'apport de références aux méthodes de l'organisation privée, ou encore, la réduction des différences entre secteur public et secteur privé ;
- l'introduction des méthodes conduisant à l'efficacité et l'efficience ;
- accorder une priorité aux résultats et non aux processus.

Le NMP apparait comme une solution aux dysfonctionnements du système. Il répond à une volonté de changement, une volonté d'appartenance à une idéologie néo-libéraliste. Le NMP est un savant mélange de gestion moderne (décentralisation des décisions, responsabilisation des gestionnaires, modernisation des systèmes d'information,) et de théorie du choix public (privatisation, contractualisation des services, système de rémunération à la performance...).

D'après Hood, la philosophie du NMP fait appel à sept éléments <sup>44</sup>:

- La décomposition du secteur public en unités stratégiques organisées par produit « mangeables » ;
- L'introduction d'une compétition entre organisations publiques, mais aussi entre organisation publiques et privées,

---

<sup>40</sup> Miremont. M-C, **la dynamique « éthique du care » nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital**, thèse de doctorat, université de Pau et des pays de l'ADOUR, 2014, p 46.

<sup>41</sup> Lamarzelle.D, op.cit.

<sup>42</sup> Chouikha.S, Benmansour.A, « **le nouveau management public et la modernisation de l'administration publique** », agrégats des connaissances, revue semestrielle N° 03 /Octobre 2016. P19.

<sup>43</sup> Audrey Bécuwe<sup>1</sup>, A.T.E.R., IAE de Lyon 3, Rationalité Et Management Public de la rationalité limitée d'Herbert Simon, à la rationalité encadrée Actes du Colloque RECEMAP – Les Grands Auteurs en Management Public, Juin 2005

<sup>44</sup> Gongloff. F, op.cit., p4.

- Une plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé,
- Une utilisation des ressources plus disciplinées et parcimonieuses et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût ;
- Un mouvement vers un contrôle des organisations publiques par les managers visibles exerçant un pouvoir discrétionnaire,
- Un mouvement vers l'adoption de standards de performance plus explicites et mesurables (ou plus contrôlables).
- La mise en avant de la mesure de résultat (notamment en termes de rémunération des performances).

Ainsi, certaines activités hospitalières comme la restauration sont réalisées par des entreprises privées prestataires de services. Le recours à la sous-traitance devient un mode de fonctionnement quasi-obligatoire. Mais cette systématisation de la référence à la compétition et aux marchés se dégage implicitement une critique de l'organisation publique voulant que l'approvisionnement en « interne » n'est pas efficient.

### **3-2 les principes développés par le nouveau management public**

Notons tout d'abord qu'avec la mise en œuvre du NMP, nous assistons à une redistribution des rôles. En effet, l'usager des services publics devient un client et l'administrateur, un manager.

Un des principes fondamentaux du NMP est la décentralisation et la délégation des modes de gestion au niveau des organisations locales. Les pouvoirs publics fixent les objectifs à réaliser par les entités, et les managers font le nécessaire pour les atteindre avec les ressources qui leur sont attribuées.

Les pouvoirs publics doivent également déterminer si une mission peut être réalisée en interne ou si elle doit être effectuée par une entreprise du secteur privé. Se produit alors une mise en concurrence du public face au privé. Cela se matérialise par le recours aux appels d'offres. Ainsi, des entreprises privées peuvent être prestataires de services dans une organisation publique.

L'introduction dans les organisations publiques de la comptabilité et de la mesure de l'efficacité sont deux éléments également importés par le NMP. Ceci démontre une évolution de la vision du système public qui se tourne vers une plus grande transparence en instaurant une mesure de sa performance.

Le NMP permet enfin d'introduire des effets incitatifs via la rémunération des agents et d'accentuer la responsabilité des structures en généralisant l'évaluation et la reddition des comptes. Plus précisément et de manière concrète, de nombreuses actions s'inscrivent dans le champ du NMP. Nous pouvons les regrouper par fonction.

**Tableau N°02 : les démarches et outils introduits par le NMP**

Fonctions	Actions
<b>Stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion par les résultats</li> <li>• Mise en place d'une planification stratégique</li> <li>• Privatisation d'entreprises publiques, externalisation (faire-faire)</li> <li>• Mise en place de partenariats public/privé</li> <li>• Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre)</li> <li>• Déconcentration et/ou décentralisation</li> <li>• Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en interne (l'intranet permet de décroïsonner les services)</li> <li>• Généralisation de l'évaluation (culture de la performance)</li> <li>• Simplification des formalités administratives</li> </ul>
<b>Finance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des déficits</li> <li>• Budgétisation par programme</li> <li>• Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple par la mise en place d'une comptabilité analytique pour comparer les résultats aux prévisions)</li> </ul>
<b>Marketing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement du marketing public (consultations, enquêtes, sondages, observatoires... etc.)</li> <li>• Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en externe (pour une meilleure communication)</li> </ul>
<b>Ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction des effectifs</li> <li>• Responsabilisation et motivation des fonctionnaires (individualisation des rémunérations, primes au rendement... etc.)</li> <li>• Développement de la participation.</li> </ul>

**Source** : tiré de l'article d'Anne Amar et de Ludovic BERTHIER, op.cit, P4, (d'après Laufer et Burlaud, 1980 ; Hood, 1991 ; Pollitt et Bouckaert, 2000 ; Gruening, 2001.).

Le NMP considère donc le secteur public comme trop bureaucratique, coûteux et inefficace, propose de lui appliquer les méthodes et les outils de gestion des entreprises. Il prône, entre autres, la responsabilisation des gestionnaires, le passage à une « *logique client* » (on ne parle plus d'usager), l'utilisation de la contractualisation et la concurrence jusqu'à l'intérieur de l'organisation<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Amar.A, Berthier.L, op.cit.

### Encadré N°03 : les dix principes du nouveau management public

- 1- « *Catalytic Government (steering rather than rowing)* »: catalyser, orienter et contrôler plutôt que de faire;
- 2- « *Community-owned Government (empowering rather than serving)* », donnant plus de pouvoir aux citoyens;
- 3- « *Competitive Government (injecting competition into service delivery)* » : mettre en compétition les fournisseurs de services, ex-monopoles ;
- 4- « *Mission-driven Government (transforming rule-driven organizations)* » : se centre sur les missions et buts, non sur les règles et les procédures ;
- 5- « *Results-oriented Government (funding outcomes, not inputs)* » : financer les agences sur des projets, à partir d'objectifs de résultat ;
- 6- « *Customer-driven Government (meeting the needs of the customer, not the bureaucracy)* » : en mettant l'utilisateur au coeur de l'attention des agences, en lui accordant le statut de client ;
- 7- « *Enterprising Government (earning rather than spending)* », en recherchant à développer l'activité plutôt que de dépenser son budget ;
- 8- « *Anticipatory Government (prevention rather than cure)* », en préférant une attitude pro-active, plutôt que réactive, face aux problèmes ;
- 9- « *Decentralized Government (from hierarchy to participation and teamwork)* » : en décentralisant les pouvoirs, prônant le management participatif et le travail d'équipe ;
- 10- « *Market-oriented Government (leveraging change through the market)* », en préférant les mécanismes de marché à ceux bureaucratiques.

**Source** : Grevin. A, *Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionnisme"*, thèse de doctorat, Université de Nantes, 2011, P32.

Si l'on se penche maintenant du côté des *principes et outils* de gestion promulgués par le NMP, nous pouvons résumer les éléments suivants :

**Tableau N° 04: Eléments constitutifs de la Nouvelle Gestion Publique**

<b>Principes de la NGP</b>	<b>Outils de la NGP</b>
<b>Séparer la prise de décision stratégique</b> , qui relève du <i>pouvoir politique, de la gestion opérationnelle</i> qui est sous la responsabilité de l'administration.	Négociation de contrat de prestations qui fixe des <b>indicateurs de performance</b> à atteindre dans un délai imparti entre les autorités politiques (parlement, gouvernement) et les responsables des services administratifs.
Orienter les activités administratives en fonction des produits à fournir (plutôt que des règles procédurales à suivre en matière d'affectation des ressources notamment).	Attribution de budgets globaux aux <b>gestionnaires publics qui disposent d'une large marge de manœuvre</b> pour satisfaire à leurs critères de rendement
- Réduire la hiérarchie. - amincir les bureaucraties. - décentraliser certaines tâches administratives. - déléguer la gestion au niveau le plus bas.	- <b>Création d'agences</b> exécutives et de structures organisationnelles plus flexibles. - déréglementation de certains statuts de la fonction publique en introduisant des mandats individualisés et le salaire au mérite.
-Introduire des <b>mécanismes de type marché</b> dans la production de biens et services d'intérêt général	- <b>Mise au concours pour la fourniture de certaines prestations</b> (marchés publics), - déréglementation des monopoles publics - (les usagers choisissent librement leurs fournisseurs)
-Créer de la <b>transparence sur la qualité et les coûts des prestations administratives</b> . - Utiliser de manière efficiente les ressources publiques.	- Calcul et comparaison des coûts grâce à une <b>comptabilité analytique</b> (par groupe de produits administratifs) - comparaison de différents prestataires ( <b>benchmarking</b> ).
Orienter les prestations administratives vers les besoins des <b>usagers</b> (ou clients) <b>en les impliquant dans la définition et l'évaluation des prestations à fournir</b> .	- <b>Gestion orientée vers la qualité</b> (voire la certification des processus). - <b>chartes de service public</b> . - <b>enquête de satisfaction</b> réalisée auprès des clients.

**Source** : Yves Emery Et David Giaque, différenciation et intégration de l'emploi public en mutation, Processus de différenciation – intégration entre l'emploi public et privé, p 3, [soc.kuleuven.be/io/egpa/HRM/ljubljana/Emery&Giaque.pdf](http://soc.kuleuven.be/io/egpa/HRM/ljubljana/Emery&Giaque.pdf).

Si on résume ce tableau, on va trouver que Les thèmes les plus récurrents du Nouveau management public sont les suivants :

- Donner une plus grande « **flexibilité** » à l'**organisation du travail** (au détriment des hiérarchies traditionnelles),
- Accorder **la priorité au client** et à sa satisfaction (et non plus à l'organisation),
- Privilégier une **orientation marquée vers les résultats** et l'imputabilité (et non plus vers les méthodes et les procédures),
- accorder une **Plus grande autonomie aux dirigeants** et **responsabilisation sur des résultats** attendus par les usagers.

Tout cela dans le but d'atteindre les idéaux de **l'efficacité, de l'efficience et de l'économie**.

En adaptant ces 3 « E » à la fonction publique, cela va nous donner les éléments suivants<sup>46</sup> :

- \_ gestion par résultat,
- \_ décentralisation,
- \_ privatisation de certains services (sous-traitance),
- \_ avènement des marchés publics,
- \_ responsabilisation accrue des employés,
- \_ planification stratégique,
- \_ orientation vers les services aux citoyens.
- \_ La création d'« unités autonomes de services » puis d'« agences » au sein de la fonction publique en est aussi l'un des résultats.

### 3-3 Force et limite du nouveau management public

Le NMP semble pouvoir perfectionner et moderniser l'action publique en introduisant une certaine rationalité managériale. Le NMP a pu introduire plus d'efficacité, d'efficience. En diminuant, en particulier, le nombre de personnels pour un même service et en diminuant le temps pour un service donné (ainsi la Durée Moyenne de Séjour –DMS- par pathologie a fortement diminué). L'aspect compétition et benchmarking entre structures publiques et structures publiques et privées peut créer de l'émulation.

Par ailleurs, l'introduction du NMP a permis d'éviter de nombreux gaspillages et de réaliser des économies substantielles. C'est le cas en Australie, sans que cela n'ait d'incidences sur la qualité des services offerts (Domberger et Hall, 1996). En Nouvelle Zélande, selon l'ancien ministre de l'industrie, Mac Tighe (2005), les effectifs de l'administration ont été réduits de 66%, la part de l'État dans le PNB est passée de 44% à 27% tout en permettant une augmentation de la productivité. Les excédents budgétaires ont permis de réduire la dette publique de 63% à 17% du PNB et de réduire les taux d'imposition sur le revenu. Cette réduction a entraîné des recettes supplémentaires de 20%. Selon Burnham (2000), au Royaume-Uni, le NMP a permis une réduction des coûts, une hausse de la qualité des services, une meilleure productivité et une forte diminution du nombre de fonctionnaires (moins 34% depuis 1979)<sup>47</sup>... etc.

Cependant, la mise en place d'une structure de gestion aux caractéristiques issues du secteur privé met en relief un certain nombre de difficultés. Gibert (2004) souligne quatre types de limites à l'application d'une logique gestionnaire : limites d'ordre politique, idéologique, cognitif et technique<sup>48</sup>. La première limite tient à la mise en parallèle de deux rationalités, celle de gestion et celle politique. En effet, la dimension politique fait partie intégrante de la réflexion sur les changements dans le secteur public. Les réformes sont instaurées à travers des lois, décrets et directives. Ceux-ci sont l'émanation des choix de l'État en matière de gestion des administrations publiques. Cette attitude volontariste de l'État « constitue le révélateur de la logique qui préside à la construction du service public »<sup>49</sup>.

Selon Gibert (2004), l'action politique est marquée par « le besoin d'une certaine ambiguïté, la nécessité d'un certain flou pour gouverner et garder une certaine marge de

---

<sup>46</sup> Florence.P, « **La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public** », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 27, n° 3, 2003, p. 50.

<sup>47</sup> Amar.A, Berthier.L, op.cit, P8.

<sup>48</sup> Gibert. P, « **Les formes du management, le management public** », *Cahiers français* N° 321, 2004.

<sup>49</sup> Gongloff. F, op.cit., p 7.

manœuvre par rapport aux promesses électorales ». Or, la gestion semble s'opposer à cette ambiguïté puisqu'elle recherche, au contraire, le développement de choix précis.

D'autres limites du NMP peuvent être cités tels que : l'abandon des formes traditionnelles de responsabilité, des difficultés de coordination, une perte de la mémoire organisationnelle du secteur public, une augmentation de la complexité et des difficultés de contrôle et de surveillance des services ou un manque de flexibilité<sup>50</sup>.

D'autre part, l'environnement et le degré de complexité des secteurs public et privé ne semblent pas comparables. La mesure de la performance est difficile dans le secteur public en raison de la multiplicité des objectifs et des acteurs. Elle est d'autant plus difficile dans un système sanitaire où la définition de la santé et le niveau de santé visé pour une population donnée. Ne sont pas régulièrement questionnés. L'utilisation de logiques de l'entreprise au sein de l'hôpital pose le problème de la finalité des instruments. En effet, les outils issus de l'entreprise ont pour vocation la réalisation d'un profit, d'une rentabilité. Les informations financières qu'ils proposent ne sont pas les seuls éléments à propos desquels le contrôle de gestion doit rendre compte. La performance ne se situe pas uniquement au niveau budgétaire mais doit rendre compte d'aspects non financiers tels que la qualité ainsi que des indicateurs de volume.

Enfin, l'hôpital est basé sur le principe d'égalité. Il s'agit de produire le même type de soin pour tous et en tous lieux. Or, le développement d'une rationalisation des unités de soins en fonction de la demande avec l'apport de la stratégie semble contredire cette dimension égalitaire. Ainsi, selon Gibert. P, « l'opposition entre l'utilitarisme de la stratégie et du marketing et un certain égalitarisme démocratique apparaît alors flagrante ».

Au travers d'une nouvelle forme de managérialisme, l'organisation publique vit aujourd'hui des modifications fondamentales aussi bien dans ses pratiques que dans ses fondements culturels. Si ce nouveau discours apparaît légitime aux vues de profondes modifications environnementales, il ne suscite pas une adhésion uniforme. De nombreuses questions restent en suspens concernant le sens de l'action publique et les aspects sur lesquels elle se doit d'être comptable (obligation de résultats, d'efficacité, d'économie). D'autre part, dans des organisations telles que hôpitaux publics, il est nécessaire de s'interroger sur les relations entre professionnalisme et managérialisme sur les nouveaux espaces de pouvoir et de responsabilité que génèrent de telles restructurations, et les conflits qui peuvent en résulter. En effet, ces changements dans les structures organisationnelles posent « des questions plus profondes sur la nature même des professions et des professionnels et sur leur futur »<sup>51</sup>.

#### **4- De la gouvernance des entreprises à la gouvernance des hôpitaux**

L'hôpital est un élément clé de tout système de santé. Mais, il est l'une des organisations les plus complexes. La multiplicité des acteurs qui y interviennent, les nombreux défis auxquels ils sont et la diversité des missions et objectifs qu'ils doivent atteindre font de la gouvernance des hôpitaux une problématique assez complexe pour la comprendre et pour la pratiquer. Cette complexité tient en fait à deux aspects. Le premier est lié à l'hôpital lui-même en tant

---

<sup>50</sup>Peter B. Guy, « **Nouveau management public (New public management)** » in Laurie Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po « Références », 2010.

<sup>51</sup>Exworthy. M, Halford. S, *Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration?* in *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphie, 1999.



qu'organisation ouverte sur son environnement. Et le deuxième, au concept même de la gouvernance dont les limites sont insaisissables.

L'hôpital, en tant qu'organisation, est composé de l'agencement de trois sous-systèmes qui sont en interaction<sup>52</sup>: (1) le sous-système collectif de représentations et de valeurs qui a trait aux croyances, sentiments et schémas d'interprétation facilitant et/ou aggravant la communication et la coordination entre les acteurs, (2) le sous-système de gouverne composé de règles de gestion, de financement et d'information et (3) le sous-système clinique relatif à la prise en charge des patients. Et comme tout organisation, l'hôpital se caractérise par trois dimensions<sup>53</sup>: (1) le discours managérial qui définit les valeurs, la mission et la philosophie de l'organisation, (2) les structures formelles ou la matérialité de l'organisation composée de l'organigramme, la technologie et les procédures et (3) les structures informelles profondes qui résultent de l'interaction des acteurs entre eux et entre les autres dimensions. En se limitant, rien qu'à ce premier aspect, nous pouvons d'ores et déjà dire que l'hôpital est une arène soumise à des réglementations rigoureuses et où se croisent plusieurs acteurs (internes et externes) ayant des intérêts et des pouvoirs différents, et parfois divergeant. Gouverner une telle institution revient donc à ramer dans l'incertitude et faire face à des problèmes de tous genres qui peuvent survenir à tout moment. Sa gouvernance devient donc une question assez complexe ; d'autant plus que cette gouvernance est l'une des variables qui explique les bonnes ou mauvaises performances de ces hôpitaux.

Rompant avec une histoire fondée sur une logique de moyens, la gestion hospitalière est entrée dans une logique de résultats dont les maîtres mots sont gouvernance et performance. Inspirée du management des entreprises, cette logique a en principe de nombreux effets positifs, comme l'évaluation et le partage des décisions au sein des directions hospitalières. Mais cela ne doit pas faire oublier que l'efficacité de l'hôpital vient aussi des valeurs éthiques de son personnel.

La notion de gouvernance apparaît dans les années 1970. La gouvernance est une façon de gouverner, une nouvelle forme de gestion fondée sur une logique d'entreprise. L'origine du mot est anglaise : « gouvernance » ; elle renvoie à l'idée de piloter, de guider, de diriger<sup>54</sup>.

Cette gouvernance est un « processus continu par lequel les intérêts en présence et les conflits qui en résultent sont harmonisés, donnant naissance à des coopérations »<sup>55</sup>. Il s'agit d'une approche à l'origine politique et aux conséquences gestionnaire qui voudrait, en matière d'hôpital et même de santé, dépasser les cassures direction centrale - hôpital, privé- public, administratifs-soignants ... etc.

Cette application de la bonne gouvernance s'accompagne d'une redéfinition des rapports entre pouvoir public et administrés. Ces derniers passent du statut de citoyens à celui d'usagers, de clients ou de consommateurs.

---

<sup>52</sup> Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R, « **intégration des soins : dimension et mise en œuvre** », Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 2001.

<sup>53</sup> Crozier M et Friedberg E, **l'acteur et le système**, Paris : seuil ; 1977.

<sup>54</sup> Chauvancy Marie-Claire, Performance hospitalière / sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ? janvier 2009, in <https://carnetdesanté.fr/IMG/PDF>., p 1.

<sup>55</sup> Anne-Marie Fray, « **Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs** », *Management & Avenir* 2009/8 (n° 28), P143.

Selon Chauvancy Marie-Claire, la nouvelle gouvernance hospitalière est basée sur plusieurs principes, à savoir :

➤ **Un pouvoir partagé autour de la notion de contrat** ; la nouvelle gouvernance est un nouveau mode de gestion des organisations hospitalières, basé sur un contrat et une participation effective des personnels de terrain dans la prise de décision. Si la contractualisation n'est pas en soi une nouveauté, un nouveau mode de gestion interne a été enclenché, reposant sur un contrat d'objectif et de moyens, une autonomie de gestion, une responsabilité partagée, une gestion de budget.

La contractualisation introduit un nouveau mode de management basé sur le principe d'une gestion décentralisée. Le contrat permet aux acteurs une marge d'autonomie dans la gestion de leurs services, une redéfinition des rôles et des responsabilités des acteurs décisionnaires, une implication dans le choix et les prises de décisions.

➤ **Une logique de résultats fondée sur des objectifs** ; la définition des objectifs et la mesure des résultats obtenus doivent permettre une meilleure lisibilité de la dépense publique. Cette lecture plus transparente autorise maintenant une meilleure répartition dans l'allocation des deniers de l'État en termes d'efficacité et d'équité. La logique de moyens a cédé le pas à une logique de résultats.

➤ **Une politique fondée sur la performance** ; dans un contexte plus procédurier et de restrictions budgétaires, l'hôpital est contraint de s'interroger sur sa performance. Si la performance vise un résultat, une qualité de service rendu et l'efficacité, alors l'hôpital doit répondre de l'utilisation au mieux de ses ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients sécurité et qualité des soins. Les critères de performance hospitalière peuvent être définis comme suit <sup>56</sup>: des soins de qualité au moindre coût, des ressources allouées aux soins utiles, des soins accessibles à tous ceux qui en ont besoin.

Les gestionnaires hospitaliers se retrouvent donc face à de nouvelles problématiques déjà connues du monde de l'entreprise, celles du pilotage de la performance et de la gestion logistique dans un objectif de création de valeur. Ces derniers vont donc utiliser les mêmes outils de management de la performance que ceux utilisés par le monde de l'entreprise qu'ils vont adapter à leurs besoins spécifiques. Indicateurs, tableaux de bord, pilotages financiers font leur entrée à l'hôpital. La diffusion de l'information, la mise en œuvre de démarches de qualité et de gestion des risques la gestion en termes d'analyse stratégique ont permis à l'hôpital de s'engager dans un processus de modernisation de son mode de fonctionnement, et rendre ainsi l'hôpital « plus transparent ».

La gouvernance hospitalière peut donc se définir à travers ces approches comme un ensemble de systèmes et pratiques facilitant la représentation vers l'avenir, les stratégies de changements, les projets portés par des valeurs de confiance et de solidarité. Cet ensemble met en avant le partage des responsabilités, les contours des systèmes d'information et des modes de financement des organisations de santé<sup>57</sup>. Elle se différencie de la gouvernance d'entreprise (contrôle des dirigeants et intérêt des actionnaires) par son aspect stratégique et ses objectifs de projets qui concernent à la fois les stakeholders (Etat, réseaux, caisses paritaires, mutuelles,

---

<sup>56</sup>Chauvancy Marie-Claire, op.cit, p4.

<sup>57</sup> Budet JM., « **Les clés de la gouvernance hospitalière** », Gestions Hospitalières, n°430, novembre, cahier 181, 2003.

universités... etc.) et les stakeholders (direction, corps médical, corps soignants, patients, service de gestion des services...etc.)<sup>58</sup> .

En conclusion et au regard de ce qui précède, on constate que les cadres théoriques existant dans le champ de l'économie peinent à rendre pleinement compte des problématiques des établissements hospitaliers publics. Ces difficultés plaident pour l'élaboration d'une véritable théorie de l'hôpital, au-delà de la théorie de la bureaucratie professionnelle de Henri Mintzberg afin d'intégrer les multiples dimensions de cet objet de gestion complexe.

Le *New Public Management* apparaît, cependant, comme un nom donné à un ensemble de pratiques de gestion outillées tirées des techniques de gestion des entreprises, venant constituer en même temps le support du managérialisme du domaine (son idéologie)<sup>59</sup>, la gouvernance des organisations publiques ainsi instituée étant en quelque sorte une gouvernance sans « gouvernement ». Au-delà même de l'Etat-administratif, le *New Public Management* ouvre l'idée d'une société « post-libertaire » qui puisse se passer du « gouvernement ». Or, pour que la gouvernance existe, il faut tout de même bien que l'Etat existe antérieurement d'où, en quelque sorte, son impossibilité ontologique. Sauf à penser qu'il s'agit, au travers de la concurrence érigée en principe, de faire du marché la « forme ultime » de l'organisation politique et sociale, en particulier en tant que forme supérieure à celle de l'Etat.

---

<sup>58</sup> Limpens J.M, « **La gestion d'un hôpital sous l'angle de la corporate gouvernance** », Gestions Hospitalières, n°430, 2003.

<sup>59</sup> Pesqueux.y, **le nouveau management public ou le new public management**, 2006, hal-00510878, p9.

### **Section III : Les déclinaisons du Nouveau Management public au sein de l'hôpital.**

Dans la section précédente, nous avons abordé la définition et les principes du nouveau management public. Nous avons vu que l'idée principale du NMP était de transposer les concepts de l'entreprise privée au sein des organisations publiques. A travers cette section, on va présenter les principales matérialisations du NMP dans le secteur hospitalier.

La doctrine du New Public Management (NPM) est souvent considéré comme dominante dans l'évolution du système de santé. Volonté de rationaliser l'action publique à partir de la notion de l'efficacité et de valorisation des méthodes du secteur privé, le NPM a connu un essor particulier et ce, dans différents pans de l'Etat, de l'armée à l'éducation en passant par la fonction publique hospitalière<sup>60</sup>.

Le Nouveau management public, sous une appellation unique, est décliné de manières diverses selon les politiques publiques des pays<sup>61</sup>. Dans le champ de la santé, plusieurs outils reflètent cette logique tel que le contrôle de gestion, la contractualisation et la démarche qualité d'accréditation/certification. Ces outils véhiculent en eux-mêmes toute la philosophie gestionnaire du nouveau management public. Ils ont conduit à transformer en profondeur, quoi que de manière encore relative, l'énorme machine hospitalière, considérée encore il y a peu comme une « *boîte noire* » d'une opacité quasi totale. Ils s'inscrivent dans un processus qui conduit à multiplier les outils de gestion et à développer toujours plus les systèmes d'information, dans un univers où dominait l'information orale entre les soignants et où l'indépendance des médecins dans l'exercice de leur pratique professionnelle est garantie par la loi. Avant de tenter d'identifier la manière dont ces outils ont véhiculé la logique gestionnaire dans les organisations de santé, nous présenterons sommairement le fonctionnement de ces derniers.

#### **1- Le contrôle de gestion en milieu hospitalier**

L'hôpital public, bien qu'étant un établissement public, a cette particularité d'avoir une certaine autonomie. Toutefois, la mise en place ou même la reconnaissance de l'importance de l'existence du contrôle de gestion en son sein a été un processus long et complexe. Néanmoins, il faut noter que des formes de contrôle existent depuis longtemps à l'hôpital, mais, ont toujours été orientées vers la connaissance des coûts de par le développement de la comptabilité analytique, même si leur utilisation réelle reste limitée.

L'organisation hospitalière pose de nombreux défis pour le design et la mise en œuvre de techniques de contrôle de gestion à l'hôpital. L'hôpital peut, en effet, être analysé comme une organisation de services, une organisation publique et une organisation professionnelle, et chacune de ces catégories pose une problématique spécifique vis-à-vis du contrôle de gestion<sup>62</sup>. Afin de donner plus de sens à cette présentation, nous allons tout d'abord spécifier rapidement ici ce que nous entendons par contrôle de gestion, les hypothèses sur lesquelles il repose et la

---

<sup>60</sup> Avelé.D, Bikourane.N, **la mise en œuvre d'outils de contrôle de gestion et management de la performance en milieu hospitalier : une approche par étude de cas dans les hôpitaux publics camerounais**, p5, in [intercostos.org/documentos/congreso-15/AVELE.pdf](http://intercostos.org/documentos/congreso-15/AVELE.pdf).

<sup>61</sup> Hood.C, Guy.P, «**The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?** » Journal of Public Administration Research and Theory 14 (3) (julio 1), 2004, P 267 -282.

<sup>62</sup> Berard.E, **Rôle des instruments de gestion au sein des organisations : une approche socio matérielle**. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans un hôpital public français, thèse de doctorat en Gestion et management, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I'ESCP Europe, 2013, p13.

vision de l'organisation qu'il suppose ; puis, nous montrerons ensuite la particularité du contrôle de gestion à l'hôpital.

### 1-1 Le modèle classique du contrôle de gestion :

Anthony définit dans son ouvrage best-seller le contrôle de gestion comme "le processus par lequel les managers obtiennent l'assurance que les ressources sont obtenues et utilisées de manière efficace et efficiente pour réaliser les objectifs de l'organisation". On a reproché à cette conception d'être trop technique et instrumentale, le contrôle de gestion faisant figure d'outil de suivi de la performance financière de l'entreprise et subordonné à la stratégie. Comme le souligne Bouquin, Anthony, doutant de l'efficacité de cette vision comptable, modifie quelque peu la définition à l'occasion de la réédition de son ouvrage en 1988<sup>63</sup>. Désormais le contrôle de gestion est "le processus par lequel les managers influencent les autres membres de l'organisation pour mettre en œuvre les stratégies de cette organisation ". D'une vision économique-comptable, on passe à une vision quasiment sociologique du contrôle de gestion, celui-ci pouvant être assimilé à un vecteur de régulation des comportements dans les organisations<sup>64</sup>. On peut faire l'hypothèse qu'Anthony, encore empreint de la théorie néoclassique de la firme au moment de la rédaction de son premier ouvrage, a tenu compte pour le second des nouvelles théories économiques de l'entreprise, notamment celles relevant de la théorie comportementale de l'entreprise qui ont été développées entre les deux éditions<sup>65</sup>. Malgré cette évolution importante dans sa définition du contrôle, Anthony conserve une vision segmentée, hiérarchisée et fonctionnaliste de l'entreprise : à chaque échelon (dirigeants, managers et exécutants) son niveau de décision (la stratégie, la tactique et le courant). L'auteur n'intègre finalement qu'à la marge les travaux récents sur l'organisation (Simon (1964), Cyert et March (1963)). Toutefois, il ne faudrait pas en conclure qu'Anthony considère l'entreprise comme un monobloc, il serait même l'un des premiers théoriciens du contrôle de gestion à souligner que l'objectif de ce dernier "est la convergence des buts, ce qui signifie qu'un tel système devrait être construit de telle façon que les actions menées par les responsables opérationnels en accord avec leurs propres intérêts aillent aussi dans le sens des intérêts de l'entreprise dans son ensemble". Si Anthony n'approfondit pas plus l'idée de convergence des buts dans son ouvrage, elle sera en revanche approfondie par de nombreux autres théoriciens du contrôle organisationnel, en particulier par Michel<sup>66</sup>.

---

<sup>63</sup> Anthony R.N., **The management control function**, The Harvard Business School Press, 1988, p35.

<sup>64</sup> Par cette nouvelle définition, Anthony se rapproche sérieusement de la définition de contrôle donnée par Hofstede dès 1967: "Le contrôle à l'intérieur d'un système organisationnel est le processus par lequel un élément (personne, groupe, machine, institution ou norme) exerce une influence intentionnelle sur les actes ou actions d'un autre élément", (Hofstede G. (1967), *Contrôle budgétaire, Les règles du jeu*, Editions Hommes et Techniques, (Trad. Française) 1977, p.13

<sup>65</sup> On peut citer deux contributions majeures qui ont probablement influencé Anthony. D'une part, Simon H..., 1964, conteste le réalisme du modèle néoclassique de l'entreprise qui suppose l'individu animé d'une parfaite rationalité. Il introduit alors le concept de "rationalité limitée". Dans la lignée des travaux de Simon, Cyert R.M. et March J.G., *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1963, avancent que la firme ne peut être représentée par un point comme le suppose la théorie néoclassique, mais qu'elle constitue une organisation mettant aux prises des groupes aux intérêts multiples. La représentation de la firme évolue fortement en quelques années, passant d'une firme point ayant un unique objectif, celui de la maximisation du profit au moyen d'un ensemble de ressources, ses agents étant au service de cet objectif, à une organisation complexe composée de groupes dont les intérêts ne sont pas forcément identiques. Le contrôle de gestion comme vecteur de régulation des comportements prend dans ce nouveau cadre de réflexion, celui des "behavioristes", toute sa signification.

<sup>66</sup> - Fiol M., **Le contrôle de gestion est-il encore un mode de convergence des buts ?** in Questions de contrôle, sous la dir. de Collins L., PUF, Coll. Gestion, 1999, pp.97-122.

Par ailleurs, la définition rénovée d'Anthony met également en avant un contrôle de gestion qui participe clairement à la déclinaison de la stratégie.

## **1-2 Le contrôle de gestion et la performance hospitalière**

L'hôpital est confronté à une double contrainte, des exigences concernant leurs prestations et des contraintes budgétaires. Cela entraîne une forte demande d'outils de gestion (Moison, 1999) expliquant l'emprunt de certaines techniques ou démarches au monde de l'entreprise. En effet, l'hôpital, de par la particularité de son activité, ne satisfait pas à ces conditions de base. La mesure de la production constitue toujours une difficulté importante<sup>67</sup>.

Dans ce contexte, on assiste à une forte demande en outils de gestion et le déploiement des méthodes de contrôle de gestion empruntées au mode de l'entreprise afin de réduire les dérivés budgétaires et d'accroître la responsabilisation des auteurs. Cela permettra d'évoluer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats<sup>68</sup>. Ainsi et autant que système de pilotage, le contrôle de gestion a pour but d'améliorer les rapports entre les ressources engagées, les activités développées et les résultats obtenus dans le cadre déterminé par une démarche stratégique préalable.

Par ailleurs, le contrôle de gestion est un mode de contrôle instrumenté qui se décline avant tout en termes d'outils : étude de coûts, tableaux de bord. Or, on assiste aujourd'hui à une forte évolution du concept de la performance au point même que le concept de contrôle de gestion semble de plus en plus contesté au profit de la notion de management de la performance. On verra donc que l'attention est de moins en moins centré sur les coûts, mais d'avantage sur la performance organisationnelle. Les outils du contrôle de gestion ayant évolué, la comptabilité reste tout de même le socle du contrôle de gestion et est, d'ailleurs, complétée par des instruments de pilotage plus adaptés aux contenus fluctuants de la performance.

Dans la plupart des pays occidentaux, des mécanismes de régulation fondés sur le financement des institutions du système hospitalier ont été appliqués. Ces mécanismes ont pour but principal la maîtrise des croissances des dépenses et l'amélioration de l'efficacité des hôpitaux. Par exemple, l'instauration des modes de paiement par forfait aux Etats Unis pour les patients Medicare, en Belgique pour la biologie clinique et la radiologie et en France pour faciliter sa mise en place. Le contrôle de gestion s'accompagne de nouvelles notions telles que le Programme de Médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ou le Groupe Homogène de Malades (GHM). Initialement, le PMSI est un outil d'allocations budgétaires, de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. A l'utilisation, le PMSI a soulevé de nouvelles fonctionnalités. Il permet de disposer de données sur les types et le volume des pathologies traitées et, de connaître le coût réel des hospitalisations. Le PMSI et le GHM sont fortement corrélés. Le GHM recueille et traite les données pour les courts séjours. Cette classification permet de regrouper les séjours hospitaliers dans les entités présentant une double homogénéité sur un plan médical et économique. Le PMSI et le GHM sont deux éléments indispensables à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A).

---

<sup>67</sup> Boussetta.M, Alami.S, « **L'adoption du Contrôle de Gestion à l'Hôpital Marocain : Explication par l'approche PLS** », European Scientific Journal February 2017 edition Vol.13, No.4, P171. PP167-181.

<sup>68</sup> Hood.C, **New public management in the 1980s**: variation on a theme, accounting organizations and society, 1995, pp93-109.

Les outils développés du contrôle de gestion vont s'atteler à combiner des informations financières et non financières à travers les tableaux de bords qui visent via des indicateurs l'anticipation plutôt que la réaction. De plus en plus étudié et déployé au sein des hôpitaux, le Balancend Scoracard (BSC) est un tableau de bord stratégique et prospectif qui concrétise la performance transversale à travers quatre axes : financier, patient/usager, processus opérationnel et apprentissage organisationnel/compétences<sup>69</sup>.

## **2- L'approche contractuelle**

Les systèmes de santé sont de plus en plus complexes et les intervenants sont plus nombreux et variés. Dans ce contexte, la gestion des relations entre les différents acteurs devient un élément crucial de la performance de système. En s'inscrivant dans la logique du marché tout en respectant les spécificités de bien public de la santé, la contractualisation apparaît comme un moyen ouvrant de larges perspectives pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

La démarche contractuelle semble être l'outil privilégié qui permettra à l'établissement public hospitalier de dépasser ses dysfonctionnements et d'instaurer des liens organisationnels appropriés dans le sens des changements.

Ainsi, la contractualisation, comme son nom l'indique, devrait être un contrat établi entre l'hôpital prestataire de soins et les caisses de sécurité sociale pour les assurés, l'action sociale pour les démunis, et enfin les malades eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni cotisants à une caisse ni démunis<sup>70</sup>.

### **2-1 La notion de la contractualisation**

Définir la contractualisation et comprendre sa logique nous permettra de cerner son contenu. Tout d'abord, il faudrait définir la notion du contrat ; le mot contrat puise son origine dans le mot latin « contractus » qui signifie engagement des personnes.

Le contrat est un acte juridique de droit privé, de la famille des obligations et de la catégorie des conventions. Le Code civil algérien, dans son article 54, le définit comme une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose.

La contractualisation consiste à établir un contrat entre les établissements public de santé et les organismes de sécurité sociale. Ce contrat impose aux contractants des droits et obligations, ce qui, dans le cas présent, doit se traduire par une facturation qui correspondrait à une prestation réellement fournie. Elle est souvent présentée comme un moyen pour redéfinir les relations entre les principaux acteurs du système de santé en vue d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources disponibles<sup>71</sup>.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la contractualisation est un arrangement (ou contrat) qui constitue un accord entre deux agents économiques (ou plus) par lequel ils

---

<sup>69</sup> Avelo.D, Bikourane.N,op.cit, p5.

<sup>70</sup> Mahyaoui. Y, **Etude juridique-économique de la contractualisation dans le système de soins**, Thèse de doctorat, Université de Paris VII, 2003, p. 258.

<sup>71</sup> Chougrani.S, Miloud.K, « **expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé** », Journal d'Economie Médicale, vol28, N°5, 2010, p 181.

s'obligent à céder ou s'approprier, faire ou ne pas faire certaines choses<sup>72</sup>. C'est donc une alliance volontaire de partenaires indépendants.

Il y a lieu de s'interroger sur la nature de la contractualisation dans le système de soins. S'agit-il d'un contrat qui traduit un accord de volonté ou d'un instrument juridique de puissance publique qui justifie l'intervention de l'Etat ? Dans ce cas, l'on se trouve devant une situation de contrat administratif d'adhésion ou, « l'Etat », autorité, intervient en tant que régulateur et implicitement oblige l'agent « l'établissement de soins » à coopérer. L'introduction du contrat dans le système de soins peut alors exclure la négociation et favoriser l'intervention de l'Etat par des clauses opposables aux établissements de santé.

Par ailleurs, la contractualisation se subdivisera en contractualisation externe et en contractualisation interne. La contractualisation externe a pour objet de mettre en relation les établissements de soins et leurs bailleurs de fonds représentés par la sécurité sociale, la solidarité nationale et les assurances économiques, ce qui, en définitive, impose pour ces derniers le développement des fonctions indispensables pour la quantification, le suivi, l'évaluation et le contrôle des prestations médicales et paramédicales dispensées à leurs clients. Quant à la contractualisation interne<sup>73</sup>, elle se fera entre la direction d'un établissement de santé et les différents services dont il se compose. Elle mettra l'accent sur la redynamisation des bureaux des entrées ainsi que sur les actions d'évaluation qu'il faudra mener afin de mettre en place les projets de services qui permettent de connaître quel type de travail exerce effectivement chaque membre du personnel.

La contractualisation s'impose aujourd'hui comme la seule alter nature visant à la fois, une amélioration qualitative de l'offre de soins et la responsabilisation des équipes hospitalières. La fixation d'objectifs et la mobilisation de l'ensemble des ressources de l'hôpital par l'instauration d'un dialogue avec la direction, en pleine coopération avec le corps médical, sont requis.

## **2-2 La logique de la contractualisation**

La contractualisation vise à améliorer les performances des systèmes de santé. L'on peut présenter la contractualisation à travers ses principaux éléments ;

- La contractualisation n'est pas un outil spécifique au secteur de la santé ; tous les secteurs de la vie économique et sociale en font usage. Pour cette raison, elle doit faire l'objet, autant que possible, d'une approche commune au sein de chaque pays.
- La contractualisation ne peut être réduite au seul contrat, elle est un processus qui s'inscrit dans le temps et dont le contrat n'est qu'une étape. Elle introduit un mode de relations entre les acteurs qui n'est basé ni sur la concertation ni sur la relation hiérarchique.
- La contractualisation concerne potentiellement tous les acteurs qui œuvrent pour une meilleure santé des populations ; acteurs du secteur public (Ministère de la santé et ses entités autonomes « agences décentralisées, hôpitaux », collectivité territoriales « régions autonomes »), acteurs du secteur privé (institutions de soins, praticiens libéraux, communauté),

---

<sup>72</sup> Saihi, A., **la contractualisation « l'expérience étrangère »**, Ecole national de santé public, Revue le Gestionnaire, N° 2, Alger, Juillet 1998, P. 59.

<sup>73</sup> Ségal, J., **Contractualisation à l'hôpital**, Masson, Paris, 2000, p. 19.



mais également partenaires au développement. La contractualisation les concerne tous, sans exclusive. Leur statut public ou privé est important mais n'est pas essentiel.

➤ La contractualisation concerne aussi potentiellement toutes les fonctions d'un système de santé : on pensera bien sûr d'abord à la prestation de services non médicaux (maintenance, entretien, restauration, formation) ainsi qu'à la prestation de services de santé. La contractualisation peut également concerner la production de biens reliés à la santé, le financement de la santé (au travers des institutions d'assurance), l'appui technique et financier de la part de coopérations extérieures.

➤ La contractualisation ne doit pas être confondue avec la privatisation. Elle considère les arrangements institutionnels comme une donnée du système. Elle n'a pas l'objectif d'augmenter le nombre d'acteurs privés. Mais, comme les relations sont basées sur la négociation, les acteurs adoptent des règles qui prévalent davantage dans le secteur privé.

➤ Dans cette approche, le rôle de l'Etat est essentiel : conscient des risques d'un développement incontrôlé d'arrangements contractuels spécifiques, celui-ci doit être le garant d'une approche systémique, seule capable d'améliorer durablement la performance du système de santé.

➤ La création et la mise en œuvre de relations contractuelles demandent du temps si l'on veut qu'elles soient solides et aient un impact sur l'organisation du système de santé. De même, la mise en œuvre d'une relation contractuelle implique des coûts de transaction qu'il ne faut pas minimiser car ils peuvent annihiler les bénéfices directs de cette relation contractuelle.

### **2-3 Les différentes phases de la contractualisation**

Nous présentons d'une manière globale les différentes phases du processus contractuel comme suit :

➤ **Phase de lancement** : qui s'appuie sur une forte communication interne et au besoin de la formation, mais aussi sur la mise en place d'un dispositif tant à l'intérieur qu'en relation avec l'agence.

➤ **Phase de diagnostic** : qui commence par un auto-diagnostic dans l'établissement reposant sur une démarche participative.

➤ **Phase de propositions contractuelles** : qui permet de cadrer le contrat à partir de la synthèse des différents éléments : auto-diagnostic, projet d'établissement, schéma régional de planification et orientations stratégiques de l'agence. Cette étape permet d'impulser une dynamique interne et de réaliser un ajustement entre l'agence et l'hôpital sur le rang des priorités.

➤ **Phase d'échange et de négociation** : qui assure les ajustements et précise le calendrier de mise en œuvre. Les modalités de mise en œuvre sont précisées.

➤ **Phase de rédaction de contrat** : qui implique que les indicateurs de suivi et de résultats soient bien pris en compte.

➤ **Phase de consultation et d'adoption** : ceci pour que les différentes instances de l'hôpital se prononcent sur le document contractuel. La forte participation de tous les acteurs de l'hôpital tout le long du processus permet d'éviter la remise en cause, dans cette phase, ce

qui ne remet pas en cause les données du contrat et de fait, tout le processus de négociation avec l'agence.

➤ **Phase de signature** : qui s'appuie sur l'examen de délibération de l'instance exécutive de l'agence.

➤ **Phase de mis en œuvre** du contrat avec la mise en place des instances chargées de son suivi.

Il ne s'agit pas de recette miracle, mais il faut toujours avoir à l'esprit que l'élaboration d'un projet de contractualisation prend du temps qu'il convient d'estimer au départ du processus. Il sera préjudiciable de griller les étapes. Ainsi, l'on peut voir que l'élaboration d'un projet de contractualisation prend du temps, qu'il convient de l'estimer au départ du processus.

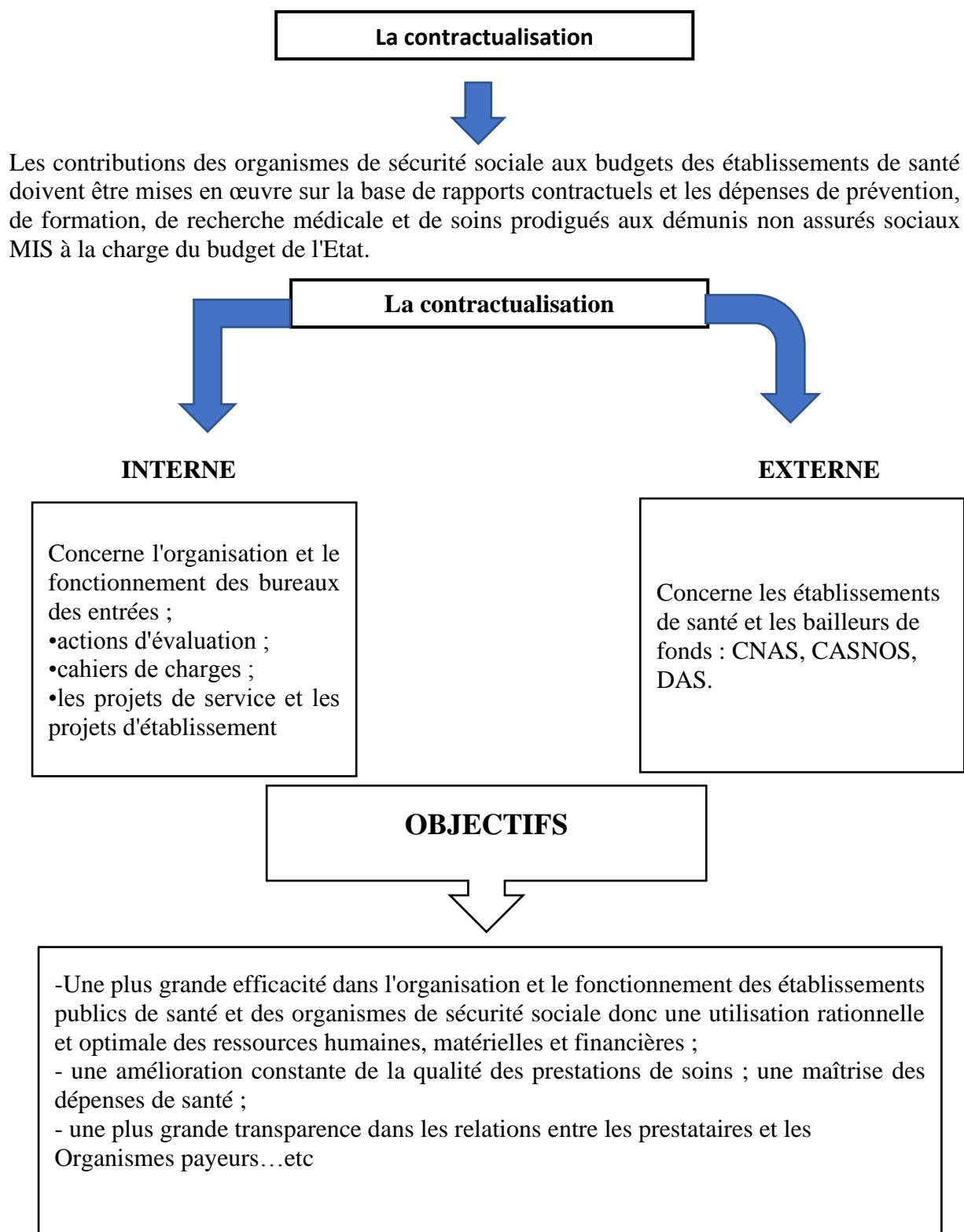
#### **2-4 la contractualisation en Algérie**

La contractualisation en Algérie n'est pas encore généralisée, elle est appliquée uniquement entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins publics. Elle est axée exclusivement sur le financement. Plus concrètement, on envisage de passer du forfait hospitalier au paiement au prix moyen à la journée d'hospitalisation. Puis enfin, le paiement à l'acte comme ultime étape<sup>74</sup>. Le schéma ci-dessus permet de présenter la contractualisation en Algérie de la façon suivante :

---

<sup>74</sup> Guettaf.L, Foudi.B, « **la coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé Algérien et Marocain** », revue de sciences humaines-université Mohamed Khider Biskra, N°23, novembre 2011,p 35.

**Figure N°04 : La contractualisation en Algérie**



SOURCE : Rapport de la Direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la wilaya de Constantine « Contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale », Le 09/10/2015.

L'adoption de la contractualisation s'intègre dans le cadre d'une vaste opération de redynamisation de la gestion des établissements publics qui consiste à mettre en place de nouveaux outils d'évaluation et de mesure de la performance.

C'est à la suite des conclusions du Conseil Interministériel du 21 Mars 1995 qu'un Comité interministériel chargé de la contractualisation a été installé le 10 Avril 1995. En septembre 1997<sup>75</sup>, le gouvernement a émis une instruction relative à la mise en œuvre du processus de l'expérience du système du dossier médico-administratif du patient au niveau des établissements de santé afin de réactiver l'article 128 de la Loi de finance de 1993 qui devait instituer la relation contractuelle entre les établissements publics de santé en remplacement du forfait-hôpitaux<sup>76</sup>.

Le recours à la contractualisation est dû principalement à la volonté des pouvoirs publics de rationaliser les dépenses publiques par le biais de la responsabilisation des acteurs et à travers l'introduction de la notion de l'imputabilité dans la réalisation des missions des services publics de l'Etat.

La réalisation d'une telle intervention, à savoir l'introduction d'une nouvelle démarche stratégique dans la gestion d'un secteur jusqu'ici malade, signifie entre autres, le changement de mentalités et de comportements. Pour assurer l'adhésion des professionnels de la santé, une période transitoire a été inscrite ainsi que des projets pilotes relatifs à la facturation à blanc au calcul des coûts des prestations, au regroupement des malades par diagnostics et à l'évaluation de la performance<sup>77</sup>.

La nouvelle démarche a suscité même la révision et l'adaptation des lois régissant le secteur de la santé afin de mettre en œuvre de nouvelles dispositions pour encadrer l'opération.

Parmi les approches novatrices, citons l'instauration du projet d'établissement et du projet médical qui représentent, en somme, les fondements de la contractualisation interne et externe.

Par ailleurs, le projet médical fait partie du projet d'établissement : ce dernier n'est que la concrétisation des politiques et des orientations générales contenues dans un projet global et pluriannuel. L'opérationnalisation des objectifs du projet d'établissement s'effectue donc par des contrats d'objectifs et de moyens (COM) entre la direction de l'établissement hospitalier et les cadres professionnels de cette institution. Ces contrats annuels concernent généralement le fonctionnement des services et les objectifs à réaliser. Pour finaliser ces contrats, des budgets de services doivent être élaborés afin de mettre en exergue les menaces à gérer et les opportunités à saisir.

A la lumière de ce qui a été dit, l'on considère que la contractualisation est comme une approche plus rationnelle dans la gestion financière des établissements publics de soins. Elle vise essentiellement la réalisation des objectifs suivants :

- la réforme du mode de financement de la santé,
- l'amélioration de la qualité des prestations de soins,

---

<sup>75</sup> Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico – administratif du Patient au niveau des établissements publics de santé.

<sup>76</sup> La loi des finances de 1993 a introduit le principe de la contractualisation, entre les organismes de sécurité sociale et les établissements publics de santé, comme nouvelle modalité de financement des activités de soins en remplacement du forfait – hôpitaux.

<sup>77</sup> Lallouche.S, **le système hospitalier Algérien : une évolution nécessaire**, thèse de doctorat en droit privé, l'école doctorale INTER-MED Perpignan, 2016, p 193.

- la plus grande transparence dans les relations entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins,
- une meilleure maîtrise des dépenses pour l'ensemble des partenaires ;
- la plus grande efficacité dans le fonctionnement du système public de soins et des organismes de sécurité sociale, permettant une utilisation optimale des ressources ;
- une dotation budgétaire en fonction de l'activité de soins, le but final étant d'autonomiser le budget des hôpitaux. Chaque hôpital aura le budget des prestations qu'il fournit et non un budget annuel forfaitaire comme cela se fait jusqu'à l'heure actuelle.

### **3- L'évaluation comme outil de performance :**

L'hôpital est tenu d'être à la hauteur des aspirations des citoyens pour la prise en charge de leur santé. De nouvelles mesures de gestion doivent être introduites. L'évaluation constitue l'une de ces mesures. Elle modifie les comportements des personnels et des décideurs et elle permet de prendre des décisions en fonction des lacunes et des insuffisances constatées.

L'intérêt et les avantages qu'offre l'évaluation permettent aux établissements de progresser et de répondre favorablement aux attentes des citoyens en matière d'amélioration des prestations. Il existe trois dimensions pour l'évaluation de la qualité dans le système de soins, à savoir : les moyens mis en œuvre dans les structures de santé ; la façon dont ces moyens sont mis en œuvre pour atteindre l'objectif fixé et enfin, les résultats obtenus, bien que ces derniers soient difficilement évaluables. L'évaluation du résultat ne peut être immédiate car elle constitue un long processus qui permet d'enrichir les connaissances concernant la qualité des soins.

Cependant, L'évaluation peut être définie comme suit : « L'évaluation d'une politique a pour objet d'apprécier, dans un cadre déterminé, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre. »<sup>78</sup> Le mot évaluation regorge de sens selon le champ de son application et l'approche qui en est faite.

Ainsi, l'évaluation n'est ni un contrôle, ni un contrôle administratif ni une vérification comptable ni un contrôle de gestion ni une analyse financière.

L'évaluation est une démarche à mettre en place à partir des enjeux d'une certaine réalité pour changer quelques comportements ou, tout simplement, pour être plus performant dans le futur.

Par ailleurs, l'évaluation est une action technique qui consiste à fournir au producteur de soins une mesure précise de ses résultats. Evaluer, c'est apprécier l'utilité et l'efficacité de la norme, d'un règlement, d'un comportement pour, éventuellement, les modifier ou les changer.

Toute démarche d'évaluation se déroule de la manière suivante : la définition des objectifs ; description précise des activités visant à atteindre ces objectifs ; définition des procédures permettant d'effectuer les tâches nécessaires à l'atteinte des objectifs sans omettre la détection des éventuels facteurs externes, imprévisibles lors de la fixation des objectifs.

L'évaluation permet d'aborder tant le domaine financier que le domaine opérationnel tels que la gestion des achats, des soins, les actes médicaux... etc. Il faut donc distinguer entre :

---

<sup>78</sup> Lallouche.S, op.cit, P 210.

- La recherche évaluative à l'hôpital visant à faire progresser les connaissances sur l'efficacité et le coût des technologies, des diagnostics, des thérapeutiques et, notamment, des médicaments et des stratégies médicales.
- L'évaluation de l'hôpital au quotidien dans son fonctionnement interne avec ses diverses dimensions : les descriptions de l'activité de production, les évaluations de l'action médicale et administrative.
- L'évaluation quotidienne d'un point de vue extérieur : un hôpital peut fonctionner très bien intérieurement mais ne pas répondre exactement aux besoins de la population (par exemple les services techniques ne seraient pas adaptés à la demande).

Il est à noter qu'il n'y a pas de compétences sérieusement exercées sans formation, il n'y a pas de formation organisée sans évaluation.

Concernant l'hôpital, l'évaluation constitue une aide à la décision médicale et à l'allocation optimale des moyens. Parfois, elle peut atténuer le décalage entre les résultats des études scientifiques et la pratique quotidienne causée par la complexité des maladies, la diversité des cas individuels et la multiplication des spécialités tout en contribuant à définir les thérapeutiques les plus efficaces. Par ailleurs, l'évaluation fournit des instruments qui permettent d'effectuer des choix en matière d'investissement et de répartition des moyens.

Cette démarche d'évaluation ne peut que se développer dans la mesure où le système de financement par dotation globale introduit une nouvelle problématique dans le fonctionnement de l'hôpital, à savoir la contractualisation, le projet d'établissement, l'accréditation et la comptabilité analytique. En bref, il faudra de plus en plus argumenter pour effectuer les demandes d'équipements, de matériel, de personnel, et cela n'est justifié que par des études sur le coût.

#### **4- L'accréditation des établissements de sante : un outil de reconnaissance**

L'accréditation est un outil indispensable pour l'amélioration de la qualité de soins. Elle est, en outre, une preuve et une garantie supplémentaires pour les malades séjournant dans les établissements de santé. En effet, les malades sont rassurés quant au bon fonctionnement de ces établissements selon un certain nombre de standards et de normes bien établies et sur le fait que les pratiques exercées (médicales, paramédicales et gestionnaires) sont régulièrement contrôlées.

L'accréditation constitue une procédure d'évaluation externe réalisée par un organisme indépendant qui se veut être une approche visant l'amélioration continue de la qualité des soins. Elle se définit comme « Une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé effectuée par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses tutelles, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont pris en compte par l'établissement de santé »<sup>79</sup>. Ainsi, l'accréditation est opérée par un organisme indépendant.

L'accréditation ne signifie pas « labellisation » ou « certification » et elle n'est pas un préalable indispensable à l'exercice d'une activité donnée. Il s'agit d'une « appréciation » externe de la qualité d'un établissement<sup>80</sup>.

---

<sup>79</sup> Segouin. C, Bérard. A, « **Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelle** », In la revue du praticien, Paris, 2005, p. 250.

<sup>80</sup> Lallouche.S, op.cit, p221.

Pour le bon déroulement de la procédure d'accréditation, un certain nombre de principes ont été définis après concertation avec les représentants des professionnels de l'hôpital :

➤ Une procédure globale externe : c'est-à-dire un ensemble de règles écrites propres à une activité. Elle peut être générale, transversale, et s'appliquer à l'ensemble de l'établissement. En effet, l'accréditation s'applique au niveau de l'établissement de santé et non des services ou de ses activités. Il s'agit d'une procédure volontaire externe à l'établissement qui doit permettre de lui confier une reconnaissance de qualité.

➤ Un processus d'amélioration de la qualité : la finalité de l'accréditation est de garantir et d'améliorer la qualité des soins. L'accréditation est un outil externe à l'hôpital, axé sur trois objectifs : la satisfaction du patient, la satisfaction de l'établissement et de ses personnels, le respect de l'intérêt général, notamment l'amélioration de la santé de la population et l'efficacité du système hospitalier.

➤ La singularité et la place centrale du patient : les caractéristiques cliniques, sociales et psychologiques confèrent un caractère singulier à chaque prise en charge. Les référentiels sont élaborés en partant du patient, de son information et ses droits, de son dossier, de ses soins et des prestations médico-techniques qui lui sont dispensées et qui doivent être coordonnées. Par ailleurs, le patient est au centre de l'organisation hospitalière et de l'accréditation.

➤ Des droits et obligations pour tous les intervenants : nous citerons la confidentialité, la transparence et l'obligation de signalement. Ainsi, la confidentialité s'applique à l'ensemble de la procédure et s'impose à tous les intervenants dans la procédure d'accréditation.

Ainsi, l'accréditation doit être un outil qui sert au fonctionnement optimal et au développement des services offerts aux patients par les organismes de santé et non une finalité en soi. Cet outil peut aider à l'amélioration continue de la qualité en mettant à la disposition des établissements des normes et des mesures de performance. Une fois ces normes et mesures validées, l'accréditation devient un outil de la reconnaissance et de l'incitation à la qualité des soins.

## Conclusion

A l'origine lieu d'accueil pour les indigents, au cours de siècles, la mission de l'hôpital a évolué d'hôtelière vers le sanitaire. D'un système bureaucratique lourd, rigide donnant néanmoins un sentiment de sécurité aux professionnels qui y travaillaient, il est devenu une institution complexe qui comporte, cependant, des secteurs d'activité et des modes de gestion comparables à ceux d'une entreprise privée.

De ce fait, les techniques du management ont été progressivement appelées à pénétrer le secteur hospitalier comme l'avait déjà constaté Peter Drucker en 1984<sup>81</sup>. L'hôpital se voit instaurer des méthodes de production industrielle, venues du privé, dans le cadre de ce qu'on appelle le Nouveau Management public. La « santé n'a pas de prix », est un vieux luxe des trente glorieuses qui n'est plus d'actualité. La santé a un prix, un coût, qui doit rester supportable pour la communauté dans un système de santé solidaire. Les réformes qui se succèdent depuis une décennie à vitesse accélérée imposent réorganisation et prégnance de la logique économique dans un hôpital sommé d'évoluer.

Des études récentes portant sur les impacts du Nouveau Management Public en pointent les limites, voire des effets délétères<sup>82</sup>. Parmi ces effets on retrouve une montée en puissance d'insatisfactions, de la souffrance au travail pouvant conduire à l'épuisement professionnel (burnout) et engendrant, en conséquence, un taux d'absentéisme inquiétant. Une focalisation excessive sur des indicateurs économiques risque de faire oublier que le service qui produit les activités, ainsi comptabilisées et appréciées financièrement, s'adresse à des êtres humains le plus souvent en état de souffrance ou de vulnérabilité. Il s'agit alors de préserver un questionnement sur l'humanité des soins offerts.

Si le processus des soins doit devenir plus performant, plus efficace et efficient, le questionnement sur le modèle managérial le plus adapté à l'hôpital reste indispensable. A travers les différentes recherches consultées, nous ne retrouvons pas de véritable réflexion ou orientation vers un modèle managérial adapté à l'hôpital. Il expérimente des méthodes et outils importés du monde industriel dont la pertinence et l'adaptabilité à la spécificité de l'hôpital ne sont pas suffisamment prises en considération. Cette situation génère des résistances ou rejet de la part des professionnels du terrain. La nécessité d'un « management adapté » pour l'hôpital est exprimée, sans qu'il semble possible, encore, de faire émerger les critères de ce management adapté. En fait souvent référence aux difficultés financières, à la gestion économique, à la nécessité de garantir la qualité de l'offre de soins, mais en trouve peu de questionnements sur le management de fond qui peut permettre cela.

---

<sup>81</sup> Blaïd.H, « le projet d'établissement hospitalier revu sous l'ongle du management de projet », la cible N°95, dossier projets hospitaliers, février 2003, p26.

<sup>82</sup> Abord de Chatillon & C. Desmarais, **Le nouveau Management public crée-t-il les conditions de nouvelles souffrances au travail ?** *Management International*, 2012, 17 p. (la communication au congrès de l'AGRH)



## **Chapitre III**

# **Historique du modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien**

L'Algérie accorde une place particulière à l'éducation et à la santé en les priorisant dans la conduite globale des politiques publiques. Dans le domaine de la santé il faut reconnaître que de gros efforts sont consentis annuellement par l'Etat pour la réalisation d'infrastructures sanitaires d'envergure, l'acquisition d'équipements lourds et la formation des personnels de la santé. Cependant, si l'amélioration de l'état sanitaire général et de l'espérance de vie est incontestable, il faudrait relever la nette disproportion entre le volume des investissements consentis et les objectifs visés, d'une part, et la qualité des résultats obtenus, d'autre part.

Malgré les résultats incontournables qui ont été enregistrés, le système national de santé est toujours confronté à de multiples contraintes qui altèrent son efficacité et ses performances à savoir ; l'inadaptation de son organisation, sa gestion, et ses modalités de financement face aux mutations socio-économique que connaît le pays.

L'objectif de ce troisième chapitre est de présenter l'évolution du système de santé Algérien à travers l'étude de son organisation de ses ressources humaines et matérielles qu'il recèle, le mode de financement ainsi qu'à l'évolution des dépenses de santé. Nous présentons à la fin les dysfonctionnements majeurs qui entravent son bon fonctionnement.

## **Section I : l'évolution du système de santé algérien**

Le système de santé est caractérisé par une grande diversité et complexité des structures sur le plan juridique et financier. C'est un ensemble d'institutions qui a pour objectif l'amélioration de la santé et de la population. Il contribue ainsi aux soins et à la prévention.

L'organisation Mondiale de la santé le définit comme : « toutes *activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population* ».

Aborder la question du système de santé en Algérie revient à retracer son histoire pour comprendre l'état actuel des faits, surtout dans le cadre de la transition du pays vers l'économie de marché.

Le système de santé en Algérie est passé par différentes périodes de transition visant à corriger les défaillances constatées, améliorer l'état de santé des populations et permettre l'égalité d'accès aux soins à toute la population.

Dès lors, parler de l'évolution du système de santé implique une distinction de plusieurs périodes puisque à chacune d'elles correspond à une certaine organisation.

Le but de cette section est de présenter les caractéristiques actuelles de ce système en restituant les différentes étapes de développement qu'il a connues. L'histoire de ce parcours peut globalement représenter quatre périodes s'étendant schématiquement de 1962 à 1972, de 1973 à 1986, de 1987 à 2003 et de 2004 jusqu'à ce jour.

### **1- La période de 1962-1972 «reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre »**

#### **1-1 L'état du système en 1962 « l'héritage français »**

Le "système « hérité à l'indépendance était conçu pour une minorité de la population localisée essentiellement dans les grandes villes « européenne », et les régions agricoles les plus riches. Le reste de la population vivait la non-médicalisation.

Pour cette période, la politique de santé était limitée dans ces choix vu la faiblesse des moyens. Il s'agissait d'abord d'offrir à la population au minimum des prestations de soins. En parallèle une politique « d'assistance » a été mise en place par l'Etat dans le but d'éradiquer les foyers d'infections essentiellement par le biais de campagnes de vaccination.

A l'époque, il était à peine permis l'utilisation du terme "système «pour une situation non systématisée ou coexistaient un système d'assistance publique, et une médecine libérale traditionnelle sans aucune forme de coordination. La situation pour cette période peut être résumée sur les différents plans, à savoir sur celui des ressources humaines et matérielles, le plan financier ainsi que le plan organisationnel, comme suit :

✓ Les infrastructures comprenaient 156 hôpitaux « soit 4200 lits », 188 centres de santé, 13 cliniques, 130 dispensaires et salles de secours, 5 bureaux hygiène et 20 dispensaires antituberculeux<sup>1</sup>.

✓ Les ressources humaines étaient composées de 342 médecins et 250 agents paramédicaux et ont évolué pour atteindre 2000 agents paramédicaux en 1966 et un effectif très faible de gestionnaires la même année.

✓ Les ressources financières provenaient à 60% de l'Etat et des collectivités locales, à 30% de la sécurité sociale, et 10% des ménages de sécurité sociale couvrent ses adhérents, l'Etat prend en charge les populations démunies à travers le système d'assistance médicales gratuite.

✓ Sur le plan organisationnel, le système était représenté par la coexistence d'une part, d'une médecine d'Etat regroupant les établissements hospitaliers assurant les soins et les hospitalisations, gérés par le Ministère de la santé, les dispensaires assurant une assistance médicale gratuite « AMG » gérés par les communes et enfin, les centres d'hygiène scolaire gérés par le Ministère de l'enseignement. La direction départementale de la santé assurait la coordination de façon centralisée. Le secteur privé exerce suivant le mode libéral au sein de cabinets et cliniques privés.

Cette période de transition correspond à une situation de crise où les besoins sont pris en charge au fur et à mesure de leur apparition sans aucune forme de prévision étant donné l'absence de toute forme d'indicateur sanitaire et la méconnaissance de l'Etat sanitaire sur le terrain.

## **1-2 L'évolution du système au cours de la période 1962-1972**

Cette période est caractérisée par un départ massif du corps médical français, passant de 2500 à 630 médecins. Une insuffisance criarde d'infrastructures sanitaires dont la plupart concentrée au nord du pays. Tous les indices de santé étaient au "rouge" : une espérance de vie de moins de 50 ans, une mortalité infantile supérieure à 180 pour mille. Les maladies transmissibles sévissaient à l'état endémique, constituaient une importante cause de décès et d'handicaps. Il y avait 1.2 à 1.6 médecins pour deux mille habitants, 1 à 2 chirurgiens-dentistes pour cent mille habitants, 3 pharmaciens pour cent mille habitants<sup>2</sup>.

Pour faire face à cette situation dramatique, l'Etat a pris des mesures urgentes<sup>3</sup>, à savoir :

➤ La réactivité des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par le personnel de santé majoritairement d'origine française ;

➤ L'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles prévalentes et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicale » ;

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé, Séminaire sur le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne, journal l'unité, 1983, P53.

<sup>2</sup> Nacer.A, **organisation et fonctionnement des établissements publics de santé ; analyse et perspective**, formation des praticiens inspecteurs, Ecole Nationale de santé publique, el Marsa-Alger, juin 2005, P01.

<sup>3</sup> **Les systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie défis nationaux et enjeux partagés**, les notes IPAMED n° 13, Avril 2012, P47.

- La mobilisation des ressources humaines locales « formation d'adjoints médicaux de la santé publique » l'appel à la coopération étrangère et l'instauration d'un mi-temps obligatoire dans le secteur public pour les praticiens du secteur privé ;
- La mobilisation des ressources financière indispensable dans un pays où le PIB n'excédait pas 400 dollars par habitant.

Pour appliquer ces orientations, une série de textes réglementaires a été prise tendant vers l'unification et l'uniformisation du système acquis à l'indépendance, à savoir :

En 1963 : l'instauration du service civil de deux ans « décret du 14 juin 1963 qui instaure cette autorisation délivrée par le ministère de la santé publique » pour tout le corps médical, pour son installation à titre privé, a provoqué une crise ouverte, surtout par la mesure « tentative de nationalisation-socialisation<sup>4</sup> » engagée à l'époque qui va interdire toute installation tout en maintenant celles qui existaient déjà. Ainsi a été instauré le plein temps obligatoire.

En 1964 ; création de l'institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA) qui avait pour objectif de « réaliser les travaux d'études et de recherches en santé publique, nécessaire au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».

En 1965 ; des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose ont été mis en place avec le soutien de l'Organisation Mondiale de la Santé.

En 1966 ; instauration de prestations à mi-temps dans les services publics pour les médecins exerçant dans le secteur privé.

On procédait à l'unification des services extérieurs du Ministère de la Santé avec fusion des directions départementales de la santé et des directions départementales de la population. A cette même époque, cette mesure est étendue aux départements du sud.

Le décret 66-73 du 04 avril 1966 rattache les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires [vaccination de masse par le BCG chez les enfants].

En 1969 : décret rendant les vaccinations obligatoires et gratuites-création de la pharmacie centrale algérienne dont le mandat assigné était d'assurer le monopole d'importation, de production et de répartition des produits pharmaceutiques.

En 1972 : vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral. La nationalisation du pétrole qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « révolution industrielle, agricole et culturelle ». Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques.

---

<sup>4</sup> Oufriha F-Z, **cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie**, OPU, Alger, 1992, p54.

### 1-2-1 les ressources humaines :

Durant cette période, les ressources humaines réalisent une évolution caractérisée surtout par une augmentation très faible des effectifs. La coopération étrangère a constitué un appoint salubre durant cette période, comme le montre le tableau ci- après :

**Tableaux N° 01 : la répartition des ressources humaines**

	1962		1965		1969		1973		1962/1973
		%		%		%		%	%
<b>Médecin :</b>	1278	-	1419	-	1698	-	2300	-	+80
Algérien	341	26	304	21	519	30	940	40	+175
Etrangers	937	74	1115	79	1179	70	1300	60	+38
<b>Chirurgiens- dentistes</b>	145	-	127	-	22	-	350	-	+141
<b>Pharmaciens</b>	260	-	186	-	265	-	370	-	+42

**SOURCE :** Abdelkarim Makhloufi,  **système de soins et politique de santé en Algérie, thèse de doctorat**, université Paris-Dauphine, 1987, P55.

Au bout d'une décennie, on constate donc une disparité accrue entre les besoins d'une population qui connaît une faible progression numérique sans corrélation avec la demande.

### 1-2-2 Les ressources matérielles

Elles ont été caractérisées par leur insuffisance quantitative et qualitative, ainsi que par une ventilation régionale socialement déséquilibrée. L'évolution durant cette période était de la manière suivante :

**Tableau N° 02 : les ressources matérielles**

	1962	1966	1969	1972
- lits organisés	40500	39.418	38.978	38.737
- établissements généraux	143	148	148	148
- établissements spécialisés	-	15	15	15
- polycliniques	0	0	0	16
- centre de soins	188	256	308	307
- salles de soins	1016	1081	1005	1266
- centre de PMI	0	0	77	133

**Source :** établi par nos soins sur la base des informations du ministère de la santé.

Si le nombre d'établissements hospitalières est resté inchangé, le nombre de lits a légèrement chuté, alors que la réalisation des unités légères est restée nettement en dessous des besoins.

La couverture sanitaire a connu une efficacité inégale, selon la géographie humaine, à peu près préservée dans les zones urbaines, qui disposent et s'appuient sur des structures existantes « établissements hospitaliers, dispensaires...etc » et sur un agrégat de ressources médicales et paramédicales.

Elle est dérisoire en zone semi rurales, articulée autour des rares centres de soins et salles de consultations. Elle est surtout le fait d'agents paramédicaux souvent sans formation et sans qualification. Les zones semi rurales sont, à cette époque, exceptionnellement médicalisée, les médecins allant naturellement vers les zones de plus grandes densités humaines. Quant aux zones rurales, elles ne bénéficiaient pas d'une couverture satisfaisante et de l'assistance d'une politique nationale de santé.

## **2- La période de 1973 à 1986 : « vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics »**

Cette période peut être considérée comme « l'âge d'or » de la santé. Une série de textes va constituer l'ébauche d'une réglementation et d'une législation sanitaire tendant vers une unification et une uniformisation du système de santé. L'avènement de la gratuité des soins et le tournant des années 1980 marquent la mutation historique dans l'organisation du système de soins.

### **2-1 L'institution de la gratuité des soins**

#### *2-1-1 Présentation :*

L'institution de la gratuité des soins dans le secteur public constitue une phase décisive dans l'histoire du système algérien de la santé.

L'ordonnance N° 73-65 du 28 décembre 1973 instruit la gratuité des soins à l'échelle de l'ensemble des établissements sanitaires publics : « *les actions de santé publiques, les actes de diagnostic, le traitement et l'hospitalisation des malades sont gratuits dans l'ensemble des secteurs sanitaires* ». Cette mesure s'inscrit dans le train des réformes radicales entreprises à l'époque par un état soucieux de renforcer sa légitimité en multipliant les marques de sollicitude à l'égard des « masses »<sup>5</sup>. Elle marque une rupture par rapport à la logique qui prévaut jusque-là en même temps qu'elle clôt une période d'affrontement direct avec les professionnels de la santé en instaurant une dynamique de socialisation à partir d'un moyen existant constitué par le secteur public de soins en place. Elle prévoit l'édification progressive d'un système de santé sanitaire à celui des pays socialistes.

Elle coïncide avec la mise en place du second plan quadriennal « 1974-1977 », le plus ambitieux en matière de projets d'investissements industriels, de volonté de construction d'une économie nationale autonome et s'insère dans une politique de socialisation intensive<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Yves Guillermo, « **médecine gratuite aux santés pour tous, réflexion sur l'expérience Algérienne** », sciences sociales et santé, volume 21, N° 02, 2003, P82.

<sup>6</sup>Oufriha. F-Z, **système de santé et population en Algérie**, ED. ANEP, 2002, P24.

Il s'agit donc d'un projet de système de soins nouveau qui reste à construire tant dans son mode d'organisation et de distribution des soins que dans sa base matérielle et corrélativement le financement de celle-ci, résultant d'un choix politique clairement volontariste dans les conditions de l'époque.

A titre de rappel, avant 1974, la distribution des soins s'opérait sur la base de paiements de toutes prestations en matière de santé, exception faite de l'assistance médicale gratuite « AMG ».

La mesure historique de la gratuité des soins, et à l'instar des autres secteurs qui ont connu pour la même période des changements structurels liés à la récupération et la nationalisation des richesses du pays, s'inscrit dans ce contexte de changement révolutionnaire et sous la pression de la population qui prend conscience de l'importance de l'accès aux soins. Cette mesure revêt donc incontestablement un caractère politique.

A.M Graindorge<sup>7</sup> note à ce sujet que « *cette importante décision fut avant tout politique avant d'être technique* ».

Cependant, la gratuité dans les structures publiques n'était pas intégrale puisqu'elle ne vise que des actes précis alors que les autres catégories d'actes restent payantes dans les secteurs sanitaires. C'est ce que confirment le décret du 14 janvier 1974 et les arrêtés d'application de la même date par l'aménagement d'un barème devant déterminer la participation financière des citoyens.

La mise en œuvre de la gratuité des soins s'est accompagnée par un certain nombre de changements. Le schéma organisationnel qui existait en 1974 a été modifié pour faire face à la forte demande exprimée. Les modifications sont portées sur différents plans :

➤ **Sur le plan des infrastructures :**

L'implantation de nouvelles infrastructures et la rentabilisation des infrastructures existantes se fait à travers le territoire national pour permettre l'accès aux soins à toute la population et supprimer les disparités régionales.

L'augmentation du nombre a surtout concerné les infrastructures légères. En effet l'importance de l'effort consenti n'a pas été immédiatement visible qu'à partir de 1978 ou l'augmentation est tout à fait remarquable.

Dans le même temps, un accent particulier a été mis sur la rentabilisation des structures existantes. D'un côté, à la suite des directives ministérielles ou les horaires de fonctionnement des unités de soins ont été allongés. D'un autre côté, l'accès aux soins et aux structures parapubliques a été élargi à l'ensemble de la population.

Par ailleurs, pour pallier aux insuffisances des investissements en matière de santé les infrastructures ont été normalisées, c'est<sup>8</sup> :

---

<sup>7</sup> Graindorge .A.M, **Politique de santé en Algérie**, Université de paris VII, doctorat en médecine, 1985, P26.



- Au niveau de la commune :

- le centre de santé : prévu dans chaque village ou dans les agglomérations regroupant 2000 personnes, il assure les actions de prévention, l'hygiène scolaire, la PMI, la vaccination, les soins, les consultations, et la surveillance de l'hygiène du milieu.

- la polyclinique : conçue pour 20 000 à 30 000 habitants, son action en matière de soins et de prévention est plus étendue. C'est la structure intermédiaire entre l'hôpital et le centre de santé. Elle offre la possibilité d'une consultation spécialisée.

- le Centre médico-social : est siège d'une activité de consultation et de soins, avec intégration de diverses activités dans le système national de santé.

- Au niveau de la Daïra : implantation de l'hôpital de type B.

- **Sur le plan des ressources humaines :**

La mise en œuvre de la réforme de l'enseignement universitaire de médecine, pharmacie et chirurgie dentaire. Cette réforme élaborée en 1970 pour être en mesure de produire « 1000 médecins par an » a été mise en place définitivement en 1973 et a permis d'augmenter considérablement le nombre d'étudiants formés dans ces disciplines.

Nous constatons une très nette augmentation du personnel médical algérien.

- **Sur le plan financier :**

Nous assistons à l'instauration du forfait hospitalier et la suppression de l'ancien système de gestion hospitalière basé sur la tarification en termes de journées d'hospitalisation. Cette mesure « permettait de suivre au moins les catégories de dépenses mais constituait un mauvais indicateur de résultats dans la mesure où la tarification poussait à la multiplication des journées d'hospitalisation pour avoir le maximum de ces dernières, donc de crédits correspondants<sup>9</sup>».

A cette époque, le financement du secteur de la santé se faisait par voie de deux principales sources :

-la contribution du budget de l'Etat, automatique et préétablie, quelle que soit le volume de soins et le nombre de personnes fréquentant l'hôpital.

- la participation de la sécurité sociale, globale et forfaitaire, dont le recouvrement incombe au trésor public.

---

<sup>8</sup> Barr Djamilia, **la réforme hospitalière en Algérie : une analyse critique**, thèse de doctorat, université d'Alger, Faculté des Sciences économique et des sciences de gestion, 2008-2009.P14.

<sup>9</sup> F-Z oufriha, *op.cit*, p44.

➤ **Le secteur privé pendant cette période :**

Le secteur privé était marginalisé, limité aux soins ambulatoires dans les villes. L'histoire de l'exercice de la médecine à titre privé était pendant l'indépendance un affrontement ouvert aux pouvoirs publics.

L'instauration de la médecine gratuite, n'a pas concerné le service privé qui demeure toujours articulé au secteur public de la même façon, donc du ressort de la régulation de l'Etat par le biais de contrôle qu'elle effectue à travers les autorisations d'installation.

Ce n'est qu'en 1977, trois ans après la gratuité, et à partir des conditions de travail et de rémunération ? jugés peu attractifs, que les médecins exerçant dans les structures publiques posent le problème des installations. En réponse à cela, les pouvoirs publics, et pour le seul corps des hôpitaux-universitaires, a donné le choix de l'exercice à titre privé ou public. Ce n'est qu'au début des années quatre-vingt que la dynamique du secteur privé a été fortement impulsée et les autorisations de s'installer sont délivrées de façon plus souple et plus large.

*2-1-2 les différentes portées de la gratuité des soins*

Globalement, la gratuité des soins peut se résumer à une action à triple portée :

➤ Une portée politique :

L'introduction de la gratuité des soins dans le secteur public est avant tout une décision d'ordre politique. Son émanation de l'Etat est liée au principe de base selon lequel la santé est une « affaire d'Etat »<sup>10</sup>.

L'instauration de la gratuité des soins avait une double orientation :

- un renforcement du dispositif de la médecine curative, alors que l'aspect préventif reste implicitement délaissé.

-une plus grande médicalisation de la population.

Mais, en se greffant sur des structures déséquilibrées de l'ancien modèle, la gratuité des soins n'a pas entraîné de grands changements au niveau de l'organisation des potentialités humaines et infrastructurelles et de leur gestion. L'effet notable reste l'élimination de la barrière financière pour l'accès au public.

➤ Une portée sociale :

Dans son esprit, la gratuité des soins visait l'élimination de l'obstacle financier afin de permettre aux couches sociales les plus défavorisées, pour lesquelles le revenu limité et l'isolement géographique ont constitué de sérieux obstacles d'accéder aux soins et de bénéficier de cet avantage social.

---

<sup>10</sup> Makhloufi. A, **système de soins et politique de santé en Algérie**, université Paris-Dauphine, 1987, thèse de doctorat, P61.

En mettant l'aspect financier, la gratuité des soins s'apparente à une forme de régulation de la redistribution des revenus.

➤ Une portée économique

En dehors de la spécialité du mode d'intervention de chaque régime politique, il est reconnu que la santé de la population, d'une façon générale, et celle de la population active en particulier est devenue une nécessité économique.

Cette nécessité est appréciée au niveau des retombées qu'elle engendre au niveau de :

-l'absentéisme pour cause de maladie et son impact sur le niveau de production ainsi que sur la productivité, ceci en dehors de toute considération de la politique socioéconomique gouvernante.

-la grande charge que constitue pour la nation la part de la population assistée.

Dans le cas précis de l'Algérie, il est très difficile d'établir une corrélation entre la gratuité des soins et les retombées économiques de l'état de santé de la population dans la mesure où la réponse se trouve à un niveau extra sanitaire.

Il s'agit essentiellement d'un grand écart de niveau de vie à travers des disparités de revenus entre couches sociales, d'une part, et le monde rural et urbain, d'autre part.

A cela, il faudra ajouter l'impact du niveau d'éducation et toute la panoplie des valeurs socio-culturelles et religieuses sur la modulation du niveau de santé.

## **2-2 Certains aspects du système pendant la période 1974-1986**

La nationalisation du pétrole en 1972, a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'Etat, ce qui a permis à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « les révolutions industrielles, agraires et culturelles ». Pour la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques ;

- Du fait du nombre massive de médecins terminant leur cursus universitaire, l'Etat a pris conscience qu'il lui sera impossible de rémunérer l'ensemble des médecins exerçant dans le service public et cherche également à promouvoir une répartition équitable des personnels sur le territoire national. Dans ce cadre a été institué en 1975 un service civil obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire. La durée de ce service est variable en fonction du lieu d'affectation et au terme duquel les praticiens sont autorisés à s'installer pour pratiquer dans le secteur privé.

- En 1979 a été créé par décret le secteur sanitaire et les sous-secteurs sanitaire. Ce décret n'a fait qu'entraîner une situation de fait de l'instruction ministérielle de 1966 qui a rattaché les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, et cela dans le but d'une meilleure gestion. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaire du système de santé.

De plus, ce décret a établi la notion de sous-secteur qui exprime l'idée d'une hiérarchisation des soins.

Le système de santé mis en place progressivement depuis l'instauration de la gratuité des soins jusqu'à la fin des années quatre-vingt s'est appuyé sur les principes de sectorisation, régionalisation et de hiérarchisation des soins.

→ **La sectorisation** : elle consiste en un découpage géographique correspondant au secteur sanitaire dont la consistance territoriale est celle d'une « Daïra ». Elle devra répondre aux besoins d'une population de 100.000 habitants<sup>11</sup>.

Le secteur sanitaire intègre donc l'ensemble des structures de prévention, de soins, de diagnostic et d'hospitalisation. Il sera centré, en fait, sur l'hôpital qui en constitue le siège et le pôle.

Les polycliniques et centres de santé rattachés constituent alors des unités satellites qui seront hiérarchisées et « typifiées » à l'aide de normes de construction et l'implantation. Il constitue donc le pivot et le cœur du secteur public dans la mesure où il est le centre de toutes les décisions<sup>12</sup>.

Le sous-secteur, constitué en entité distincte, se compose de plusieurs unités de base assurant à la fois des activités curatives et préventives regroupées en général autour d'une polyclinique ou, à défaut, d'un centre de santé qui en constitue le siège techno-administratif<sup>13</sup>.

Cette forme d'organisation sur laquelle est basé le secteur, reste figée du fait qu'elle épouse les contours administratifs. Toute nouvelle création de Daïra ou Wilaya « découpage administratif » engendre automatiquement la naissance d'un secteur sanitaire qui répond beaucoup plus à une logique administrative qu'à un besoin de santé réel.

→ **La régionalisation sanitaire** : le FLN, parti unique du pouvoir, préconisait l'établissement « d'une carte nationale des services de santé sur la base des critères scientifiquement définis et ayant à l'esprit la nécessité de corriger les disparités entre les régions et entre les villes et les campagnes »<sup>14</sup> tout en procédant à la hiérarchisation physique des niveaux de soins, projette corollairement cette structure pyramidale sur le plan spatial et découpe le territoire national en treize régions sanitaires englobant chacune un certain nombre de wilayas, donc d'hôpitaux et de structures légères. Comme le montre le tableau suivant :

---

<sup>11</sup> Saihi.A, **analyse critique de la gestion de l'institution sanitaire Algérienne : aspects organisationnels et impact du pouvoir central**, thèse de doctorat, université paris IX Dauphine, 1999, P78.

<sup>12</sup> Oufriha F-Z, **système de santé et population en Algérie**, OP.CIT, p34.

<sup>13</sup> Idem, P33.

<sup>14</sup> Ministère de la santé, carte sanitaire nationale, Tome 1 , Alger, 1981.

**Tableau N°03 : réorganisation de la carte sanitaire par région**

<b>Chef-lieu de la région</b>	<b>Wilayate rattachées</b>	<b>N° de région</b>
▪ BATNA	BISKRA	N° 1
▪ BECHAR	ADRAR	N° 2
▪ TAMANRASSET	TAMANRASSET	N° 3
▪ TLEMCEN	SAIDA-SIDI-BEL-ABBES	N° 4
▪ TIARET	CHLEF-LAGHOUAT	N° 5
▪ TIZI-OUZOU	BOUIRA	N° 6
▪ ALGER	ALGER	N° 7
▪ SETIF	BEJAIA-M'SILA	N° 8
▪ ANNABA	GUELMA-TEBESSA	N° 9
▪ CONTANTINE	OME.BOUAGUI- JIJEL- SKIKDA	N° 10
▪ BLIDA	BLIDA-DJELFA	N° 11
▪ OUARGLA	OUARGLA	N° 12
▪ ORAN	MOTAGENEM-MASCARA	N° 13

SOURCE : Saihi.a, op.cit, p 76

Chaque région a fait l'objet d'une étude préliminaire sur la base des données fournies au ministère de la santé. Ces informations, regroupées dans un document pour chaque région, retracent plusieurs éléments tels que : l'aspect socio-économique, l'infrastructure existante, les infrastructures en cours de réalisation et projets et ressources humaines.

→ **La hiérarchisation des soins** : elle part de l'idée que l'amélioration du fonctionnement des hôpitaux, considérés comme « dispensarisés » à la suite de leur large ouverture au public au lendemain de la gratuité des soins, ne pouvait être réalisée que si les structures légères extrahospitalières pouvaient assurer toutes les fonctions sanitaires de base. La hiérarchisation avait pour but d'alléger la surcharge sur les hôpitaux et d'assurer un centre de tri des malades avant leur admission dans une structure d'hospitalisation. Le pouvoir central a opté pour une hiérarchisation de soins, répartie en quatre niveaux <sup>15</sup>:

- Les soins de premiers recours, dispensés par les centres de santé, les salles de soins et cabinet de consultations et aussi des polycliniques quand elles existent. Leur implantation est au niveau de la commune, du quartier, du milieu éducatif ou de travail. Ces unités et par leurs fonctions définissent le sous-secteur, auquel le système national de santé donne la priorité.

- Les soins généraux qui sont dévolus aux hôpitaux de la Daïra, de la Wilaya et de la région assurent chacun en ce qui le concerne, et dans le cadre du secteur sanitaire, les tâches des soins, de prophylaxie, de formation et de l'administration de santé.

- Les soins spécialisés, assurés par des établissements hospitaliers spécialisés au niveau national, régional ou local en coordination avec le reste du réseau.

- Les soins hautement spécialisés dans un chef-lieu de région et dont les activités sont réservées à la prévention et au traitement des maladies « lourdes » telles que les maladies cardio-vasculaires, cancer, traumatologie, les grands brûlés et la dialyse rénale. Ces structures doivent être de référence nationale.

L'appréciation de l'efficacité réelle de la mesure n'est pas simple. Du point de vue de l'économie du système, si le malade ne peut plus choisir son médecin, il conserve la faculté

<sup>15</sup> MSPRH, séminaire sur le développement du système national de santé, expérience Algérienne, P80.

d'en consulter plusieurs au sein du secteur public et, bien sûr, le médecin privé de son choix, d'où une extension considérable du « nomadisme » des malades qui, finalement, ne sont plus véritablement pris en charge et suivis par le même médecin, ce qui nuit à l'efficacité des prestations de soins.

- Au début des années 80, l'Algérie a connu une nouvelle politique de développement sous le slogan « pour une vie meilleure ». L'Etat c'est lancé dans un vaste programme d'investissement en infrastructure « construction de plus 40 hôpitaux », équipements et formations des praticiens médicaux même si cet investissement a amélioré la couverture nationale en lits, il a pêché par l'absence d'étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant.

Aussi, il est relevé sur le compte de l'Etat de dépenses importantes greffées non seulement des recettes pétrolières qui étaient très abondantes en cette période mais aussi des fonds de la sécurité sociale qui accumulaient à l'époque des réserves énormes grâce à la politique de l'emploi engagée par le pays dans le cadre de l'industrialisation.

Le financement du budget de la santé a été constitué pour plus de 60% par la contribution de la caisse de sécurité sociale. Ces mesures ont augmenté substantiellement le budget du secteur de la santé qui a atteint près de 7% du PIB à la fin des années 80<sup>16</sup>.

- La loi 83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociale avalise le forfait hôpitaux. Elle stipule dans son article 65 que « le montant de la participation forfaitaire des organismes de sécurité sociale aux dépenses des secteurs sanitaires est fixé par décret et est déterminé en fonction du coût de santé et du nombre d'assurés sociaux ».

- Par décret N° 86-25 du 11 janvier 1986, les centres hospitalo-universitaires (CHU) sont devenus autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaire. Ce décret à entrainer donc le découpage des services d'enseignements universitaires des structures du terrain ce qui a induit à un retentissement négatif sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU.

En remarque, en effet, que durant cette période, même si l'état a procédé à l'organisation du secteur public par la production d'un arsenal juridique, et en particulier par l'adoption d'une nouvelle loi sanitaire N° 85-05 en 1985, il a procédé en même temps à l'ouverture progressive du secteur à l'investissement privé en autorisant l'ouverture de cabinets de consultation, de centres d'hémodialyse et de petites cliniques d'accouchement.

Dans le domaine des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, la PCA a fait l'objet d'une réorganisation en 1983 conduisant, notamment, à la séparation des fonctions d'approvisionnement et de production. Cette restructuration a donné lieu à la création des entreprises suivantes :

→ Entreprise d'approvisionnement en produit pharmaceutiques « PHARMS » ; trois entreprises sont chargées de l'approvisionnement en médicaments et ce, essentiellement par l'importation : elles assurent également la distribution vers les établissements de santé ou vers

---

<sup>16</sup>LES NOTES IPEMED, **les systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie**, OP.CIT, P49

les malades à travers le réseau d'agences pharmaceutiques héritées de la PCA et des officines privées.

Ces entreprises sont réparties à travers l'EST (ENCOPHARM), le centre (ENAPHARM) et l'ouest du pays (ENOPHARM).

→ Entreprise de production de médicaments : SAIDAL est l'entreprise assurant la production des médicaments. Elle hérite de l'ensemble des unités de production de la PCA. Placée sous tutelle du ministère de l'énergie et des industries chimiques et pétrochimiques en 1984. Elle bénéficie d'un plan de développements gouvernemental de l'industrie pharmaceutique en 1986.

Toutefois, en raison de son ampleur et des difficultés financières et sociales auxquelles faisait face l'Algérie, ce programme n'a pu être appliqué en totalité.

→ Entreprise nationale des équipements médicaux (ENEMEDI) ; elle est chargée de l'importation et de la commercialisation des consommables, de l'instrumentation et des équipements médico-chirurgicaux. Elle a été dissoute en 1997, suite à de graves problèmes financiers.

En résumé, ce période a été marquée sur le plan de la politique sanitaire par trois faits majeurs :

- L'instauration de la gratuité des soins, dans les structures sanitaires publiques à partir de janvier 1974, ce qui a permis une généralisation de l'accès de la population aux services de santé ;
- La réforme du système éducatif et en particulier des études médicales, visant à la fois l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le renforcement de l'encadrement, ce qui a permis de disposer d'un grand nombre de praticiens médicaux toutes spécialités confondues ;
- 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.
- La réalisation d'un grand nombre d'infrastructures sanitaires, en particulier d'hôpitaux généraux et de structures légères (polycliniques et centre de santé), en vue d'étendre la couverture sanitaire du pays ;

**3- La période de 1987-2003** " absence d'adaptation du secteur de la santé à la double transition démographique et épidémiologique en cours du fait de la crise économique et sanitaire qui fait passer la santé au second plan des priorités de l'Etat algérien".

Cette phase correspond à une chute brutale des prix du pétrole qui a créé une situation de crise profonde imposant à l'Etat une révision totale de sa politique de gestion et de financement. Le pays est confronté à une grave crise économique, qui, sur le plan sanitaire, se traduit par une forte pénurie de médicaments et des perturbations dans le déroulement des programmes nationaux de prévention, en particulier pour le programme élargi de vaccination et pour le programme de lutte contre la tuberculose. Le PIB chute de 2400 dollars US à 1400

dollars US et la DNS passé de 5.2% du PIB (130 dollars/habitant) en 1989 à 3% en l'an 2000<sup>17</sup>.

Par ailleurs, il faut dire que la décennie noire (1990-2000) qu'a connu l'Algérie a encore compliqué les choses en poussant de nombreux médecins algériens à l'exil. Ainsi, rien qu'en France, le nombre de médecins Algériens qui y est exercent est estimé à plus de 8000<sup>18</sup>. Pourtant pour leur formation, l'Etat a dû déboursé des sommes faramineuses.

En dépit de cette situation financière difficile, plusieurs actions ont été prises, notamment :

- Mise en place de tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures (1988) ;

- Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'école nationale de santé publique, le décret 89-II, du 7 février 1989 lui confère un statut d'établissement public à caractère administratif et lui donne pour mission « l'introduction de concepts et de techniques modernes en matière de gestion des services de santé à travers des formations destinées aux personnels gestionnaires et praticiens des établissements et structures de santé »<sup>19</sup>.

- À partir de 1992, la loi des finances dispose chaque année que « la contribution des organismes de sécurité sociale aux budgets des secteurs sanitaires, des établissements hospitaliers spécialisés et des centres hospitalo-universitaires est destinée à la couverture financière de la charge médicale des assurés sociaux et de leurs ayants droit. La mise en œuvre de ce financement sera effectuée sur la base de rapports contractuels liant la sécurité sociale et le ministère de la santé et de la population suivant des modalités fixées par voie réglementaire »<sup>20</sup>.

- Création de laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques « LNCPP » chargé du contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché. La mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans les unités pilotes du pays (1993) ;

- Création de la pharmacie centrale des hôpitaux (PCH), chargée d'assurer l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques (1994)<sup>21</sup> ;

- Création de l'agence nationale du sang (ANS) chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995). Création de l'agence nationale pour le développement de la recherche en santé par le décret exécutif 95-40 du 28 janvier. Cet établissement qui a un statut d'EPA est placé sous le double du ministère chargé de la recherche et du ministère chargé de la santé.

---

<sup>17</sup> Les notes IPAMED, op.cit, P51.

<sup>18</sup> Ghedia.A, Reflexions sur le système de santé Algérien, Juin 2013, (IN [www.agoravox.fr/tribunelibre](http://www.agoravox.fr/tribunelibre)).

<sup>19</sup> Note IPAMED, opcit, P51.

<sup>20</sup> Idem, P51.

<sup>21</sup> Rapport MSPRH, **Santé des Algériens et des Algériennes**, décembre 2004, P7.



- Création par décret de cinq régions sanitaires (centre, est, ouest, sud-est et sud-ouest), de cinq conseils régionaux et de cinq observatoires régionaux de la santé, institution déconcentrée par l'institut national de la santé publique « 1996 ».

- Mise en place d'une commission chargé d'élaborer un nouveau projet de loi sanitaire. Amendement de la loi 85-05, instaurant le plein temps aménagé. Cet amendement a permis aux professeurs, chefs de service astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées (1999) ;

- En 2001, il y a eu l'installation du conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octobre 2003.

- En 2003, le dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu mais il ne sera jamais soumis à l'Assemblée Populaire Nationale. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.

#### **4- La période de 2004 jusqu'à ce jour "Volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans mettre en place une véritable planification à long terme".**

Durant cette période des dispositions réglementaires ont été prises aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de santé que celui du médicament, à savoir :

- Décret exécutif N° 07-140 du 19mai 2007 portant réorganisation des structures de santé en créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).

Ce décret qui a consacré la séparation de la gestion des structures hospitalières et des structures dites périphériques était motivé par la volonté de promouvoir une santé de proximité. En fait, il a contribué à faire disparaître la notion de bassin de population en poussant vers un éclatement du système de santé, déjà pénalisée par une absence de coordination entre le secteur public et privé. Absence de coordination qui avait maintes fois été signalée dans les rapports concernant la réforme hospitalière.

- Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement, (2009).

- Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire (2010). Ce projet de loi été remis au ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011.

- De nouvelles construction de structures massifs en matérielles et équipements, ainsi en 2007 l'infrastructure hospitalière publique globalise 61 829 lits (1.94 lit/1000HAB).<sup>22</sup>

- Accroissement de 70% du corps médical depuis 1999, soit 35000 praticiens en 2007 dont 13000 spécialistes, soit un ratio record de 1 médecin pour 803 habitants.

- Volonté de rééquilibrage de la couverture sanitaire à travers le pays notamment grâce au service civil imposé aux médecins spécialistes ; en 2007, 3174 médecins exercent dans le sud du pays et dans les hauts plateaux contre 387 en 1999.

---

<sup>22</sup> Rapport Nabni, **cinquantenaire de l'indépendance : enseignants et vision pour l'Algérie de 2020**, 3<sup>ème</sup> thème, santé, janvier 2013, p 9.

La situation actuelle est caractérisée par un secteur privé en pleine expansion et un secteur public dominant. On note une nette amélioration des indices économiques de santé. La DNS par rapport au PIB est passée de 3.48% en 2000 à 3,2% en 2009<sup>23</sup> (6.23 pour la Tunisie et 5.5 pour le Maroc)<sup>24</sup>.

Les dépenses par habitant sont passées de 98 USD en 2005 à 195 USD en 2009 (239.96 pour la Tunisie et 155.67 pour le Maroc) Quant au budget de la santé, il est près de 405 M de Dinars soit 11.71% du budget global.

Quant au secteur privé, en vingt ans, l'essor de celui-ci a été considérable. Cependant, d'emblée, il va entrer dans une logique commerciale, privilégiant comme dans d'autres secteurs commerciaux le gain rapide et facile au lieu de se considérer comme des structures privées d'utilité publique. Ainsi, son installation va se faire d'une manière anarchique, privilégiant les régions nord à forte concentration de population, et dans des spécialités lucratives. Le secteur privé n'évolue pas dans le cadre d'une complémentarité avec le secteur public, mais évolue pour lui-même comme dans un système de santé à part<sup>25</sup>.

Il faut enfin souligner que le secteur privé a tiré sa force, en dehors de sa puissance financière, des carences et faiblesses du secteur public, et les compétences de celui-ci qui exercent dans le cadre (du temps complémentaire). Ce dernier a été une fausse solution à un vrai problème, celui des salaires des praticiens hospitalo-universitaires qui sont les plus bas au Maghreb.

Pour le marché des médicaments, et vingt-deux ans après sa libération depuis 1992, sa situation pose un véritable problème de santé publique, retentissant négativement sur la bonne marche des structures de santé, et sur les séquences thérapeutiques pour les malades.

Aujourd'hui, on atteint plus de 500 importateurs (avec seulement 40 au Maroc), une liste de 6000 produits qui ne cesse de s'allonger, et une facture d'un milliard et demi de USD<sup>26</sup>. Le plus grand nombre de produits commercialisés correspond aux médicaments à forte consommation, gamme de produits de spécialité et de confort, au détriment des produits essentiels. La production, hormis SAIDAL et quelques rares producteurs, se limite, en fait, au conditionnement primaire et secondaire.

Le marché des médicaments est pollué par certaines pratiques telles que le dictat de la vente concomitante imposée par certains distributeurs et dénoncée par les officines privées et par l'intox dont est victime le citoyen sur l'inefficacité des génériques.

En conclusion, on peut dire que la libération du marché n'a permis ni une plus grande disponibilité des médicaments essentiels ou des formes génériques ni une réduction du coût unitaire.

---

<sup>23</sup> Perspective monde.

<sup>24</sup> Pr Mohamed Brahim Farouk, **Bilan et perspective du système de santé Algérien**, le Quotidien d'Oran du 11-03-2012, in [www.Djazairess.com](http://www.Djazairess.com)

<sup>25</sup> Idem

<sup>26</sup> Idem.

Le système de santé algérien doit s'adapter à deux transitions concomitantes : transition démographique et transition épidémiologique.

#### 4-1 la transition démographique :

En dépit de l'infléchissement du rythme d'accroissement de la population observé depuis la fin des années 80, le poids de la démographie demeure contraignant pour la demande sociale.

**Tableau N° 04 : Données Démographiques**

	1962	1999	2007	2010
Population Générale « Millions habitants ».	10.40	29.7	34.1	35.7
Espérance de vie à la naissance.	47	72	75.7	76.2
Taux de mortalité maternelle « pour 100.000 nais vivantes ».	500	117.4	88.9	
Taux de mortalité infantile « pour 1000 nais vivantes ».	180	36.9	26.2	
Taux de nuptialité (pour 1000 habitants ».	8.10	5.44	9.34	
Age moyen du mariage hommes.	25.2	31.3	33.5	
Age moyen au mariage femmes.	19.6	27.6	29.9	

**Source :** Chachoua.L, *le système national de santé 1962 à nos jours*, colloque international sur les politiques de santé, Alger le 18 et 19 janvier 2014.

Ce tableau montre bien que l'Algérie a connu après l'indépendance une croissance démographique sans précédent, induisant un triplement de la population. Mais il faut noter que son taux de croissance s'est progressivement réduit comme le montre le tableau suivant :

**Tableau N°05 : évolution du taux naturel d'accroissement**

	1966-1976	1977-1986	1987-1997	1998-2008
<b>Taux d'accroissement (%)</b>	3.21	3.08	2.28	1.72

Source: IPEMED, OP CIT, P 56

L'espérance de vie à la naissance, qui constitue à la fois un indicateur de santé et de développement, avoisine aujourd'hui les 77ans, soit 30 ans de plus qu'en 1962.

Le niveau de la mortalité maternelle, soit la mortalité des femmes due à la grossesse ou à l'accouchement, constitue encore un problème préoccupant de santé publique. Evalué à 500 pour 100.000 naissances vivantes en 1962, le taux de mortalité maternelle a été estimé à 88.9/100.000 en 2007 avec d'importantes disparités régionales.

Le taux de mortalité infantile enregistre une nette régression. Ce taux passe de 180 décès pour mille naissances vivantes en 1962 à 36.9 pour mille en 1999, pour se situer à 26.2 pour mille en 2007.

On remarque un recul de l'âge au mariage, estimé à 30 ans pour les femmes et 34 ans pour les hommes en 2007. Cette baisse est liée à la baisse de l'indice synthétique du taux de fécondité qui est passé de 8.1 en 1970 à 2.3 en 2006<sup>27</sup>.

En janvier 2018, l'Algérie comprend 42,2 millions habitants dont plus des deux tiers vivent en milieu urbain. Cette population est en forte croissance et pourrait atteindre les 45.4 millions d'habitants au cours des deux prochaines décennies<sup>28</sup>. La structure par âge de la population a profondément transformé ces dernières années. Si la population âgée, plus de 60 ans, paraît encore d'une moindre importance (7% de la population totale) (OMS, 2011), sa croissance est actuellement vigoureuse et pourrait se rapprocher des 11% pendant la prochaine décennie voir de 14,7% en 2030.<sup>29</sup> A l'autre extrémité de l'échelle des âges, la population jeune, des moins de 15 ans, occupe encore une large place (27% de la population totale) (OMS, 2011). Par ailleurs, la part de la population jeune en âge de travailler (15-29ans) dans la population totale décroît avec le temps. Elle est passée de 32,4% en 2005 à 31% en 2010. Les projections de l'ONS (Office National des Statistiques) estiment le maintien de cette décroissance à 27% pour 2015 jusqu'à atteindre 20,8% en 2020.

#### **4-2 Transitions épidémiologiques :**

Pendant longtemps la situation sanitaire en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles, ou « maladies infectieuses de l'enfant, tuberculose, maladies à transmission hydrique, zoonoses » ; caractéristiques des pays en voie de développement. Mais depuis une vingtaine d'années, on assiste à une modification des problèmes de santé prévalents avec une place de plus en plus grande, occupée par les maladies non transmissibles dit de "l'opulence « cancers, diabète, affection cardio-vasculaires, rénales, neurologiques et respiratoire chroniques »\*. Cette modification du paysage sanitaire, connue sous l'appellation de « transition épidémiologique », se caractérise par une situation où se superposent les maladies liées à la pauvreté et au manque d'hygiène, et celles liées au développement « stress, urbanisation, mode d'alimentation... etc. ».

On commence alors à parler de " transition épidémiologique" pour désigner, non seulement le passage d'une structure pathologique dominante à une autre, mais aussi un processus de transformation radicale des âges au décès.

---

<sup>27</sup> IPEMED, op cit, p56.

\*il faut aussi signaler une préoccupante croissance de problème de santé mentale en rapport avec les violences subies par la population dans la période de 1922-1999.

<sup>28</sup> Selon les dernières projections de croissance publiées par l'Office Nation des Statistiques (ONS). Une projection démographique qui s'appuie sur un taux annuel moyen d'accroissement de la population de 1,35% sur la période 2000-2030.

<sup>29</sup> Snoussi Zoulikha, Khalida Mohammed Belkebir, **le développement de l'industrie pharmaceutique nationale : un levier fondamental pour améliorer l'accès aux médicaments en Algérie**, colloque national sur La créativité et l'innovation comme moyen de réforme du système de santé en Algérie, université Blida 2, 2018.

Ce concept de transition épidémiologique, centré sur l'évolution des pathologies, s'avère trop étroit et c'est pourquoi dans le premier numéro de "health transition review" fondée en 1991 par John Caldwell, Julio Frenk et al, ont opéré un glissement sémantique en lui préférant celui de « transition sanitaire » englobant non seulement l'évolution des caractéristiques épidémiologiques de l'état sanitaire mais aussi celles des réponses de la société à cet état sanitaire<sup>30</sup>.

Par ailleurs, la situation sanitaire en Algérie montre de bons taux de couverture vaccinale pour le BCG (99%), la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite (96%), et pour la rougeole (92%)<sup>31</sup>, mais aussi, un fort impact de maladie à transmission (ex collera). Elles constituent une des premières causes de morbidité, et aussi un très fort impact des Zoonoses, du paludisme, en rapport avec l'intensification des échanges par l'intermédiaire de la route transsaharienne, et des infections respiratoires aiguës (IRA).

Malgré cette large couverture vaccinale, le poids des maladies transmissibles demeure encore important puisque celles-ci sont à l'origine de 28% des décès en 2002<sup>32</sup>. Les maladies non transmissibles sont devenues la première cause de mortalité avec un poids de 55%.

Les accidents de la circulation ne cessent de croître-27 500 en 1982, 43500 en 2003- et sont à l'origine de 4000 décès en moyenne chaque année.

Les données exhaustives sur les causes de mortalité font défaut, ce qui empêche d'avoir une idée plus précise sur la situation épidémiologique. Toutefois, la tendance est confirmée par des enquêtes dont l'une est réalisée en 2002 (enquête Tahina) dans un échantillon de douze (12) wilayas « Départements » choisies en tenant compte du découpage géographique du pays (tell, hauts plateaux et sud) suivant les cinq régions sanitaires et de la taille de la population.

Les résultats sont édifiants, les maladies transmissibles qui représentaient 75 à 80% des motifs de soins à la fin des années 60 sont en recul spectaculaire. Les causes de morbidité, c'est-à-dire tout ce qui appelle à des soins, sont dominées par les maladies respiratoires « 25,23% » devant les maladies digestives « 14,37% », puis les maladies plus récentes : ostéoarticulaires « 7,53% », cardio-vasculaires « 7,21% », infectieuses « 5,03% seulement » etc.

L'étude des causes de mortalité est encore plus éloquente. 13 358 décès ont été enregistrés, les principales causes sont présentées comme suit<sup>33</sup> :

-l'appareil circulatoire : 26.1%

-Affections Périnatales : 13.5%

---

<sup>30</sup> Meslé.f, Vallin.J, « *transition sanitaire : tendance et perspectives* », médecine/séances, N° 11, vol16, novembre2000, P2

<sup>31</sup> Chachoua.I, colloque international sur les politiques de santé, op cit.

<sup>32</sup> Banque Mondiale, Région Mena, rapport N° 36270-DZ, à la recherche d'un investissement public de qualité, une revue des dépenses publiques, document de la banque mondiale aout 2007, P162.

<sup>33</sup> Bougherbal.R, *transition épidémiologique en Algérie*, Journée Parlementaire sur la santé, conseil de la Nation, 2010, P16.

- Tumeurs : 9.5%
- Causes externes de morbidité : 8.6%
- Maladies de l'appareil respiratoire : 6.8%
- Maladies endocrines, métaboliques et nutritionnelles : 5.8%
- Maladies infectieuses et parasitaires : 3.8%
- Maladies de l'appareil digestif : 3.0%
- Maladies de l'appareil génito-urinaire : 2.6%
- Maladies congénitales : 2.6%
- Traumatisme et violences : 1.4%
- Maladies du système nerveux : 1.4%

La conclusion de cette étude souligne bien que l'Algérie a encore des maladies du tiers monde, mais, déjà et surtout, les maladies du monde développé. Ces données confirment d'avantage la transition sanitaire en cours dont l'augmentation de la longévité en est un aspect évident.

En définitive, la phase de transition épidémiologique que l'Algérie traverse se traduit par :

- La persistance, voire la recrudescence de certaines maladies transmissibles « fièvres typhoïde par exemple », l'augmentation régulière du nombre de malades atteints de maladies chroniques « cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires ».
- Un certain nombre de maladies transmissibles continuent donc de poser problème : ce sont tout d'abord les maladies contrôlables par l'hygiène du milieu et en particulier les maladies à transmission hydrique.

Malgré les progrès considérables enregistrés, une part importante de la charge de morbidité est donc encore imputable aux maladies infectieuses et aux complications de l'accouchement. Ces maladies frappent de prédilection dans les couches sociales les plus défavorisées qui n'en sont ainsi qu'au premier stade de la transition épidémiologique. La lutte contre la mortalité prématurée reste donc toujours à l'ordre du jour en Algérie. Elle nécessite une refonte complète des politiques sanitaires menées actuellement qui ont trop tendance ces dernières années à se focaliser sur les maladies chroniques.

En définitive, malgré les importants progrès enregistrés en matière de mortalité maternelle, le niveau de cette dernière reste encore trop élevé. Il est supérieur à des pays ayant des niveaux de développement similaires et, en particulier, à celui de la Tunisie, Maroc, Liban etc., comme le montre le tableau ci-après.

**Tableau N°06 : Taux de mortalité maternelle (pour 100000 naissances)**

Algérie	Maroc	Tunisie	Libye	Mauritanie	Espagne
120	110	60	64	550	6

Source : IPEMED

Au total, ce bref survol de la situation épidémiologique permet de constater que la prise en charge et le contrôle des différentes maladies nécessitent, certes, des soins dont la qualité

dépend des personnels, des infrastructures, et des équipements disponibles, mais surtout de la poursuite et du renforcement des efforts consentis dans le domaine de la prévention en matière de veille sanitaire, de vaccination et de contrôle de l'environnement ainsi que d'un investissement particulier en matière de communication sociale et d'information des citoyens.

Les transitions démographique et épidémiologique imposent donc au système de santé algérien de se transformer à nouveau pour assumer les nouvelles pathologies et les nouveaux patients, rendant indispensable une évolution structurelle de ce système de santé, en particulier sur son volet financement et sur son organisation.

## **Section II : structure et organisation du système de santé algérien**

L'Algérie, durement éprouvée par l'histoire, s'est engagée dans une stratégie de développement sanitaire originale, basée sur le principe de la « Médecine Gratuite » instituée par l'ordonnance du 1<sup>er</sup> janvier 1974. Les aspects positifs indéniables liés à cette mesure ont néanmoins, engendré certains effets négatifs se traduisant par un relâchement des activités préventives au profit des actes curatifs et par l'abandon des supports de gestion et d'évaluation dans les établissements de soins<sup>34</sup>.

La période allant de 1990 à ce jour est considérée comme historique au regard des changements profonds que connaît la société algérienne dans tous les domaines. Ainsi, le système de santé publique se trouve dans l'obligation de muter pour s'inscrire dans le projet futur de société tout en défendant les principes de solidarité nationale et de libre accessibilité aux soins.

L'ensemble des réflexions menées par des groupes multidisciplinaires au niveau du Ministère de la santé depuis la fin des années quatre-vingt a abouti sur une nouvelle organisation du système de santé sur différents plans.

Dans ce cadre, nous allons traiter dans cette section l'organisation administrative actuelle du système de santé ainsi que les moyens matériels et humains dont il dispose.

### **1- L'organisation du secteur de santé (schéma structurel)**

#### **1-1 L'organisation Administrative**

Le système algérien de la santé est de structure pyramidale. Au niveau central, il est constitué du Ministère de la santé dénommé aujourd'hui Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, sous l'autorité directe du Ministre et de son cabinet qui est le centre quasi absolu où se décident les stratégies de santé et les arbitrages budgétaires. Le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière propose les éléments de la politique nationale en matière de santé et assure le suivi et le contrôle de sa mise en œuvre. Il a le pouvoir d'initier les études prospectives et les réflexions de nature à déterminer les choix du gouvernement en matière de santé et d'œuvrer à la consolidation du système national de santé.

Au soutien de l'action du Ministère de la santé, il y a des instituts et d'agences de la santé ; ces institutions sont chargées de la conception et de l'application des politiques de santé ainsi que l'évaluation des diverses ressources mises en œuvre : humaines, financières et matérielles.

**Au niveau régional**, actuellement le pays est découpé en cinq (05) régions sanitaires, chacune d'entre elles regroupe un certain nombre de wilayas. Il s'agit des régions : centre - est-ouest- sud est et sud-ouest avec pour chef-lieu, respectivement : Alger - Constantine- Oran- Ouargla et Bachar. Ces régions sont délimitées en tenant compte des aspects géographiques et épidémiologiques. Chaque région sanitaire est placée sous l'égide d'un conseil régional de la

---

<sup>34</sup> Benkaci youcef : **rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales-MSPRH** cabinet, 28-12-2011, P1.



santé (CRS). Ce dernier est chargé, notamment en relation avec les organismes et structures concernées, de veiller à la collecte, au traitement et à la diffusion de l'information sanitaire, d'orienter l'action sanitaire en fonction de la situation épidémiologique, de proposer des programmes régionaux de santé et de procéder à leur suivi et leur évaluation périodique.

Un Observatoire Régional de la santé (O.R.S), annexe de l'I.N.S.P (Institut National de Santé Public) est implanté au niveau du chef-lieu de Wilaya de chacune des Régions sanitaires précédentes. Sa mission découle de celle de l'INSP, mais adaptées à la situation de la région. Il constitue la structure pivot de la région sanitaire en matière de protection et de promotion de la santé, de lutte contre la maladie, de formation et de recherche en santé publique<sup>35</sup>.

**Au niveau local**, il y a 48 directions de la santé et de la population (DSP), c'est-à-dire une direction par wilaya. Les DSP ont un rôle de supervision, d'animation et de coordination des services de santé relevant de leurs compétences territoriales. La DSP veille au respect de la réglementation régissant l'implantation des prestataires publics ou privés et celle en rapport avec la population et la préservation de la santé des habitants ; elle suit l'évolution de la situation sanitaire de la population à travers la récolte périodique de données épidémiologiques et met en place des programmes d'action sanitaire comme elle procède à leur évolution.

Par ailleurs, de nombreuses institutions apportent leur appui ainsi que leur expertise au système de santé, principalement en ce qui concerne la formation, la prévention et le contrôle de la qualité. Plusieurs d'entre elles constituent des centres d'expertise et regroupent des personnels ressources pour l'OMS.

Parmi la structure d'appui actuelle, on cite :

→ *L'institut Pasteur d'Algérie* : qui date depuis l'époque coloniale. Son rôle est de lutter contre les maladies infectieuses et la surveillance épidémiologique. Il détient le monopole de l'importation et de la distribution des sérums et vaccins ;

→ *L'Agence Nationale du Sang (ANS)*, chargée de l'élaboration de la politique nationale du sang (1995) ;

→ *L'agence de documentation de la santé (ANDS)*, chargée de développer la documentation, l'information et la Communication (1995) ;

→ *Le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques (LNCPP)*, chargé de contrôle préalable de tout médicament avant sa mise sur le marché (1993) ;

→ *L'institut national de santé publique (INSP)* qui, à travers les cinq observatoires régionaux de la santé dont il dispose, joue un rôle prédominant en matière de surveillance épidémiologique et d'action sanitaire.

→ *L'institut national pédagogique de formation professionnelle (INFPF)* créée en 1995 et chargée de l'enseignement paramédical ;

→ *L'école nationale de la santé publique (ENSP)* créée en 1989. Elle s'occupe des programmes de formation et de perfectionnement du personnel, cadres de gestion des établissements de soins.

---

<sup>35</sup> Brahamia.B, op.cit, P362.

→ *La pharmacie centrale des hôpitaux (PCH)* qui assure l'approvisionnement des structures sanitaires publiques en produits pharmaceutiques. Il faut noter que son plus important fournisseur au niveau local est l'entreprise publique SAIDAL, leader national dans la production du médicament.

Nous avons également d'autres institutions dont le rôle d'appui au système de santé et la fourniture d'expertise est aussi déterminant : l'Agence Nationale du Sang, le centre National de toxicologie, l'Agence Nationale de la documentation en santé.

## **1-2 L'organisation de l'offre**

Le système de santé en Algérie repose sur un ensemble de structures médicales, techniques et administratives. L'offre de soins est répartie entre trois secteurs (un secteur public dominant, un secteur privé en expansion rapide et un secteur parapublic de plus en plus réduit). Les structures de santé de l'armée dépendent du Ministère de la défense et sont réservées aux ayants droit de l'armée. Elles sont exclues de cette présentation.

Il existe quelques passerelles entre ces trois sous-ensembles dans la mesure où l'amendement de 1999 de la loi N° 85-05 permet à certains médecins du secteur public d'exercer des vacations au sein du secteur parapublic ou privé et où, d'autre part, des médecins du secteur privé peuvent exercer conventionnellement au sein du secteur public. Dans le point suivant, nous présenterons ces trois systèmes et les schémas organisationnels qui les fondent.

### **1-2-1 Le secteur public**

Dans le but de corriger les disparités entre les régions et entre les villes et les campagnes, la carte sanitaire a consacré une hiérarchie des soins à quatre niveaux, A, B, C et D que nous allons expliquer en quelques mots :

-**Niveau D.** Il correspond aux soins de premier recours ; il comprend les salles de consultations et de soins, les centres de santé, les dispensaires.

-**Niveau C.** C'est celui qui comprend les soins généraux ; ils sont assurés dans les hôpitaux de secteur sanitaire.

-**Niveau B.** Il correspond aux soins spécialisés qui sont dispensés par les hôpitaux et les cliniques hospitalières.

-**Niveau A.** Il s'agit des soins hautement spécialisés qui sont dispensés par les hôpitaux et les cliniques hospitalières.

L'objectif assigné à la hiérarchisation des soins tels qu'elle est reflétée par le rôle dévolu aux structures extra hospitalières est de palier à l'engorgement des structures hospitalières du second et du troisième degré. Toutefois dans les faits, les entraves sont courantes pour diverses raisons ; les demandeurs de soins vont directement de la communauté à l'hôpital voire au CHU, notamment à cause des dysfonctionnements au niveau de la filière de soins de premier recours.

Jusqu'à la fin 2007, l'offre publique de soins est représentée par les secteurs sanitaires (185) [leurs créations datent des années 80, décret 81-242 du 05/09/81], les Centres Hospitaliers Universitaires (13CHU) et les établissements hospitaliers spécialisés (31EHS).

Au secteur sanitaire étaient rattachées toutes les unités de base, autrefois gérées par les communes, l'étendue territoriale d'un secteur sanitaire correspond à celle de la Daïra et englobe un bassin de population variant entre 100.000 et 200.000 habitants et était composé<sup>36</sup> :

- d'un hôpital général ;

- d'un service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP) ;

- de structures légères (polycliniques, centres de santé, salles de soins) organisées en sous-secteurs sous le contrôle d'un coordinateur. Le nombre de sous-secteurs était variable d'un secteur sanitaire à l'autre.

- d'unités de soins scolaires (UDSS) réparties par groupement d'écoles.

Les règles de création, d'organisation et de fonctionnement des secteurs sanitaires étaient fixées par le décret exécutif du 02 décembre 1997, décret qui est abrogé depuis la parution du décret exécutif N° 07/140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité.

Ce décret a transformé les 185 secteurs sanitaires en :

- 189 établissements publics hospitaliers « EPH ».

- 273 établissements publics de santé de proximité « EPSP ».

Ainsi, toutes les structures extrahospitalières ont été séparées des hôpitaux et constituent à eux seuls la base des soins primaires. Cette nouvelle carte sanitaire est en fait une décentralisation de la gestion des polycliniques et dispensaires qui ne dépendent plus du Directeur de l'hôpital de l'ancien secteur sanitaire. La polyclinique, qui est désormais le centre de l'ESPS, sera gérée par un conseil d'administration propre à une direction distincte de celle de l'hôpital et elle sera dotée de laboratoires d'analyses médicales et de service radiologie afin de mieux servir les habitants<sup>37</sup>.

Désormais, le système de soins est organisé en trois blocs : le premier ensemble est constitué des CHU, EHU, EHS et EH, le deuxième bloc est formé par les EPH et enfin, le troisième ensemble, constituée des EPSP, est dévolu aux soins de base. Il ne s'agit pas d'une réforme moyenne du système de soins ; les CHU et EHS continuent d'exister, auxquels s'ajoutent un EHU et 5 EH. Ils délivrent tous les soins tertiaires. Les hôpitaux des anciens

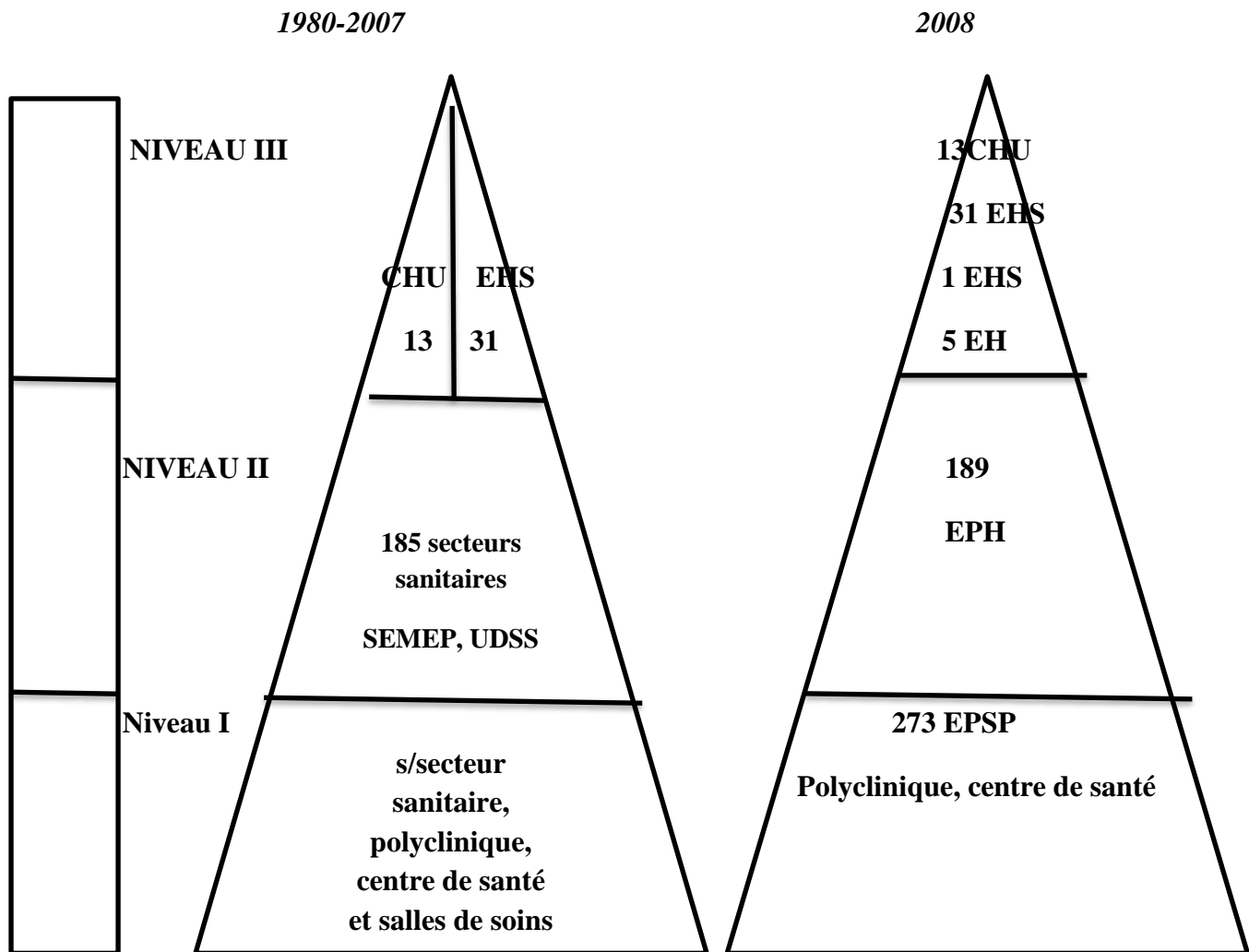
---

<sup>36</sup> BARGHRICHE.M, **Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie**, état des lieux 2009, journée parlementaire sur la santé, conseil de la Nation, P19-30.

<sup>37</sup> Larbi.A, **nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP** ; 12/07/2007.in, [www.santémaghreb.com](http://www.santémaghreb.com), consulter le 16/05/2015 à 18h00.

secteurs sanitaires se dénomment : Etablissement Publics Hospitaliers (EPH). La nouveauté réside aussi dans les statuts des EPH ; ils sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière et sont placés sous la tutelle du wali. Les soins primaires sont assurés par 273 établissements de santé de proximité (EPSP). Ils reprennent les anciennes polycliniques, les centres de santé, les salles de soins et les maternités publiques. Toutefois, la nomenclature des unités de soins de base a été revue et les centres de santé ont été supprimés. La réorganisation du secteur public peut être schématiser comme suit :

**Figure N°01 : organisation du secteur public 1980-2008**



Source : établis par nos soins.

Par ailleurs, de nouveaux hôpitaux ont été créés avec des statuts juridiques spécifiques. Un nouveau CHU a été créé à Oran en 2003 dénommé Etablissement Hospitalier Universitaire (EHU). C'est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Il est placé sous la double tutelle du MSPRH et du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

L'article 4 du décret de création<sup>38</sup> précise : l'établissement hospitalier et universitaire (E.H.U) est un instrument de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans le domaine des soins de haut niveau et de la politique nationale de formation supérieur et de recherche médicale. Entre 2005 et 2006, quatre nouveaux hôpitaux ont été créés avec un nouveau statut. Ils sont dénommés établissements hospitaliers (EH). L'EH est un établissement public à caractère spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Au total, 5 EH<sup>39</sup> viennent s'ajouter aux 31 EHS et 13 CHU. Les EH et même les CHU peuvent conclure tout marché, convention, contrat ou accord avec tout organisme, privé ou public, national ou étrangère, comme ils peuvent faire appel à des spécialistes étrangers.

L'évolution des infrastructures sanitaires du secteur public, se présente comme suit :

**Tableau N°07 : évolution de l'infrastructure hospitalière**

Infrastructures Publiques	2005		2007		2010		2014
	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre	Lits	Nbre
EHU	1	740	1	740	1	740	1
CHU	13	13 837	13	12697	13	12501	14
EHS	31	6046	31	9785	65	10824	68
EH	-	-	-	-	05	679	05
EPH*	232	33837	189	35157	197	35218	202
EPSP	-	-	273	-	273	-	273
Polycliniques	517	-	1477	-	1491	-	1616
Salles de soins	4533	-	5117	-	5350	-	5771
Maternité	505	3205	240	3450	520	3670	445
Centre de santé	4533	-	5117	-	5350	-	-

**Source** : établi par nos soins à partir des données du MSPRH .

\*Avant la réforme de 2007, ce sont les hôpitaux des secteurs sanitaires et après 2007 ce sont les EPH au sens de la nouvelle réforme.

L'examen des statistiques montre que les infrastructures sont restées presque inchangées sauf pour les établissements hospitaliers (EH) et les établissements hospitaliers spécialisés (EHS) depuis 2005.

Les maternités publiques peuvent être autonomes ou intégrées dans une polyclinique ou un centre de santé. « Il s'agit là d'une situation qui s'est développée dans les années 2000 et qui mérite une évaluation minutieuse dans la mesure où il est universellement reconnu que les structures dans lesquelles il est enregistré moins de 100 accouchements dans une année sont des structures à risque qui devraient être fermées<sup>40</sup> »

Avec la réorganisation de 2007, nombre de centres de santé sont devenus polycliniques suite à l'élargissement de leur palette d'activités, ce qui explique en partie l'augmentation du nombre de polycliniques et la diminution du nombre de centres de santé.

<sup>38</sup> Décret présidentiel N° 03 270 du 14 jourmada ethania 1424 correspondant au 13 aout 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran.

<sup>39</sup> Ils sont localisés dans les wilayas de Skikda, Oran, Sétif, et Ain Timouchent

<sup>40</sup> Chaoui.F et all, op.cit.

Toutefois, la problématique de l'offre de soins en Algérie ne réside pas dans le nombre d'infrastructures. C'est surtout la répartition géographique et la qualité des soins de santé offerts. L'examen des données explorées par régions sanitaires révèle cette insuffisance.

**Tableau N° 08 : la répartition des structures de soins par régions sanitaires (2014)**

	Régions sud	Régions du haut plateaux	Régions centre
<b>Nombre de wilayas</b>	09	14	25
<b>Surface (km<sup>2</sup>)</b>	1 911 668 % 83	304 086 (13%)	94 247 (% 4,0)
<b>Nombre d'habitants</b>	3 328 05 (% 10)	11 012 117 (% 30)	21 813 361 ( % 60)
<b>Les établissements de santé</b>	34 00 CHU  27 EPH+07 EHS 5829 Lits 1.6/ 1000habitants	71 02 CHU  60 EPH+19 EHS 16 340 lits 1.5/ 1000 habitants	162 12 CHU 01 EHU+ 05EH 115 EPH+ 42 EHS 44590 lits 02/1000 habitants
<b>Polyclinique</b>	190 1/ 191120 habitants	493 1/ 22336 habitants	933 1/ 23380 habitants
<b>Salles de soins</b>	770 4718/ habitants	1 663 6 621/ habitants	3338 6 438/ habitants
<b>Maternité</b>	68 374 lits	166 1023lits	211 1775lits
<b>Centres de cancérologie</b>	01	02	06

**Source :** établis par nos soins sur la base des travaux de :- Fortaki Mofida, **La nouvelle loi sur la santé comme moyen de réformer le système de santé en Algérie ; À la lumière de la transition en cours sur la santé**, colloque national sur La créativité et l'innovation comme moyen de réforme du système de santé en Algérie, université Blida 2, 2018, P3. ABID.L, "**Les déserts médicaux ou inégalité territoriale en matière de l'offre de soins**", *le guide de la médecine et de la santé en Algérie*. In, [www.santemaghreb.com](http://www.santemaghreb.com).

D'après le tableau, tout le sud du pays est privé de soins de santé hautement spécialisés vu l'absence de CHU et d'EH, ce qui oblige les patients à se déplacer vers les wilayas du nord pour recevoir les soins médicaux qualifiés de pointes, alors que les populations du nord sont mieux couvertes. Le tableau montre donc une répartition non équitable des structures de soins. Les régions du nord ne représentent que 4% de la superficie totale, mais la population est de 60% et compte le plus grand nombre de structures de santé. Alors que le Sud, qui couvre une superficie de 1 911 668 kilomètres carrés (83%), n'a que 10% de la population, la région compte le plus petit nombre d'établissements de santé, pas d'établissements hospitaliers (CHU), pas d'hôpitaux (EH).

Plusieurs contraintes sont à relever dans l'offre de soins dans les structures publiques, l'une de ces nombreuses contraintes réside dans l'insuffisance de la couverture médicale. Le personnel de santé représente 12.9% des effectifs de la fonction publique dont constitue le troisième pourvoyeur après le secteur de l'Education et de l'Intérieur<sup>41</sup>, les ressources humaines sont inégalement réparties. En 2010 le pays dispose de 28 652 médecins (20 963 généralistes, 7689 spécialistes) avec une densité 1 médecin pour 757. 6521 chirurgiens-dentistes (1 pour 2515) 757 pharmaciens (1 pour 3141) et 103 663 cadre paramédicaux (1 pour 290)<sup>42</sup>.

Malgré la forte augmentation du nombre de médecins en Algérie, le nombre total de médecins (dans les deux secteurs) s'élevait à 42 238 en 2010, pour atteindre 68 814 en 2015 (MSPRH, 2016). La densité moyenne était estimée à 118 pour 100 000 habitants, mais des différences régionales significatives ont été enregistrées. Par exemple, la couverture médicale était estimée à 220 médecins / 100 000 habitants dans la capitale, contre seulement 58/100 000 à Djelfa<sup>43</sup>. Les praticiens sont répartis dans le secteur public, comme indiqué dans le tableau suivant :

**Tableau N° 09** : Répartition du corps médical du secteur public en Algérie par type d'établissement (2015).

	Spécialistes	Généralistes	Chirurgiens-dentistes	Pharmaciens	Total
EH/ EPH	7638	6402	243	524	14807
CHU/ EHU	5567	1169	98	183	7017
EHS	2055	888	58	174	3175
EPSP	1803	16305	6559	578	25245
DSP	8	67	7	10	92
TOTAL	17071	24831	6965	1469	50336
Privé (2013)	8864	6458	5441	9177	29 940

Source : MSPRH, Direction des études et de la population, Santé, en chiffres 2015. Mekalt.K, Brahamia.B, **Le système de santé algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement**, Bejaia, 2015. Int, <https://www.eiseverywhere.com/retrieveupload.php>.

Il ressort clairement du tableau que dans notre pays, la couverture des praticiens est suffisante, par rapport à de nombreux pays ayant un développement économique similaire, et encore plus proche de ceux de certains pays développés. Mais le problème fondamental est le déséquilibre dans la répartition des praticiens sur le territoire national. Où la majorité des médecins sont basés dans les grandes régions du nord (90%). Ce pourcentage commence à diminuer progressivement à l'approche du désert, notamment en ce qui concerne les spécialistes, où 35% des structures de santé du sud ne disposent pas de médecin spécialiste.

<sup>41</sup> Assistance sociale dans la région Méditerranéenne, p8.

<sup>42</sup> Kaid N, *le système de santé Algérien entre efficacité et équité*, thèse de doctorat, université d'Alger, facultés de science commerciale et de gestion, année 2003, p 70.

<sup>43</sup> Zehnati. A, "**Analyse des inégalités de répartition territoriale des médecins spécialistes libéraux en Algérie**", inégalité de santé et territoire, 2em Atelier du Réseau Africain de Formation en Territoire et Santé, Constantine, 24-25 et 26 mai, 2016.

Ce manque se justifié par la fuite des médecins des conditions climatiques difficiles du sud d'une part, et la recherche de la rentabilité qu'offre le secteur libéral au nord d'autre part. Cette tendance accrue à la privatisation de la médecine spécialisée est le reflet de l'essor du marché privé de soins de santé, qui offrent des services de santé de qualité, au détriment du secteur public, notamment pour certains actes médicaux conventionnés avec la sécurité sociale qui connaissent un essor important à l'égard de l'hémodialyse rénale, la chirurgie générale, gynéco obstétrique, l'ophtalmologie<sup>44</sup> etc.

Toutefois, la mauvaise répartition du personnel médicale peut être justifiée aussi par la faible mobilité du personnel médical féminin, qui refuse pour des raisons culturelles de se déplacer vers d'autres wilayas pour travailler. Ce qui fait, qu'au nord du pays il a plusieurs médecins en chômage, alors qu'au sud le besoin est flagrant dans toutes les spécialités.

Concernant la formation des médecins, pharmaciens et chirurgies dentistes, elle est assurée en exclusivité par onze facultés de médecine, toutes situées dans les wilayas du nord du pays.

### **1-2-2 Le secteur parapublic**

Ce secteur a connu une régression rapide à partir des années 80, due à la compression des effectifs dans les entreprises publiques, dictée par des mesures de réajustement structurel. On y dénombre aujourd'hui quelques centaines de centres médicaux sociaux (CMS) créés et financés par des entreprises ou des institutions publiques et réserves à leur personnel. Leur impact sur la santé publique est négligeable.

### **1-2-3 Le secteur privé**

Le secteur privé des soins est constitué de deux segments : les cabinets des médecins libéraux et les cliniques privées dans toute leur diversité. L'activité à titre privé a été fortement découragée en Algérie durant les années 60 et 70. En effet, les possibilités d'installation, difficilement accordées, sont limitées par la mise en place des procédures suivantes :

- service nationale préalable à l'autorisation d'installation
- obligation de la mi-temps pour pallier au manque de médecins dans les structures publiques.

- zoning, dans le souci d'équilibre régional

Les pouvoirs publics imposent aux médecins de s'installer de préférence dans les zones où l'offre de soins est faible. Puis, à partir de 1986 tous ces obstacles ont été progressivement levés et l'installation des cliniques privées est autorisée à partir de 1988 ( loi 88-15 du 03 mai 19 88 et du décret N° 88-204 du 18 octobre 1988 fixant les conditions de relation et de mise en fonctionnement des cliniques privées).

---

<sup>44</sup> Zehnati A, **L'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie**. In, [www.ebanque-pdf.com/fr\\_système-de-santé-algerien.html](http://www.ebanque-pdf.com/fr_système-de-santé-algerien.html)



La création d'une clinique est subordonnée à la délivrance préalable d'une autorisation par le Ministre de santé sur la base d'un dossier visé par le wali<sup>45</sup>. En plus du dossier administratif le promoteur doit préciser les activités et les actes prévus. Une fois le projet réalisé, une autorisation d'ouverture et de fonctionnement est délivrée par le wali après constatation de la conformité des lieux et installation aux normes et conditions fixées par les lois et règlement en vigueur. En effet, une fois l'autorisation d'exercer accordée, les pouvoirs publics n'exercent aucun contrôle sur l'activité et sur la qualité des soins qui y sont dispensés. A cet effet, une réflexion sur la coopération du secteur privé en harmonie avec le secteur public de soins doit être menée.

Concernant les frais de prise en charge de la santé du patient, elles relèvent de lui-même et ces frais ne sont pas remboursables ou ne le sont qu'à titre symbolique. Ceci rend le secteur privé redondant plutôt que complémentaire au secteur public.

Le tableau suivant, dont des données sont extraites des annuaires de MSPRH, retrace l'évolution du nombre de cabinets en médecine de ville « généralistes et spécialistes ».

**Tableau N°10 : Evolution du nombre de cabinets de consultation et des officines pharmaceutiques**

	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>
<b>Cabinets de consultation (généralistes)</b>	5 990	6 208	6 315
<b>Cabinets de consultation (spécialistes)</b>	4 573	5 095	6 208
<b>Cabinets de chirurgie dentaire</b>	3 832	4120	5 105
<b>Officines pharmaceutiques</b>	5849	7 459	8322

**Source :** Etabli par nos soins à partir des annuaires statistiques du MSPRH

L'effectif des médecins spécialistes est passé de 4573 en 2005 à 6208 en 2010, soit en moyenne 327 nouvelles installations par an. L'effectif des médecins généralistes a accru mais à un rythme très faible, 65 nouvelles installations par an. Pour les chirurgiens-dentistes, on compte 254 nouvelles installations par an. Les officines pharmaceutiques ont aussi suivi les mêmes tendances, 500 nouvelles unités viennent chaque année grossir le nombre d'officines déjà en activité.

Pour l'évolution de l'infrastructure privée, nous présentons les données du tableau suivant :

<sup>45</sup> Article 208 de la loi N° 88-15 du 3 mai 1988 modifiant et complétant la loi N° 88-05 du 18/02/1985 relative à la protection et à la promotion de la santé.

**Tableau N°11 : Evolution de l'infrastructure privée**

	2005		2007		2010	
	Nbre	lits	Nbre	lits	Nbre	lits
Cliniques médico-chirurgicales et obstétricales	151	3218	165	3408	200	4800
Cliniques médicales	23	26	23	65	30	70
Cliniques d'hémodialyse	48	577	64	643	108	950

**Source** : établi par nos soins à partir des annuaires statistiques du MSPRH

D'après les données du tableau, nous constatons une progression continue, même si à un rythme faible d'infrastructures d'hospitalisation privées. Leur capacité litière progresse mais reste faible.

### **1-3 Les ressources humaines**

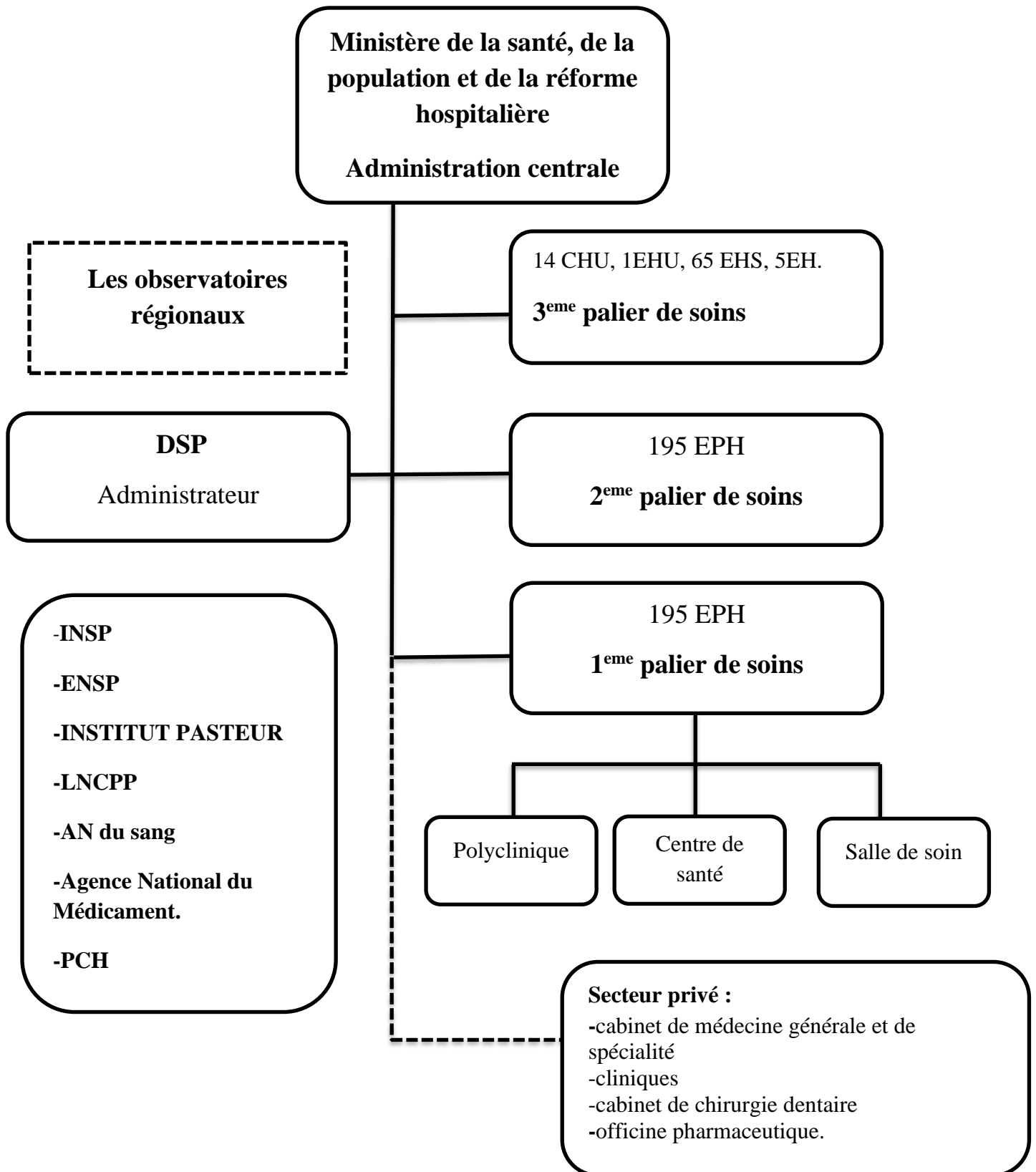
Il est vrai que tout système, quels que soit sa nature et son degré d'organisation, ne vaut que par la valeur des hommes qui y contribuent et qu'il n'est point d'investissement productif que celui basé sur l'homme.

L'effectif du système national de santé, plus particulièrement ceux qui exercent au niveau des différents établissements hospitalier, a beaucoup évolué depuis 1974 années de la mise en place de gratuité des soins, pour répondre à la forte demande de soins. Mais pour apprécier réellement l'offre en termes de ressources humaines, nous tenterons d'analyser leur répartition au niveau des divers types de structures sanitaires, ce qui fera apparaître les incohérences et les déséquilibres d'ordre quantitatif.

Au terme de cette présentation des secteurs publics, parapublics et privés, on peut déjà définir les conditions de l'itinéraire du patient. Celui-ci peut accéder librement, à sa demande, au secteur public ou au secteur privé avec des modalités de financement et de remboursement différentes. Les liens entre le secteur public et privé vont aussi se traduire par des stratégies d'adressage, soit vers le public soit vers le privé au terme du premier recours du patient. Il est évident que les itinéraires possibles vont beaucoup dépendre des modalités de financement, et des contacts avec les professionnels de santé.

Théoriquement, les structures de soins primaires sont censées référer leurs patients vers l'hôpital du secteur sanitaire pour les soins secondaires, un établissement hospitalier spécialisé « EHS » ou un centre hospitalo-universitaire « CHU » pour les soins tertiaires. Les CHU et EHS reçoivent des patients venant de plusieurs wilayas, voire de toute l'Algérie pour certains d'entre eux. Dans la réalité, la hiérarchisation des soins n'est pas respectée par les patients et les professionnels de santé.

Figure N°02 : cadre organisationnel du système national de santé



Source : établis par nos soins.

## **2- Le financement du système de soins en Algérie**

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants et de mettre en place les incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à la prévention et aux soins nécessaires<sup>46</sup>. Un financement correct permet de réduire ou d'éliminer le risque, pour un individu ou un ménage, de se trouver confronté à de graves difficultés financières ou de s'appauvrir parce qu'il doit s'acquitter du coût des soins.

Pour financer les systèmes de santé, il faut collecter des contributions, mettre en commun des risques et acheter ou fournir des interventions. Les contributions sont collectées auprès des ménages et d'organisations ou de sociétés, ainsi que de donateurs. Comme il n'existe pas d'approche unique qui vaille pour tous les pays, chacun doit trouver les modalités de financement de la santé qui conviennent le mieux.

Pour l'Algérie, le financement du système de santé revêt d'un caractère spécial, du fait qu'il soit basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale et celle des ménages, d'où un modèle de financement mixte qui tire ses ressources, d'une part, de la fiscalité nationale et, d'autre part, des cotisations sociales.

Les dépenses budgétaires de l'Etat concernent les budgets de fonctionnement et d'équipement, répartis annuellement par le MSPRH sur les structures publiques de soins. D'autres dépenses sont effectuées par d'autres institutions et associations possédant leurs propres structures sanitaires « Ministères, Collectivités locales, mutuelles ».

Le ministère de la défense dispose de ses propres structures et de ses caisses d'assurance. Le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique prend en charge les salaires des médecins des CHU ; le Ministère de l'éducation et le Ministère de la jeunesse et des sports assurent eux, aussi, les activités de prévention et d'éducation sanitaire. Toutefois, il n'existe pas de document officiel qui présente tous les détails sur toutes les dépenses engagées par l'Etat dans le secteur de la santé.

Les dépenses de la sécurité sociale qui ont trait à la santé couvrent un large éventail de prestations au profit des assurés sociaux (remboursement des médicaments et des actes médicaux, la prise en charge des patients bénéficiant de soins dans les cliniques privées pour les spécialités conventionnées et les dépenses d'équipement et de fonctionnement des établissements publics de santé). La sécurité sociale, à travers une dotation globale versée à l'Etat et dont le montant est fixé annuellement par la loi de finance et intégrée dans les recettes publiques, contribue au budget des structures publiques de soins.

Concernant les dépenses des ménages, lorsqu'ils sont pris en charge dans le secteur public, les assurés sociaux, compte tenu de la gratuité des soins, s'acquittent uniquement du ticket modérateur sur le médicament vendu en officine « prix de référence pour les médicaments remboursés » quel que soit le prescripteur « public ou privé », de la participation

---

<sup>46</sup> Laribi.A, laboratoire de recherche, école nationale de santé publique, janvier 2009.

non-remboursable aux prestations hospitalières dans le secteur public « 50 DA pour les consultations et 100 DA par journée d'hospitalisation ».

Lorsqu'ils ont recours au secteur privé pour les consultations, examens complémentaires et séjour en clinique, ils ne sont remboursés que selon des cotisations non actualisées depuis 1987<sup>47</sup> pour des montants considérablement inférieurs aux tarifs facturés.

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

Ensuite, les ménages s'acquittent d'un impôt sur leur revenu. Enfin les paiements directs effectués par des ménages qui n'ont pas cessé de croître ces dernières années.

Cependant, la participation des différentes sources de financement du système national de santé a sensiblement changé depuis les années 70, où on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale en première position et en faveur des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins de santé. Il est clair que la question de financement du système de soins en Algérie est très complexe. Cependant, il nous paraît évident que les modalités de financement inflationnistes actuel ne peuvent assurer la pérennité du système de soins et garantir l'équité d'accès des plus démunis<sup>48</sup>.

## **2-1 Dépenses de santé et mécanismes de financement**

Depuis l'année 2000, le pays connaît la reprise de la croissance économique grâce à la remontée des cours des hydrocarbures dans les marchés internationaux et à l'amélioration des recettes de l'Etat. Cette situation s'est répercutée positivement sur les ressources allouées au secteur de la santé qui connaît une faible augmentation d'une année à une autre comme le montre l'évolution des dotations budgétaires du Ministère de la santé présentée dans le tableau suivant :

---

<sup>47</sup> Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.

<sup>48</sup> Oufriha.F et Collaborateurs : un système de santé à la croisée des chemins, doc de recherche, CREAD 2006, P129.

**Tableau N°12 : évolution du budget de la santé (2002-2015) en Million de DA**

Années	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Budget de la santé en dinar courant	49.117,107	55.430,565	63.770,452	63.282,262	70.337,276	110.263,858	143.966,628

Années	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Budget de la santé en dinars courant	178.322,829	195.011,838	227.859,541	404.945,348	306.925,642	365.946,753	381.972,062

**Source :** tableau réalisé par nos soins à partir des lois de finance de chaque année

Les dépenses de fonctionnement sont classées en dix postes dans le budget de l'Administration central. Elles sont présentées par chapitre de dépenses ; le tableau suivant montre l'évolution des dépenses budgétaires par titre des structures publique de soins (en %).

**Tableau N° 13 : évolution de la consommation budgétaire par nature de dépense (en %)**

Catégories de dépenses	2000	2006	2010
	% du total	% du total	% du total
Personnel	67,96	60,32	54,85
Formation	2,57	2,33	2,04
Alimentation	2,03	2,29	2,80
Médicament	14,67	18,79	21,53
Dépenses d'action spécifiques de prévention	1,93	2,39	2,49
Matériel médical	2,94	3,64	4,34
Entretien infrastructure	1,9	2,9	3,87
Autres	4,72	5,76	6,02
Œuvres sociales	1,22	1,52	0,52
Recherche médicale	0,04	0,04	0,02

**Source :** établi par nos soins sur la base des données du **MSPRH**, Ziani.L, Achouche.M, **analyse des dépenses de santé en Algérie**, colloque international, Algérie : cinquante ans d'expériences de développement Etat-Economie-Santé.

A l'examen de ces données, il ressort que les dépenses du personnel sont le premier poste de dépenses. La masse salariale absorbe plus 2/3 du budget de la santé. Cette part était de 67,96% en 2000, passe à 60,32% en 2006 puis à 54,85% en 2010.

Cette diminution s'explique par la politique qu'a menée l'Algérie par la compression des salaires, d'une part, et d'autre part par la croissance du nombre de médecins exerçant dans le secteur privé a été spectaculaire au cours de ces dernières années<sup>49</sup>. En 2010, 48% des médecins spécialistes exercent dans les structures privées de soins « cabinets médicaux ».

La consommation médicamenteuse présente un volume financier important, rapportée aux dépenses totales de santé. Elle est passée de 14,67 en 2006 à 21,53% en 2010. Ces dépenses sont toutefois insuffisantes pour répondre aux besoins en médicaments dans le secteur public où les pénuries sont fréquentes.

La consommation nationale des médicaments a augmenté à un taux annuel moyen de 9,3% sur la période 2008-2016. Le marché national des médicaments a également connu une croissance rapide, dépassant les 3,8 milliards de dollars en 2016, contre 568,53 millions de dollars en 2000<sup>50</sup>. Cela explique en grande partie l'augmentation des dépenses de sécurité sociale : entre 2000 et 2004, elles sont passées de 68 milliards à 129 milliards de dinars et sont passées à 185 milliards de dinars en 2011 pour atteindre 300 milliards de dinars en 2014. L'augmentation des dépenses de santé est due principalement aux dépenses en médicaments, qui sont les dépenses les plus chères de la branche des assurances sociales.

Les dépenses en « matériel médical » et « entretien » est passé de 2,94 et 1,9%, respectivement en 2000 à 4,34 et 3,87% en 2010. Il y a lieu de signaler que la faiblesse des dotations budgétaires fait que le renouvellement, même partiel, des équipements médicaux et l'entretien des infrastructures n'a pas été effectué ces dernières années.

Par ailleurs, le budget de prévention atteint 2,39% des dépenses en 2006 et 2,49% en 2010, ce qui est dérisoire à l'heure où de nouvelles maladies pandémiques apparaissent.

La recherche médicale est le parent pauvre des dotations budgétaires du secteur public. Elle a représenté 0,02% en 2010. A titre comparatif le Maroc a consacré 4% du budget du secteur de la santé aux dépenses de formation/recherche et enseignement en 2010<sup>51</sup>.

### **2-1-1 Evolution de la DNS en % du PIB.**

D'après les chiffres de la banque mondiale en 2006<sup>52</sup>, les pays à revenus élevés consacrent en moyenne 7,7 de leur PIB aux dépenses de la santé. Dans les pays à revenus intermédiaires, ces dépenses représentent 5.8% du PIB. Les pays à faibles revenus ne dépensent que 4,7% de leur PIB dans la santé.

---

<sup>49</sup> Banque mondiale : à la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, OP.CIT, P172.

<sup>50</sup> Fortaki mofida, op.cit, p8.

<sup>51</sup> Ministère de la santé du Royaume du Maroc, Comptes Nationaux de la santé, en 2010.

<sup>52</sup> Banque mondiale, op.cit, P172

En Algérie, les dépenses nationales de santé rapportées au PIB ont connu une progression irrégulière en passant de 3.5 en 1979 à 6% en 1988 et 3.2% en 2005. Cette diminution des dépenses de santé a été le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre du PAS « plan d'ajustement structurel », la limitation des embauches et l'investissement dans le secteur de la santé. Mais à partir de 2006, celle-ci n'ont pas cessé d'évoluer pour atteindre 7,86% en 2015<sup>53</sup>. En valeur, les dépenses nationales de santé, ont aussi enregistré une hausse comme le montre les données du tableau suivant :

---

<sup>53</sup> Données perspective monde.



**Tableau N° 14 : évolution de la dépense Nationale de santé**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Dépenses totales de santé en Mds DA</b>	143,870	162,231	175,186	196,665	207,735	231,713	266,467	330,925	412,913	458,301	522,801	590,008	643,374	753,278
<b>DNS en %PIB</b>	3,5	3,8	3,7	3,6	3,5	3,2	3,4	3,8	4,2	5,2	4,8	5,1	5,12	6,6
<b>Dépense de santé par habitant en USD</b>	60	65	65	74	90	98	114	147	201	195	210	271	319	314
<b>Dépenses publiques de soins en % DNS</b>	73,33	77,43	77,34	83,75	71,05	72,07	74,36	77,32	79,47	79,18	79,87	80,75	76,76	76,4
<b>Dépenses privées en % DNS</b>	26,67	22,57	22,66	16,25	28,95	27,93	25,64	22,68	20,53	20,82	20,13	19,25	23,24	23,6

**Source :** tableau réalisé par nos soins à partir de :-donnée OMS, rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010.

-pour 2000-2001, comptes nationaux de santé, fournis par le Ministère de santé (2003).

-Zehnati.A, **analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privé de soins en Algérie**, thèse de doctorat, université de Bedjaia, juin 2014.

-Perspective monde.

D'après la lecture du tableau, la DNS « en USD » est passé de 65dollars à 201 dollars entre 2002 et 2008, soit un triplement sur la période. En pourcentage, la DNS a représenté en moyenne 3.5% du PIB sur la période.

Sur la période 2000 à 2013, rapportées aux dépenses totales de santé, les dépenses enregistrent une part nettement plus importante par rapport aux dépenses privées de santé qui n'ont pas dépassé les 30%.

Quant aux dépenses de santé par habitant, elles ont connu une évolution importante. La DNS/habitant n'a pas cessé de croître, elle a doublé entre 2006 et 2011, cette augmentation est due principalement au désengagement progressif de l'Etat du financement de la santé le développement du secteur privé et la dégradation de la qualité des prestations fournies par le secteur public, ce qui pousse les ménages à contribuer pour l'amélioration de leur santé.

### **2-1-2 L'évolution de la DNS en termes d'agents de financement**

Le secteur de la santé en Algérie est financé essentiellement par trois grandes sources : l'Etat, les ménages et les caisses de la sécurité sociale. La participation des différentes sources de financement du système de santé national a sensiblement changé depuis les années 70 et on constate une régression de la participation de l'Etat en faveur de la sécurité sociale et au détriment des ménages qui se voient contraints de payer une partie de plus en plus importante des frais de leurs soins. Le tableau suivant retrace l'évolution de la DNS entre 1974 et 2011 par agent de financement.

**Tableau N°15 : l'évolution de la contribution des agents de financement  
« En % de la DNS »**

Années	Etat	Sécurité sociale	Ménage
1974	76,51	23,49	0,00
1979	60,88	38,58	0,54
1983	48,04	49,13	2,83
1986	36,60	61,40	2,00
1987	34,21	64,20	1,59
1988	27,50	51,20	21,3
1992	30,50	38,87	29,3
1994	34,50	37,10	27,00
1996	38,45	35,64	25,90
1997	37,93	32,57	29,50
1999	42,56	29,33	28,10
2000	47,27	26,02	26,70
2001	51,62	25,77	22,60
2002	48,42	26,88	24,70
2003	50,38	27,01	22,60
2004	48,43	24,01	27,50
2005	51,16	23,63	25,20
2006	53,8	27,4	18,8
2007	50,7	30,9	18,4
2008	55,1	31	13,9
2009	48,2	31,1	20,7
2010	49,9	30,0	20,0
2011	50,4	31,6	18,0

Source : établi par nos soins à partir de :

-Kaid Tilane N, « **la problématique du financement des soins en Algérie** », revue internationale de sécurité sociale, N° 4 vo ; 57, Edition spécifique européennes, octobre-décembre 2004, P 116.

-OMS : rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010 in [www.who.int](http://www.who.int).

-Ziani.L, Achouche.M, op.cit , P3.

Durant les années 70, et avant la mise en œuvre de la médecine gratuite, la part de la sécurité sociale dans les dépenses totales de santé était de l'ordre de 23.49%, l'Etat était le principal agent de financement du système de soins.

Cependant, la médecine gratuite a été financée par la sécurité sociale qui a vu son rôle renforcé. La part de la sécurité sociale dépassait 60% la DNS en 1987 en raison de la crise qu'a connue le pays fin 80 et début 90.

A partir de 1990, nous enregistrons une baisse de la part de la sécurité sociale et une reprise de la part de l'Etat grâce aux recettes pétrolières. De plus, les dépenses des ménages commencent à prendre une part prépondérante dans le financement du système de santé algérien. Elles représentent en 2005 un quart des dépenses totales de santé. Les patients algériens ont de plus en plus recours au secteur privé de prestations de soins dont le financement est en grande partie à la seule charge des ménages, mais à partir de 2005, la

participation des ménages commence à décroître. L'Etat reprend sa place de premier financeur du système de soins.

## **2-2 Les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé en Algérie**

A l'instar des différents pays, les dépenses de santé en Algérie continuent d'accroître d'année en année. Les indicateurs relatifs au financement de la santé en Algérie fournie par la banque mondiale affichent une croissance de 39% en 14 ans « entre 1995 et 2009 ».

L'évolution des dépenses de santé est due à plusieurs facteurs, à savoir :

- ❖ La transition sanitaire avec affirmation du poids croissant des maladies non transmissibles et la persistance des maladies transmissibles.
- ❖ Les progrès de la médecine qui vont, quant à eux, entrainer l'introduction de nouvelles technologies et de nouvelles molécules coûteuses pour répondre aux attentes des populations.
- ❖ L'ajustement de la rémunération du personnel médical et l'augmentation de l'effectif médical.
- ❖ L'extension de l'offre de soins publique et privée.
- ❖ L'extension de la couverture sociale le développement de la couverture sociale et le dispositif du tiers payant ( possibilité de disposer de médicaments sans faire d'avance sur les frais, ce qui permettrait aux assurés à bas revenus de ne pas payer la partie normalement remboursée par la CNAS ) peuvent être à l'origine de la croissance de la consommation des médicaments en Algérie.
- ❖ L'impact du vieillissement de la population sur la demande de soins.
- ❖ L'amélioration du niveau de vie, urbanisation, accidents, stresse.

Afin de contenir le problème, des procédures expérimentées et confirmées dans de nombreux pays ont fait leurs preuves et donnés des résultats probants, tels que l'instauration du dispositif de tarif de référence, l'obligation de prescrire des médicaments génériques, le renforcement du contrôle médical et administratif de la sécurité sociale etc., peuvent être appliqués en Algérie. Il conviendrait de s'inspirer de ces expériences, de les adapter à notre environnement et les mettre en œuvre.

Les principales mesures de maîtrise des dépenses entreprises par l'Algérie se présentent ainsi :

→ La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et la politique du médicament occupent une place de plus en plus importante dans les soins de santé<sup>54</sup>, augmentant ainsi les dépenses de santé, et pèse lourdement sur les fonds de l'assurance maladie, des ménages et de l'Etat. Ce phénomène a incité le pays à mettre en œuvres différentes mesures afin de réduire les dépenses médicamenteuses. Parmi ces dernières nous citons notamment le développement et l'encouragement de la consommation du médicament générique, le déremboursement du médicament, le médecin traitant et la mise en place de la carte CHIFA.

---

<sup>54</sup> Le médicament occupe la deuxième position dans le budget total des établissements publics absorbant ainsi plus de 20% de ce dernier en 2009.

→ L'encouragement de la consommation des médicaments génériques : en Algérie, l'instauration du dispositif du tarif de référence et le droit de substitution, sont présentés comme les principaux instruments pour encourager la consommation des médicaments génériques et réduire ainsi la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse supportée par les organismes de la sécurité sociale. Le tarif de référence a été mis en place depuis 2006. Le principe de la politique est que, quel que soit le prix de vente d'un médicament soumis à un TR, l'assureur rembourse toujours le même montant, en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement du prix de vente au-delà du TR n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré.

L'application du système tarif de référence a permis de réaliser<sup>55</sup> :

- une baisse des prix de 42% de médicaments remboursables « médicaments de grande consommation : essentiels et importants » ;
- une augmentation de la consommation des produits génériques fabriqués localement.

Le droit de substitution a été aussi mis en vigueur à partir de 2006. Ce droit donne latitude au pharmacien de délivrer un générique alors que le médecin a prescrit le médicament original.

→ Le médecin traitant ; le médecin traitant ou le médecin de la famille constitue une forme de convention consistant à formaliser la fidélisation du patient auprès de son généraliste. Pour les assureurs, il s'agit de moyen de lutte contre la multiplication des prescriptions et un moyen de rationalisation des dépenses, surtout médicamenteuses. Le principe est que chaque patient est tenu de choisir son médecin par lequel il doit obligatoirement passer en vue d'accéder à une consultation de spécialiste<sup>56</sup>.

En 2011, 27 wilayas sont concernées par le dispositif du conventionnement du médecin traitant. Plus de 1020 médecins au niveau de ces wilayas sont déjà conventionnés et 105000 retraités ont déjà choisi leur médecin de famille<sup>57</sup>.

→ La mise en place de la contractualisation : en Algérie, la loi de finance de 1992, a redéfini une nouvelle modalité de financement de la santé qu'est la contractualisation. Désormais, les lois de finance disposent que la contribution des organismes de sécurité sociale au budget de fonctionnement des établissements publics de santé doit être mise en œuvre sur la base de rapports contractuels<sup>58</sup>.

La contractualisation consiste donc à établir un contrat entre les établissements publics de santé et les organismes de la sécurité sociale. Ce contrat qui impose aux contractants des droits et obligations et qui, dans le cas présent, doit se traduire par une facturation qui correspondait à une prestation réellement fournie. Selon l'OMS, la contractualisation est préconisée comme un outil de politique de santé. Une telle approche met en avant le rôle de

---

<sup>55</sup> Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : **présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie**, 2011.

<sup>56</sup> Brahamia.B, op.cit, P400.

<sup>57</sup> *Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie*, op.cit.

<sup>58</sup> MSPRH : **mise en œuvre œuvres de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé**, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, décembre 2003.

l'état comme garant de la cohérence dans les relations entre les partenaires ayant un rôle dans la santé (secteur public, secteur privé, sécurité sociale, assurances privées... etc. ).

En effet, plusieurs tentatives de mettre en place une contractualisation des actes médicaux ont été entreprises et des exercices de simulation ont été faits dans différentes wilayas, mais ces tentatives n'ont pas abouti à ce jour. Cependant, la contractualisation est présentée à la fois comme une nécessité et comme une solution pour faire face aux problèmes que connaît le système de santé.

→ L'application de la carte CHIFA : la carte CHIFA a été mise en œuvre en 2006 pour faire face à l'augmentation de la facture des remboursements des médicaments par la sécurité sociale. L'objectif étant alors de maîtriser les dépenses, de simplifier et d'apporter plus de souplesses dans les procédures de remboursement des prestations et des médicaments délivrés et une plus grande maîtrise des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale. Elle présente l'avantage de mettre un terme aux abus et aux fraudes c'est une grande maîtrise des dépenses de prestations médicales. C'est un outil de régulation plus efficace qui prend une nouvelle forme de contrôle médical.

Cependant, d'autres outils peuvent être appliqués afin de maîtriser les dépenses en Algérie, tels que :

- Développer la chirurgie ambulatoire sans hébergement ; c'est un mode de prise en charge permettant de ramener l'hospitalisation pour une intervention chirurgicale à une seule journée,
- Diminuer les frais de prise en charge des malades transférés vers l'étranger.
- Le renforcement du contrôle médical
- Management moderne basé sur l'évaluation quantitative scientifique des coûts.

### **3- Présentation sommaire du système de la sécurité sociale en Algérie**

En Algérie, la protection sociale a occupé une position prééminente dans la politique du pays comme vecteur du progrès social. Elle continue aujourd'hui dans un contexte général moins favorable, assurer une fonction privilégiée de redistribution des revenus et de limitation de la précarité et de l'insécurité. A travers ses diverses composantes et ses différentes modalités d'intervention, la protection sociale entend, avant tout, corriger les iniquités de la distribution primaire des revenus.

#### **3-1 l'historique :**

A l'indépendance, le système de sécurité sociale était très fragmenté, composé de plus de 11 divers régimes, chacun avec plus d'avantages que d'autres, structurées au niveau administratif en environ 20 organismes chargés de la gestion du régime général du secteur non agricole, de 29 caisses du régime agricole, de 13 caisses de secours minier, caractérisés par des différences dans le financement, la nature et le niveau des prestations ainsi que le mode de gestion.

Cette organisation a poussé les pouvoirs publics à entamer plusieurs changements indispensables par le projet de refonte de la sécurité sociale et cela, à partir de 1970. Les buts de la réforme étaient l'unification des régimes (structures), l'uniformisation des avantages et

l'extension des bénéficiaires. L'application du contenu du projet de refonte n'a eu lieu qu'en juillet 1983 « loi 83-11 ».

En 1985 « décret 85-223 du 20 août » les organismes existants furent unis autour de deux caisses nationales ; la caisse nationale des assurances sociales des accidents de travail et maladies professionnelles « C.N.S.A.T. » et la caisse Nationale de retraite « C.N.R. » érigées en établissements publics à caractère administratif « E.P.A ». En 1988, le statut juridique des deux caisses fut modifié en établissement public à caractère spécifique à la faveur de la loi N°88-01 qui apporta l'autonomie aux entreprises publiques. En 1992, la CNASAT changeait d'appellation et devenait la caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés « C.N.A.S », qu'il y avait l'institution de la caisse des assurances sociales des non-salariés « C.A.S.N.O.S ». En 1994 fut établi le régime de la pension de retraite anticipée et l'indemnité d'allocation chômage<sup>59</sup>.

Les derniers changements furent en 1995, effectués par la mise en place de la caisse nationale d'assurance chômage « C.N.A.C » et en 1998, par l'institution de la caisse nationale des congés payés des travailleurs du bâtiment « C.A.C.O.B.A.T.P.H ».

### **3-2 L'organisation actuelle :**

L'organisation du système de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la gestion séparée des risques. Ainsi, il existe différentes caisses qui assurent la gestion d'un certain nombre d'actions inhérentes au risque géré, à savoir :

\***la CNAS** : caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés.

\***la CNR** : caisse nationale des retraites.

\***la CASNOS** : caisse nationale de sécurité sociale des non-salariés.

\***la CNAC** : caisse nationale d'assurance chômage.

\***la CACOBATPH** : caisse nationale des congés payés et du chômage intempéries des secteurs du bâtiment, des travaux publics et de l'hydraulique.

Ces organismes sont représentés sur tout le territoire national par un réseau d'agences, d'antennes ou de centres implantés respectivement au niveau des wilayas. Ils sont placés sous la tutelle de l'Etat qui assure son rôle de législateur, de contrôleur général et de régulateur par le biais du ministère du travail et de la sécurité sociale.

Dans le système actuel de la sécurité sociale algérien, l'unification des régimes et l'uniformisation des avantages ont été réalisés.

Le régime de protection sociale Algérien applicable à toutes les personnes exerçant une activité professionnelle comprend :

- Les assurances sociales qui couvrent les maladies et la maternité,

---

<sup>59</sup> Décret 94-10 et 94-11 du 26/05/1994.

- L'invalidité et le décès,
- L'assurance vieillesse,
- L'assurance accident du travail et les maladies professionnelles,
- Les prestations familiales,
- L'assurance chômage.

Cependant, au fil des années le système de sécurité sociale algérien s'est étendu à la grande majorité de la population. Les personnes couvertes sont donc : les travailleurs salariés, les travailleurs non-salariés exerçant une activité professionnelle pour leur propre compte, les catégories particulières qui comprennent « les travailleurs à domicile, les artistes. », les personnes n'exerçant aucune activité professionnelle telles que les étudiants, les handicapés et les bénéficiaires de l'allocation forfaitaire de solidarité. Enfin, la protection est accordée aux ayants-droit des assurés sociaux soit :

- le conjoint ;
- les enfants à charge ;
- les ascendants à charge.

Plus de 85% de la population algérienne bénéficient, 50 ans après l'indépendance, d'une couverture de la sécurité sociale, soit plus de 31 millions<sup>60</sup> sur les 37 millions d'habitants que compte le pays.

### **3-3 Le financement**

#### **3-3-1 Les ressources :**

L'Algérie est un pays qui a opté pour un système obligatoire d'assurance maladie basé sur les cotisations imposées aux catégories professionnelles. Ce qui rend sa capacité de financement étroitement liée au niveau de l'emploi. Les taux de cotisation ont subi plusieurs modifications depuis les années 90. Selon les objectifs de la politique économique du pays. Le tableau suivant donne la répartition des taux de cotisation par risque couvert.

---

<sup>60</sup> Plus de 9,47 millions d'assurés sociaux ainsi leurs ayant droit « plus de 31 millions au total » qui sont couverts par la sécurité sociale.



**Tableau N°16 : ventilation des taux de cotisation au 1 janvier 2015**

<b>Branche</b>	<b>A la charge de l'employeur</b>	<b>A la charge du salarié</b>	<b>A la charge du fonds des œuvres sociales</b>	<b>Total</b>
<b>Assurances sociales : « maladie, maternité, invalidité et décès »</b>	12,50%	1,50%	-	<b>14%</b>
<b>Accident du travail et maladie professionnelles</b>	1,25%	-	-	<b>1,25%</b>
<b>Retraite</b>	10,00%	6,76%	-	<b>17,25%</b>
<b>Assurance chômage</b>	1,00% *	0,5%	-	<b>1,50%</b>
<b>Retraite anticipée</b>	0,25%	0,25%	-	<b>0,50%</b>
<b>Logement social</b>	-	-	0,5%	<b>0,5%</b>
<b>Total</b>	<b>25,00%</b>	<b>9,00%</b>	<b>0,5%</b>	<b>34,50%</b>

**Source :** les cotisations en Algérie. In <http://www.cleiss.fr>

\*lorsque l'assuré a travaillé pendant plus de trois ans pour la même entreprise, l'employeur est tenu de verser à la CNAS, une somme égale à 80% du salaire mensuel moyen perçu au cours de la dernière année d'emploi du salarié licencié pour chaque année travaillée dans la limite de douze années maximums.

Les cotisations sont payées sur le salaire de poste de l'employé. Le salaire de poste correspond au salaire plafond par type d'activité, pris en compte pour le calcul des cotisations, l'appellation exacte étant « salaires soumis à cotisations » tel que défini par la loi N°90-11 relative aux relations de travail.

Les prestations familiales des allocataires inactifs sont financées à 100% par le budget de l'Etat. En ce qui concerne les travailleurs salariés, les prestations familiales sont financées à 75% par le budget de l'Etat et à 25% par l'employeur.

Les ressources de la CNAS proviennent des revenus du travail payés à hauteur de 34,5% du salaire, partagé entre l'employeur 25,00% et le salarié 9%. 0,5 est prélevé sur le fonds des œuvres sociales des revenus des employeurs et des salariés.

Pour les travailleurs salariés, le taux de cotisation affecté aux assurances sociales est de 14% dont 1,5% à la charge du salarié.

La CASNOS couvre les travailleurs indépendants et leurs ayants droit. Le taux de cotisation est fixé à 15% dont 7,5% pour la branche retraite et 7,5% bénéficie à la branche maladie.

Pour les titulaires de pensions et de rentes « anciens travailleurs salariés », la cotisation assise sur le montant de la pension ou de la rente, dont le taux est de 2%, est à la charge du pensionné ou du rentier. Les pensions dont le montant est égal ou inférieur au SNMG<sup>61</sup> sont exonérés du paiement des cotisations d'assurances sociales.

Pour les autres catégories d'assurés « étudiants, handicapés, ... », les cotisations sont assises sur le montant du salaire national minimum garanti et sont à la charge de l'état ; le taux varie de 1% à 7%, selon les catégories.

### 3-3-2 les dépenses de la sécurité sociale en Algérie

Nous examinons, par conséquent, les principales dépenses de santé qui pèsent lourdement sur le budget des caisses de la sécurité sociale. Il s'agit du forfait hôpital, les transferts pour les oins à l'étranger et les remboursements des médicaments.

#### → Le forfait hôpital

Il constitue la contribution de la sécurité sociale au financement des secteurs sanitaires ou segment public de soins. Depuis son institution en 1973, le forfait hôpital a augmenté d'une manière soutenue. En effet, nous constatons un accroissement du montant du forfait hospitalier qui est passé de 120 millions en 1973 à 38000 millions en 2009. Ce montant a été multiplié par 316,66 en l'espace de 36 ans. Cette augmentation du forfait est due, d'une part, au désengagement progressif du budget de l'Etat qui ne concourt qu'à 27,50% de ses dépenses en 1988<sup>62</sup> et, d'autre part, au problème lié à la détermination du montant réel des prestations fournies aux assurés sociaux et leur ayants droit en matière d'hospitalisation et de soins prodigués.

**Tableau N°17 : contribution de la sécurité sociale en Algérie « forfait hôpitaux » de 1973 à 2015.**

Années	Montant en Million DA	Taux d'évolution année de base 1973	Evolution par année
1973	120,00	100	-
1974	199,00	165,83	65,83
1975	225,00	187,50	13,07
1976	245,00	204,17	8,89
1977	300,00	250,00	22,45
1978	475	395,83	58,33
1979	714,5	595,42	50,42
1980	1126	938,33	57,59
1981	1410	1175,00	25,22
1982	1800	1500,00	27,66
1983	2102	1751,67	16,78
1984	2055,8	1713,67	-2,20
1985	4000	3333,33	94,57
1986	5000	4166,67	25,00

<sup>61</sup> SNMG : le salaire National Minimum Garanti, est fixé depuis le 01 janvier 2012 à 18.00 0 DA par mois.

<sup>62</sup> Kaid Tiliane.N : la problématique du financement des soins en Algérie, revue internationale de sécurité sociale N° 4 vol57, Edition scientifiques européennes, octobre –décembre 2004, p116.

1987	6500	5416,67	30,00
1988	7545	6287,50	16,08
1989	8600	7166,67	13,98
1990	8600	7166,67	0,00
1991	9500	7916,67	10,47
1992	9500	7916,67	0,00
1993	9983	8319,17	5,08
1994	10 050	8375	0,67
1995	13 551	11 292,50	34,84
1996	16 576	13 813,33	22,32
1997	17 972	14 976,67	8,42
1999	19 872	16 560,00	1,12
2000	20 540,50	17 117,08	3,36
2001	21 500	17 916,67	4,67
2002	24000	20 000,00	11,63
2003	25000	20 833,33	4,17
2004	27 021,27	22 517,73	8,09
2005	35 000	29 166,67	29,53
2006	35 000	29 166,67	0,00
2007	35 000	29 166,67	0,00
2008	38000	31 666,67	8,57
2009	38 000	31 666,67	0,00
2010	38 000	31 666,67	0,00
2011	38 000	31 666,67	0,00
2012	48 129,41	40 107,84	26,65
2013	49 629,41	41 357,84	3,11
2014	57 818,53	48 182,10	16,50
2015	65 219,10	54 349,25	12,79

Source : - Ziani.L, Ziani.Z, **le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**, 7<sup>ème</sup> colloque National sur L'assurance de l'industrie, la pratique et les perspectives de développement - les expériences des pays-, 03 et 04 décembre 2012, Université de Chelef.

- Données des lois de finances 2012, 2013, 2014,2015.

→ **Les transferts de soins à l'étranger :**

Elles représentent essentiellement des dépenses d'hospitalisation lourdes pour soins complexes. Ces transferts ont consisté à pallier aux insuffisances du secteur public pour certains soins pointus concernant des pathologies lourdes « cancers, maladie cardiovasculaire, certaines brûlures compliquées... ».

Les transferts à l'étranger ont subi une diminution passant de 4 602 malades en 1993 à 600 malades en 2011<sup>63</sup>. Cette baisse est le résultat des mesures prises par les pouvoirs publics algériens pour réduire les dépenses de transfert, la diversification des pays d'accueil et l'incitation de la venue en Algérie d'équipes médicales étrangères.

<sup>63</sup>Ziani.L, Ziani.Z, op.cit.

Malgré la réduction du nombre de malades transférés à l'étranger, les dépenses liées à ce poste ne cessent d'augmenter. Elles ont été multipliées par 2 en l'espace de 14 ans, passant de 0,76 milliards DA en 1985 à 1,5 milliards de DA en 2009<sup>64</sup>.

→ *Les remboursements des médicaments*

Les remboursements des médicaments est le poste de dépense le plus important de la CNAS. Il ne cesse pas d'augmenter depuis 1988 suivant un rythme accéléré. Ces dépenses ont connu une évolution continue. Elles passent de 0,5 milliard de DA en 1988 pour atteindre 110 milliards en 2011, soit une multiplication par 220. Cette augmentation est due principalement à la libération des prix produite en 1994, à l'accroissement du nombre d'assurés sociaux ainsi qu'à la triple transition : économique, épidémiologique et démographique qu'a connue l'Algérie.

En conclusion, sur le plan du financement, le modèle algérien est une combinaison des deux systèmes Bismarckiens et Beveridgien où le financement est assuré par les cotisations mais aussi une partie des recettes fiscales sans omettre la contribution des ménages qui devient de plus en plus importante. La part de l'état est intimement liée aux prix des hydrocarbures sur le marché international. Dans des périodes de crise, une grande part des dépenses est reportée sur les ménages.

Le rythme de croissance des dépenses de santé est particulièrement très soutenu suite à la conjonction de plusieurs facteurs, essentiellement la triple transition : économique, démographique et épidémiologique qu'a connue l'Algérie. Seules les dépenses relatives au forfait hospitalier et aux transferts pour soins à l'étranger croissent moins vite; elles commencent même à se ralentir ces dernières années.

C'est pour cette raison que les pouvoirs publics ont décidé de faire de la maîtrise des dépenses de santé un objectif prioritaire pour freiner l'expansion de ces dépenses et arrêter l'hémorragie des caisses de la sécurité sociale et ont mis en œuvre, à cet effet, des outils de régulation.

---

<sup>64</sup> Idem.

### **Section III : Contraintes et dysfonctionnements du secteur public de santé.**

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

Compte tenu de ce principe, l'Algérie a consacré dans sa constitution le droit des citoyens à la protection de leur santé. Si des résultats incontournables sont enregistrés aujourd'hui, il n'en demeure pas moins que le système national de santé algérien est confronté à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances. L'inadaptation de son organisation, de sa gestion et de ses modalités de financement face aux mutations socio-économiques que connaît le pays doit être combattue sans pour remettre en cause les principes d'équité de solidarité qui fondent le système national de santé.

Ainsi, nous tenterons de faire une analyse sommaire des différentes contraintes d'ordre organisationnel, financière et de gestion.

#### **1- Les contraintes et les dysfonctionnements liés à l'organisation :**

Tous les acteurs du système de santé s'accordent à dire que c'est l'organisation qui génère les coûts, qui crée des déficits ou l'efficacité.

Le système de santé algérien présente des carences et des dysfonctionnements au niveau de son organisation, ce qui nuit à l'efficacité dans l'exercice de son rôle. Qu'il s'agisse de santé publique dont le respect des enveloppes budgétaires fixées d'abord par le parlement et le Ministère de tutelle, la marge de manœuvre de l'hôpital demeure étroite. Ainsi, les frontières à l'intérieur desquelles se déploient les stratégies des établissements publics sont-elles tracées en des lieux qui sont le plus souvent éloignés. Or, face à ces évolutions, les outils de gestion restent fondamentalement centrés sur une conception fermée de l'établissement.

Malheureusement, la collaboration interministérielle est très limitée. La coordination entre le ministère de la santé et le ministère des finances est peu satisfaisante, le premier fixe les priorités en matière de santé publique sans tenir compte réellement des ressources disponibles vu le manque de contacts et de partage d'informations entre les institutions concernées, chacune dans son domaine précis.

Par ailleurs, au niveau de chaque wilaya, on trouve une direction de la santé et de la population chargée de coordonner les actions de santé publique, la répartition des ressources des établissements hospitaliers de soins, le suivi des programmes d'investissements, de formation, d'évaluation et de contrôle à l'échelon de wilaya. Elle représente, en effet, une antenne du Ministère de la santé. Néanmoins, et vu les missions larges qui incombaient aux directions de la santé et de la population, les moyens nécessaires pour l'accomplissement de leurs missions ne sont pas souvent disponibles. Donc, elles ne peuvent pas être un relais efficace du Ministère de la santé au niveau local car, en pratique, elles sont réduites à des « boîtes aux lettres » et constituent une forme de bureaucratie freinant les initiatives locales.

La gestion des établissements hospitaliers est soumise à une tutelle très stricte. Ces derniers sont régis par le droit public. A cet effet, ils sont des établissements publics à

caractère administratif « EPA ». Ils appliquent les règles standards de la comptabilité publique, régie par le statut de la fonction publique. Théoriquement, ces établissements bénéficient d'une décentralisation et d'une autonomie de gestion. Mais la réalité est différente du fait que ces derniers restent tributaires des décisions centrales dans tous les domaines d'activité. A titre d'exemple, si le gestionnaire d'un hôpital souhaite effectuer des transferts de crédits d'un titre à un autre, il doit impérativement obtenir l'accord de la tutelle qui se matérialise par un arrêté ministériel.

L'absence totale de complémentarité et de coordination entre les hôpitaux et les structures légères (polycliniques, centre de santé, salles de soins) constitue une source de manque d'informations donc de gaspillage et de sous-utilisation des moyens existants.

Le système actuel d'information ne nous renseigne que partiellement sur l'ampleur de la réalité de la demande de soins et sur la qualité des prestations sanitaires fournies à la population. A titre d'illustration, la carte sanitaire ne contient pas de données épidémiologiques, et les normes qu'elle contient en matière de taux d'équipement (ratio lits/habitat) n'ont pas été actualisées depuis longtemps.

Aussi, la diffusion de l'information existante « même faible » n'est pas largement diffusée alors qu'elle devait servir à orienter l'action de l'ensemble du Ministère de la santé.

## **2- Les contraintes et les dysfonctionnements liés au financement**

Le budget de la santé représente invariablement entre 5 et 6% du budget de fonctionnement de l'Etat. Sa structure montre de nombreuses anomalies. La masse salariale des personnels de la santé, par exemple, absorbe plus de la moitié de celui-ci tandis que les dépenses liées aux actions de prévention et de recherche médicale stagnent autour de 2%.

Au niveau des hôpitaux, les mêmes anomalies sont répliquées. La rigidité de la répartition par titre des dotations allouées et la gestion financière douteuse de certains gestionnaires expliquent les mauvaises conditions d'hôtellerie, d'accueil et de prise en charge des malades.

Nous tenterons dans les points qui vont suivre de mettre l'accent sur les contraintes financière qui entrave le bon fonctionnement du système de santé.

### **2-1 Allocation et répartition des ressources financière inadaptées et insuffisantes.**

Globalement, la répartition des crédits entre les hôpitaux est empirique et subjective, n'utilisant aucun critère scientifique. De là, des déséquilibres des budgets ont été enregistrés au profit de l'hôpital au détriment des structures extrahospitalières. Ces procédures désarticulent le système et remettent en cause la hiérarchisation des soins.

Aussi, la répartition des ressources financière entre les régions du pays se fait d'une manière inadéquate ne prenant pas en considération les besoins des populations, ce qui induit un manque d'infrastructures, d'équipements, de moyens humains et autres, en particulier dans

les zones enclavées, isolées ou défavorisées. Il en résulte des évacuations préjudiciables à la santé des patients, souvent inefficaces et toujours coûteuses. Au niveau des structures hospitalières, les crédits affectés se font d'une manière aléatoire, forfaitaire ne tenant pas compte des problèmes de santé à résoudre.

## **2-2 Budgets des hôpitaux non négociés**

La préparation des budgets de fonctionnement s'opère de façon assez « mécanique », sans aucun lien avec les besoins réels des établissements hospitalier. Les étapes sont résumées comme suit <sup>65</sup>:

-les hôpitaux reçoivent très peu d'orientation de la tutelle « DSP, MSPRH » lors de la préparation de leurs prévisions budgétaires. Il n'y a pas d'indication concernant le rythme d'accroissement des dépenses, les activités prioritaires...etc ;

- Les prévisions budgétaires des établissements hospitaliers sont basées sur celles de l'année précédente, avec une petite majoration ;

-les DSP reçoivent les demandes de crédits des hôpitaux et les transmettent aux Ministères sans aucune modification ;

- le Ministère de la santé négocie avec le ministère des finances sur la base de ces propositions budgétaires.

Ce long processus d'approbation des budgets se répercute, par les retards qu'il induit, sur le bon fonctionnement des établissements hospitaliers.

Les deux sources principales de financement étant globales, forfaitaires et préétablies, ne nécessitent aucune justification préalable, chose qui ne permet pas d'apprécier les résultats en termes d'efficacité et de gestion par rapport à des objectifs sanitaires préalablement établis.

L'instauration d'un « forfait hôpitaux » fait que les hôpitaux sont financés par une dotation globale calculée à partir des budgets alloués pendant les trois dernières années. En réalité, ce mode finance les structures au lieu des activités, ce qui ne laisse pas place à un financement optimum des hôpitaux.

Les mesures qui peuvent diminuer le volume des crédits demandés (tels que les départs en retraite, les mutations, les fins de contrats...etc) ne sont pas prises en comptes.

La date d'envoi de ces prévisions est fixée au trente juin de l'année, ce qui ne prend pas en compte l'exécution du budget en cours. On peut noter à ce niveau une première carence de ce mécanisme. Cependant, l'absence de comptabilité analytique est la cause majeure qui ne permet pas l'allocation adéquate et optimale des ressources.

Ce long processus d'élaboration et d'approbation des budgets a des répercussions négatives sur le bon fonctionnement de l'hôpital, surtout lors de l'exécution du budget. Ajoutant à cela que l'annualité des crédits est en soi une contrainte du fait que l'ordonnateur,

---

<sup>65</sup> Baar Djamila, OP.CIT, P52

qui est réduit à un simple dépensier, est tenu de dépenser dans la limite des crédits ouverts quelques soient les circonstances médicales ou autres. Ceci lui ôte toute capacité de gestion pour une allocation optimale des ressources disponibles.

Ajoutant à cela, le non suivi de l'exécution du budget, caractérisé par l'absence de l'enregistrement des engagements, le dépassement des crédits, la non comptabilisation des restes à payer...etc provoquée par le retard dans l'approbation et l'exécution du budget et notamment le principe de l'annualité de ce dernier. De plus, on remarque un déséquilibre des budgets au profit des hôpitaux et au détriment des structures extrahospitalières ; ces procédures désarticulent le système et remettent en cause la hiérarchisation des soins.

### **3- Les contraintes et les dysfonctionnements liés aux infrastructures et aux ressources humaines**

#### **3-1 Les infrastructures**

Le pays dispose d'un nombre important d'infrastructures hospitalières et de soins de proximité. Cependant, la plupart des hôpitaux est vétustes et conçus selon un mode pavillonnaire ancien. De plus, la majorité des spécialités est concentrée dans les établissements des quatre grandes villes et est débordée par l'afflux des patients de tout le territoire national. Ajoutant à cela, les pénuries fréquentes font que les prestations soient fournies de façon aléatoires<sup>66</sup>. Il en résulte une demande exprimée des patients vers le secteur privé, ce qui génère une lourde dépense pour les particuliers.

Par ailleurs, l'activité des établissements est considérablement réduite à partir de 12H00, depuis la mise en application des textes concernant le « temps complémentaire »

#### **3-2 Les ressources humaines**

Les personnels de santé du secteur public, toute catégories confondue (médecins, para médicaux et administratifs) sont largement démobilisés en raison de la détérioration de leurs conditions de travail et d'une gestion centralisée et figée de leur mode d'exercice et de leurs carrières.

Cela a induit à un mécontentement du personnel à l'égard de la rétribution perçue et ce, par rapport aux rétributions perçues dans le secteur privé. En fait, on se trouve là dans une situation subjective, d'une part, parce qu'il n'existe pas de comptabilité qui permette de connaître réellement le coût des différents actes. D'autres part, parce qu'il n'existe pas d'indicateurs de l'activité des différents personnels.

Cette démotivation du personnel du fait de statuts inadaptés, de mauvaises conditions d'exercice et de rémunération exprimée par les retards, les démissions, les retraites anticipées, les arrêts de travail et les grèves répétées ne peut que s'aggraver tant que les tutelles paraissent dans l'incapacité de procéder à une révision de leurs statuts et aune augmentation significative de leurs rémunérations.

---

<sup>66</sup> Saihi.A, **le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives**, gestion hospitalière, avril 2006, P243.



Cette situation déplorable est, en fait, le résultat d'une politique de « massification » des personnels de santé, décidée il y a plus de 30 ans et n'a jamais été révisée. Elle fait du secteur public de la santé le 3<sup>ème</sup> pourvoyeur d'emplois de la fonction publique. Le recrutement pléthorique dû, entre autres, à l'absence d'organigrammes, un personnel, dans l'ensemble, sous qualifié (de plus la formation des gestionnaires au niveau des établissements supérieur l'ENA qui ne répond pas au profil de la gestion hospitalière), classe les actions de formation initiale et continue parmi les priorités du secteur<sup>67</sup>.

Globalement, la gestion des personnels est caractérisée par une gestion procédurière, régie par des statuts inadaptés aux spécificités de la santé. En effet, un certain nombre de problèmes de dysfonctionnement de l'hôpital pourraient trouver leur solution dans la revalorisation et la requalification du personnel de santé. A cet effet il faut réviser les statuts actuels des personnels en vue d'une amélioration des conditions d'exercice et de progression des carrières et introduire un régime indemnitaire motivant et, par des mécanismes réglementaires, instaurer plus de flexibilité dans le recrutement et la gestion des ressources humaines.

#### **4- Les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur hospitalier privé et la dualité du système**

L'adhésion affirmée depuis 1980 des pouvoirs publics à un libéralisme économique et social, institutionnalisé à partir de la constitution de 1989 pose le problème du déséquilibre engendré par un système dualiste de santé et donc, la nécessité d'une recherche de mise en cohérence de ces deux systèmes. En effet, le développement mal contrôlé du secteur privé, aggravé par les autorisations en croissance rapide, d'ouverture de cliniques privées d'hospitalisation pose un réel problème de contrôle aux pouvoirs publics.

La « clinique », établissement privé à but commercial qui reçoit une clientèle solvable et payante va créer un phénomène nouveau de dualisation du système de santé en Algérie qui, à terme, risque de renvoyer l'hôpital public à une vocation d'assistance sociale et remet en cause le principe d'égalité aux soins que le système algérien a institué.

En effet, le développement mal contrôlé du secteur privé est aggravé par un certain nombre de facteurs, qu'on estime non exhaustifs, à savoir :

-l'augmentation rapide des autorisations d'installation qui pose un grand problème de suivi et de contrôle des autorités compétentes ;

-l'implantation rapide des cliniques privées d'hospitalisation essentiellement dans des disciplines commercialement rentables « chirurgie, maternité, dans des régions à forte densité de population, sans se soucier des besoins de la population et de complémentarité avec les structures publiques qui exercent dans la même région ;

-l'absence de cahier de charges type pour ces établissements en fonction de la carte sanitaire.

---

<sup>67</sup> Bachriche.M, Aperçu sur l'organisation du système, OP.CIT, P27.

-l'existence de nomenclatures et de tarifications non actualisées (comme pour le public),

-l'absence de coopération institutionnalisée entre le secteur public et le secteur privé,

-l'anarchie dans les honoraires et les couts des actes ;

-l'absence de participation au système d'information sanitaire ;

-l'absence de participation effective aux activités de prévention.

L'existence de nomenclature et de tarification non actualisées, l'anarchie dans les honoraires et les coûts des actes. Laissent les médecins exerçant dans le secteur privé imposer leurs propres honoraires. Les prestations du secteur privé sont en grande partie à la charge du malade. Les bénéficiaires de l'assurance maladie ne sont remboursés qu'à des taux très inférieurs aux montants payés. La part déboursée par les patients échappe à tout contrôle.

A cet effet, il s'agit de réfléchir avec l'ensemble des acteurs concernés au financement de l'hospitalisation publique et privé, à leur articulation et complémentarités respectives dans la prise en charge de la santé des citoyens.

Il s'agit d'une manière générale d'intégrer le secteur privé dans le schéma d'organisation afin d'assurer l'égalité d'accès aux soins, et une maîtrise des coûts.

En conclusion, depuis de nombreuses années, l'hôpital fait des efforts pour s'adapter, évoluer et améliorer sa gestion. Il doit poursuivre ses efforts autour de trois objectifs majeurs : adapter l'offre aux besoins, améliorer la qualité des soins et réduire les inégalités d'accès aux soins. Il doit tendre vers la réduction des dysfonctionnements constatés qui bloquent son évolution et qui semblent avoir pour origine l'insuffisance des capacités managériales des dirigeants et la faible qualification des personnels de soutien.

Toutes ces contraintes et dysfonctionnements du système de santé entrave la bonne mise en œuvre des nouvelles réformes envisagées. Pour cela, il devient nécessaire de modifier les modes d'organisation actuels de gestion et de fonctionnement des établissements de santé.

## Conclusion

Dans ce chapitre nous avons essayé de faire une analyse de la situation actuelle du système de santé algérien à la lumière des données disponibles et des résultats des travaux et des réflexions, menés dans le secteur. L'évolution historique du système de santé est marquée par plusieurs étapes sur différentes périodes.

En effet, la période allant de 1962 à 1973 marque la volonté de l'Etat d'unifier et d'uniformiser le système hérité de la période coloniale et ce à travers la promulgation d'une série de textes réglementaires.

L'avènement de la gratuité des soins depuis 1974 marque une mutation historique dans le domaine de la santé, bousculant l'institution sanitaire existante aussi que les comportements des principaux acteurs du système de soins. En effet, on assiste pendant cette période, à l'instauration du forfait hospitalier et la suppression de la tarification en termes de journées d'hospitalisation.

Après plusieurs tentatives de définition et d'édification de la politique sanitaire, la volonté de l'Etat pour la construction d'un système national de santé public a été exprimée pour la première fois en 1980 en déterminant ses principes de base, prenant en compte le souci d'harmonie et de cohésion et s'inscrivant dans la dynamique du développement économique et sociale.

L'analyse de la situation actuelle du système de santé montre que ce dernier est structuré sous une forme pyramidale et comporte plusieurs niveaux hiérarchiques.

Cependant, l'amélioration de la situation économique de l'Algérie a facilité l'expansion du secteur de la santé sur tous les plans : infrastructures, formation de personnel, augmentation des salaires du personnel de santé et acquisition d'équipements. Le budget du secteur de la santé en Algérie en 2015 est de 381,97 milliards de dinars. C'est le troisième gros budget après celui de la défense et de l'Intérieur. Certes le système de santé dispose d'atout important, mais ces points positifs ne doivent pas masquer les contraintes organisationnelles, de financement et de gestion que connaît notre système.

L'Algérie est confrontée à une forte hausse des besoins en matière de santé qui nécessitent des efforts soutenus pour maîtriser les dépenses. La pression des impératifs d'efficacité économique s'accroît sous l'effet de l'augmentation des dépenses de santé, liées à une série d'évolutions inéluctables : croissance démographique, transition épidémiologique, progrès technique de la médecine, extension de la médecine privée.

Les problématiques abordées nécessitent plus de réflexion sur de nouveaux modes d'organisation de management et de financement du système de santé qui tiendraient compte des objectifs nationaux de santé publique, des contraintes et des spécificités du pays ainsi que du contexte de transition plurielle que connaît le pays.

## **Chapitre IV**

**Etude empirique de l'influence du management hospitalier sur le degré de mise en œuvre des réformes.**

Avant de présenter notre étude de terrain, il convient de rappeler les objectifs théoriques et managériaux de la recherche.

L'objectif principal de notre recherche est de montrer la place et le rôle du management et de l'organisation des hôpitaux dans la réussite des réformes hospitalières.

Ce chapitre est consacré aux aspects empiriques. Nous commençons tout d'abord dans la première section à évoquer les principaux axes des réformes hospitalières du système de santé en Algérie, puis nous passons dans la deuxième section à la description du déroulement de l'enquête et la détermination de la variable dépendante et des variables indépendantes. Nous exposons ainsi les résultats des pré-tests des échelles de mesure.

A la fin nous procéderons à discuter les résultats de nos traitements statistiques des deux études réalisées « par questionnaire et entretiens semi-directifs ». La discussion de nos résultats nous permettra de décrire les caractéristiques du management hospitalier de nos hôpitaux, d'identifier certains leviers de changement, de préciser la représentation des acteurs de santé d'un modèle managérial souhaité pour l'hôpital Algérien.

## **Section I : les principaux axes des réformes du système de santé en Algérie**

L'hôpital actuel Algérien rencontre beaucoup de difficulté à satisfaire la population et le personnel hospitalier. Ce jugement est fondé sur des constats dont la presse se fait l'écho presque tous les jours.

Ces constats révèlent que les hôpitaux publics sont généralement peu fréquentés par les usagers qui disposent de moyens financiers pour se faire soigner la plupart de temps. Ces derniers préfèrent se diriger vers des structures de soins privés mais qui ont l'avantage de présenter des plateaux techniques de qualité, en plus de bonnes conditions d'hôtellerie. Pourtant dans les hôpitaux publics ce ne sont pas les compétences qui manquent, au contraire !

Plusieurs hôpitaux sont dans un dénuement tel qu'ils sont incapables d'assurer leur mission, c'est-à-dire des prestations de soins de qualité aux citoyens de toutes catégories sociales et des opportunités de recherche. Le plateau technique des hôpitaux publics est réduit à sa plus simple expression : manque de matériel, manque de consommables, manque de médicaments, déficit en personnel... etc.

La gestion de l'hôpital manque de souplesse et ne favorise pas la responsabilisation des usagers et du personnel parce que jusqu'ici, les hôpitaux sont considérés comme de simples services d'une administration centrale chargée d'appliquer des directives et d'utiliser les crédits qui leur sont affectés.

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

L'objet de cette section est la présentation des principales réformes mise en œuvre pour le système de santé algérien, leurs objectifs principaux ainsi qu'à leurs résultats obtenus en termes d'efficacité et de performance.

### **1- La réforme hospitalière, rapport préliminaire du CNRH.**

La nouvelle appellation attribuée au ministère de la Santé le 17 juin 2002, ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière (MSPRH), indique la volonté du pouvoir politique d'impliquer largement le secteur de la santé dans la dynamique des réformes qui doivent, en premier lieu, bénéficier à la qualité de vie de tous les citoyens, qu'il s'agisse des usagers du système de santé ou de ses prestataires. Pour cela, il devient nécessaire de modifier positivement les modes actuels d'organisation, de gestion et de fonctionnement des systèmes de santé<sup>1</sup>.

Un conseil national de la réforme a été installé officiellement par le Ministre de la santé le 15 aout 2002. Grâce à l'appel à contribution lancé le même mois, les membres du conseil ont

---

<sup>1</sup> SAIHIA, op.cit, P243

pu s'appuyer sur les propositions collectives ou individuelles des professionnels de la santé, des institutions sous tutelle, des syndicats et des associations.

Le Conseil National de la Réforme Hospitalière a élaboré, après une analyse du système actuel et de ses problèmes, un rapport<sup>2</sup> qui énonce les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier et indique au Ministre et au Gouvernement les mesures plus urgentes à prendre comme préalable à la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

Les objectifs attendus de ces mesures urgentes sont résumés en dix points<sup>3</sup> :

- Donner les moyens nécessaires aux structures hospitalières avec une politique claire de l'Etat quant aux sources de financement.
- Redéfinir le statut des hôpitaux vers une autonomie réelle en rupture avec le statut actuel.
- Revaloriser les rémunérations des personnels en vue de réduire les écarts publics/privés et trouver les voies et moyens originaux pour valoriser le gisement de ressources humaines, jeunes et riches de compétence, inexploité jusqu'à présent.
- Mettre en place une structure de concertation efficace avec l'Enseignement Supérieur pour revoir de manière fondamentalement et novatrice la formation et le perfectionnement des personnels de santé et , notamment, des spécialistes.
- Mettre en place un système d'information novateur, fiable et opérationnel. Le système d'information est le reflet d'une politique de santé.
- Revoir l'ensemble des nomenclatures et la tarification des prestations. Les supports existants actuellement ont fait la preuve de leur inefficacité.
- Adopter le concept « hôpital /plateau technique » pour installer les réseaux de soins et rationaliser les moyens et les besoins.
- Réintroduire les conduites éthiques dans la pratique professionnelle, notamment en responsabilisant des institutions créées à cet effet (ordre des médecins, conseil de l'éthique et sociétés savantes).
- Restituer la santé dans sa dimension multisectorielle au niveau gouvernemental en insistant sur les effets néfastes sur la santé du citoyen et en relevant d'autres responsabilités que le secteur de la santé
- Replacer le patient au cœur de la réforme en termes de participation, de protection et de responsabilité.

---

<sup>2</sup> Le rapport est disponible à l'adresse : <http://www.ands.dz/reforme-hospitaliere/rapportpreliminaire1.htm>

<sup>3</sup> Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière. In: <http://www.ands.dz/reforme-hospitaliere/rapport-preliminaire.htm>.

Le Conseil a organisé son travail autour de six dossiers « Besoins de santé et demande de soins », « structures hospitalières », « ressources humaines », « ressources matérielles », « financement » et « intersectorialité ».

Le premier dossier « *besoins de santé et demande de soins* » est affirmé comme prioritaire, Dans ce dernier, les modalités de la coordination entre les structures de proximité et l'hôpital de secteur, d'une part, et celles existantes entre les hôpitaux de secteurs et les hôpitaux de référence, régional ou national, d'autre part, ont été largement abordés pour bien hiérarchiser l'accès aux soins.

Le deuxième dossier concernant les « *structures hospitalières* » est basé sur le principe de confirmer la notion de l'autonomie des structures de soins en renforçant le contrôle de la tutelle. Il vise donc à revoir le statut et l'organisation des établissements publics et privés de santé. Cet objectif consiste à introduire des instruments de planification et de régulation financière tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité à travers le renforcement du rôle de l'évaluation des activités médicales et des services hospitaliers ; il s'agit d'améliorer l'accueil, l'information, l'hébergement, la restauration et la qualité sur tous des soins. Dans une seconde perspective, il s'agit de promouvoir la coopération et la promotion de la coopération et l'intégration de la complémentarité public-privé dans le cadre de la contractualisation.

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

Pour ce qui est des « *ressources matérielles* », l'accent a été mis sur l'intégration des moyens matériels à l'organisation des soins impliquant un parallélisme entre les moyens et le niveau d'activité entre la hiérarchisation des soins et la normalisation des moyens. L'objectif est de donner pour un réseau de soins tous les moyens nécessaires mais répartis rationnellement à travers son maillage<sup>4</sup>.

S'agissant du dossier « *financement* » Les objectifs visés dans cet axe sont principalement, la recherche d'autres sources de financement et la réforme des modalités de financement des hôpitaux dont l'accent a été mis sur le financement contractualisé des activités et non des structures.

Enfin, le dernier dossier qui s'est imposé de lui-même touche « *l'inter-sectorialité* », du fait que les actions du MSPRH dépendent en partie d'autres secteurs (Finance, Travail et Sécurité Sociale, Protection Sociale et Solidarité, Enseignement, Formation professionnelle, Collectivités Locales, Environnement, Industrie, Agriculture...). La stratégie en matière de santé doit intégrer les initiatives liées à la santé dans le cadre d'autres politiques sectorielles parce qu'il est essentiel de garantir une cohérence entre la santé et les autres politiques publiques et aussi de faire en sorte que toutes les activités sectorielles ayant une incidence sur la santé contribuent à la stratégie globale du Ministère pour garantir la coordination des activités liées à la santé.

---

<sup>4</sup> EL Moudjahid- Algérie- 26/07/2003



Malgré l'importance de ce rapport et du projet de loi sanitaire qui était en voie de finalisation, ces derniers sont restés dans les placards du Ministère de la Santé suite au changement du Ministre Abdelhamid Aberkane.

## **2- La nouvelle carte sanitaire**

De nouvelles dispositions sont entreprises dans le cadre des réformes du système de la santé qui consistent en un réaménagement de la carte sanitaire.

Rappelons que la composante principale de l'offre publique de soins était organisée jusqu'à 2007 en 185 secteurs sanitaires, 31 établissements hospitaliers spécialisés et 13 centres hospitaliers universitaires. L'organisation et le fonctionnement des secteurs sanitaires étaient régis par le décret exécutif du 02 décembre 1997. L'application des réformes a introduit une nouvelle organisation de la carte sanitaire en ce qui concerne le réseau public des soins : le décret N° 07-140 du 19 mai 2007 abroge le décret cité ci avant et porte création, organisation et fonctionnement de nouvelles entités sanitaires ainsi dénommées : les Etablissements Publics Hospitaliers et Etablissements de Soins de Proximité. Il s'agit de la transformation des secteurs sanitaires en 189 EPH et 273 EPSP<sup>5</sup>.

La nouvelle carte sanitaire comprend 189 EPH, 273 EPSP, 1495 polycliniques et 5 117 salles de soins.

Dans l'esprit du législateur, cette nouvelle carte va permettre la décentralisation du système de soins et le rapprochement des structures sanitaires des habitants. Selon cette démarche, la séparation des structures extrahospitalières (polycliniques et centres de santé) des structures hospitalières entre dans le cadre du développement de la prévention et la répartition équitable des ressources en tenant compte des besoins réels de la population.

## **3- Réforme du médicament générique**

En Algérie, la part de la consommation de médicaments dans les dépenses de santé est de plus en plus importante. Elle représente en 2013 plus de 14,12% des dépenses totales de santé et 45,87% dans les dépenses totales de la CNAS. De même, le médicament occupe une première position dans les dépenses de l'assurance maladie de la CNAS avec plus de 59,1436 % en 2011 et la deuxième position dans le budget total des établissements publics de santé en absorbant ainsi plus de 20 % de ce dernier en 2009<sup>6</sup>. La tendance à l'augmentation des dépenses médicamenteuses est surtout le résultat de la transition sanitaire qu'a connue l'Algérie et qui a induit une augmentation de la charge globale de morbidité et d'importantes incapacités dues aux maladies chroniques et au vieillissement de la population.

La rareté des ressources nécessaires au financement des dépenses de médicaments exige un emploi rationnel : il doit exister nécessairement un équilibre entre la demande, le niveau des dépenses induites et les ressources disponibles. La limitation des dépenses est recherchée avec de nombreuses mesures réglementaires qui ont été mises en place. Parmi ces mesures en trouve notamment le développement et l'encouragement de la consommation du médicament générique par rapport au médicament original, le princeps.

---

<sup>5</sup> Brahamia.B, op.cit, P 401.

<sup>6</sup> Ziani.F, Brahamia.B, « **La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise** », les cahiers du MECAS N°13 décembre 2016, P 191-209, P 207.

Les médicaments génériques peuvent être considérés comme des copies des médicaments originaux dont la propriété intellectuelle, industrielle et commerciale n'est plus couverte par un brevet.

En Algérie, la régulation du marché du générique passe par plusieurs mesures dont l'instauration du dispositif de tarif de référence et le droit de substitution, la révision des marges de ventes, les incitations financières, etc. Ces instruments ont pour objectif d'encourager la consommation des médicaments génériques et réduire ainsi la charge financière engendrée par la consommation médicamenteuse supportée par les organismes de la sécurité sociale.

### **3-1 Le tarif de référence**

La politique de tarif de référence constitue un des instruments utilisés par les pouvoirs publics afin de réduire les dépenses en matière de remboursement de médicaments. Le tarif de référence pour le médicament a été mis en place, en Algérie depuis Avril 2006 dans le but d'augmenter la consommation des génériques, de baisser conséquemment les prix des médicaments et de ralentir l'évolution de la dépense en produits pharmaceutiques. Le principe de la politique est que quel que soit le prix de vente d'un médicament soumis à un tarif de référence, l'assureur rembourse toujours le même montant en fonction du groupe thérapeutique auquel appartient le médicament en question. Tout dépassement de prix de vente au-delà du tarif de référence n'est pas couvert par l'assureur et reste entièrement à la charge de l'assuré<sup>7</sup>.

Cette politique de tarif de référence est mise en place à travers des dispositifs d'application, à savoir :

- L'application du tarif de référence pour des médicaments pour lesquels existe un générique ;
- Le contrôle médical sévère (toute ordonnance dépassant les 2.000 DA) ;
- Le contrôle général des bénéficiaires des cartes du tiers payant (Malades chroniques, retraités, personnes âgées démunies) ;
- La mise en œuvre du code à barres pour réduire le trafic des vignettes ;
- L'application de la technique de couleur de la vignette (remboursable, non remboursable).

### **3-2 Droit de substitution**

La promotion des médicaments génériques dépend aussi des droits du pharmacien à substituer le générique au médicament prescrit. Le droit de substitution est le droit donné au pharmacien de dispenser au patient un générique à la place d'un médicament « princeps » prescrit par le médecin. La plupart des pays, dont l'Algérie, accordent ce droit de substitution. En Algérie, le pharmacien d'officine jouit du droit de substitution que lui confère la législation. En effet, en 1992, le Décret 92-276 portant le code de déontologie algérien stipule en son Article 145 que "Le pharmacien a le droit de substituer une spécialité pharmaceutique par une autre

---

<sup>7</sup> Snoussi.Z, « **Marché des médicaments génériques en Algérie : quelle régulation pour quelle promotion** », revue nouvelle économie, N° 07- septembre 2012, P17-36, p29.

"essentiellement similaire" et sous réserve des dispositions de l'article 144<sup>8</sup>. Il ne peut en changer ni la forme ni le dosage". Ce droit est mis en vigueur en Algérie à partir de 2006.

### **3-3 Les incitations financières**

Toutefois, des mesures d'encouragement à la prescription et à la vente des médicaments génériques, notamment ceux fabriqués localement, ont été prises par l'Etat algérien. Dans ce sens, le partenariat est encouragé avec les médecins. Ils bénéficient d'une majoration de 20% quand il s'agit du médicament générique et d'une majoration de 50% pour les médicaments de la production nationale<sup>9</sup>.

Est également accordé des majorations et autres incitations financières aux officines pharmaceutiques au titre de la dispensation du médicament générique et des produits fabriqués en Algérie :

- 15DA pour chaque médicament générique délivré par le pharmacien à la place du princeps ;
- 10% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits génériques ;
- 20% de majoration du montant de l'ordonnance en faveur du pharmacien qui délivre pour tous les médicaments prescrits des produits fabriqués localement<sup>10</sup>.

### **3-4 L'encouragement de l'industrie locale des génériques**

La politique de la promotion du générique est une action positive qui doit s'accompagner par des mesures d'encouragement envers la production locale du générique. A cet effet, la diminution de l'importation du générique afin de permettre aux producteurs d'augmenter leur production est l'une des solutions que l'Algérie a adopté. En 2008, a été interdit l'importation de tout médicament fabriqué localement (une liste de 1.000 médicaments), assorti de l'obligation d'investissement pour tout importateur. L'Algérie doit encourager la production médicamenteuse nationale face à la forte demande sur le marché médicamenteux. Ainsi, le déremboursement de médicaments importés est une solution pour l'orientation de la demande vers les génériques produits localement. La liste des médicaments non remboursables doit comprendre les médicaments importés ainsi que le princeps dans le but d'encourager la consommation du générique d'une part et l'encouragement de la production nationale, d'autre part.

---

<sup>8</sup> Article 144 : Le pharmacien doit faire une analyse de la prescription, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, visant à éliminer toute erreur éventuelle de posologie, de contre-indication ou d'interférence médicamenteuse passée inaperçue et en aviser, si nécessaire, le prescripteur qui modifiera sa prescription. Si cette dernière n'est pas modifiée, elle ne peut être honorée que si le prescripteur le confirme par écrit. En cas de désaccord, et s'il le juge nécessaire, il doit se refuser à le faire, et en aviser la section ordinale régionale.

<sup>9</sup> Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, "**Présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie**", 2011, pp18-19.

<sup>10</sup> Idem, P 20.

#### 4- Réforme de l'assurance maladie (Carte Chifa)

Le système CHIFA constitue l'une des principales réformes entreprises dans le cadre de la modernisation du secteur de la sécurité sociale. L'Algérie est le premier pays d'Afrique et du monde arabe à avoir introduit la carte de santé ou ce qu'on appelle la carte à puce CHIFA pour ses assurés sociaux.

Il se définit en termes de gestion moderne alliant à la fois électronique et informatique en intégrant des technologies de pointe, formant ainsi un trait d'union entre l'organisme de sécurité sociale, le professionnel de santé et l'assuré social.

La mise en place de la carte à puce « Chifa » dans le système de sécurité sociale obéit à une volonté des pouvoirs publics de moderniser la gestion des organismes de sécurité sociale. Elle permet à son titulaire de faire connaître sa qualité d'assuré social auprès des professionnels de santé et de faire valoir ses droits aux remboursements des frais de soins de santé engagés pour lui-même ou ses ayants droit. Elle constitue un instrument de lutte contre la fraude et les abus.

La promulgation de la loi n° 08-01 du 23 janvier 2008 modifiant et complétant la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales a permis de doter le système CHIFA de l'ancrage juridique nécessaire.

Le système CHIFA s'est réalisé sur deux (02) étapes :

➤ La première étape :

Elle s'est étalée de 2007 à 2012 avec la mise en place d'une infrastructure de base dotée de moyens matériels nécessaires au bon fonctionnement du système, laquelle a permis la création d'un réseau informatique et différentes applications des métiers.

➤ La deuxième étape :

Lancée à compter du 03 février 2013, c'est la phase ultime, celle de l'extension de l'utilisation de la carte CHIFA à l'échelle nationale. Ceci permettra aux assurés sociaux de bénéficier des médicaments auprès de toutes les officines pharmaceutiques conventionnées se trouvant sur le territoire national.

L'objectif principal visé par cette carte est la modernisation de la sécurité sociale par l'introduction de nouvelles technologies dans sa gestion et ses relations avec ses partenaires. Elle vise aussi à :

- Une plus grande maîtrise des dépenses de santé grâce à la construction de bases de données fiables, alimentées régulièrement et rapidement ;
- La simplification et l'accélération des procédures de remboursement pour les assurés sociaux ou pour les partenaires conventionnés dans le cadre du système du tiers payant
- La réalisation d'économies de gestion ;
- L'amélioration de la productivité en faisant face, avec célérité, à l'accroissement du nombre de dossiers soumis à remboursement ;
- Le renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes ;
- Le développement de l'automatisation des bases de données de la sécurité Sociale.

La carte à puce CHIFA renferme toutes les informations concernant l'assuré et ses ayants droit. Elle contient des informations personnelles sur l'assuré :

- Nom et prénom en caractères arabes, nom et prénom en caractères latins (au verso le numéro de série de la carte), photo, date de naissance, numéro d'immatriculation de l'assuré et ses ayants droit ;
- Etat de santé de l'assuré et ses ayants droit ;
- Suivi médical de l'assuré et ses ayants droit ;
- Remboursement des médicaments ;
- Examens médicaux ;

La carte à puce CHIFA sert, en premier lieu, à rembourser sans avoir à formuler la demande ni à remplir et présenter une feuille de soins. Il suffit seulement de la présenter chez le médecin, le dentiste, les pharmacies, les hôpitaux, auprès des agents de la CNAS et des différents établissements de soins pour bénéficier de soins et de médicaments sans paiement.

La carte CHIFA a concerné, dans un premier temps, les détenteurs du carnet tiers payant. Avec le carnet du tiers payant, l'assuré ainsi que les ayants droit peuvent retirer leurs médicaments (ceux remboursés à 80%, les 20% restant à la charge de la mutuelle. Le patient doit donc payer ces 20% sur place) en pharmacie sans avancer l'argent, en présentant le carnet. Avec la carte à puce CHIFA, ils bénéficient de l'avance des frais dans les pharmacies ainsi qu'auprès des médecins et des établissements sanitaires conventionnés.

La carte CHIFA avait concerné, dans un premier temps, les détenteurs du carnet tiers payant. Par la suite, l'opération de création des cartes électroniques a profité de manière générale aux assurés souffrant de maladies chroniques (asthmatiques, hypertendus, etc.), aux non-salariés et aux catégories particulières, à savoir les personnes nécessiteuses et handicapées.

Le système CHIFA est utilisé dans les 48 wilayas du pays ; avec plus de 11.350.000 cartes établies pour les assurés sociaux, ce qui correspond à plus de 37 millions de bénéficiaires actuels de ce système<sup>11</sup>.

### **5- Le Programme d'Appui au Secteur de la Santé PASS :**

Afin d'accélérer et de faciliter les réformes hospitalières, les autorités algériennes ont reconnu l'intérêt d'établir des relations d'échange d'expériences et de savoir-faire entre les institutions et organismes techniques nationaux et des structures européennes similaires. A cette fin, l'Union Européenne et les Autorités algériennes ont décidé de mettre en place un Programme d'Appui au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, doté d'un budget de 15 millions d'euros.

En 2009, dans le cadre de l'instrument européen de voisinage et de partenariat (IEVP), une convention a été signée entre l'Union Européenne (UE) et le gouvernement algérien pour la mise en œuvre du Programme d'Appui au Secteur de la Santé (PASS)<sup>12</sup>. Prévu sur trois ans,

---

<sup>11</sup> PRESENTATION DU SYSTEME NATIONAL DE SECURITE SOCIALE, Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises Alger le 13 janvier 2016.

<sup>12</sup> <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 14/08/2017

ce programme a pour objectif de soutenir le MSPRH dans sa démarche de modernisation et dont les objectifs spécifiques visent :

- La mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur et de la réforme de financement et des soins ;
- La prise en charge de la transition épidémiologique à travers une offre de service préventive et curative équitable et de qualité, ainsi que le renforcement de la veille sanitaire ;
- Le renforcement des compétences du secteur et la valorisation des ressources humaines.

La mise en œuvre opérationnelle du programme est confiée à l'Unité d'Appui au Programme « UAP », mise en place en avril 2011. Elle est constituée d'experts internationaux engagés sur toute la durée du programme, son rôle est de mettre en œuvre les activités prévues dans le cadre du programme, en étroite collaboration avec les autorités nationales et les institutions et organismes techniques nationaux, et en assurant, au besoin, le recrutement d'experts spécialisés<sup>13</sup>.

Parmi les projets concrétisés par le PASS et qui s'inscrit dans les activités de mise en place des instruments et des outils de pilotage destinés aux établissements hospitaliers, l'introduction du projet d'établissement hospitalier qui s'est concrétisé par l'émission de la Note Ministérielle N° 01 du 16 avril 2014, relative à la mise en place du projet d'établissement, du tableau de bord et des indicateurs de gestion.

L'objectif de cette action est d'impulser une dynamique nouvelle de management hospitalier autour d'un projet d'établissement hospitalier<sup>14</sup> afin que cet outil de gestion des hôpitaux puisse servir en tant que mécanisme de planification, de concertation et de gestion moderne et qu'il puisse aussi jouer pleinement son rôle dans la gouvernance des établissements de santé. Par ailleurs, ce dynamisme de moderniser la gestion doit permettre aux gestionnaires de se doter de moyens de gestion des activités et de construire une véritable base de gestion permettant le suivi efficace des actions.

Cette note ministérielle met l'accent sur un modèle succinct d'un projet d'établissement, notamment les objectifs, les projets de services et les priorités de soins et de gestion. Ce projet d'établissement doit reposer fondamentalement sur des objectifs, des plans d'action, et doit utiliser des tableaux de bord et des indicateurs.

Afin d'appuyer le MSPRH dans la réalisation de ce projet, qui est l'introduction du projet d'établissement hospitalier au sein des établissements de santé, les experts du PASS ont mis en œuvre un manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier<sup>15</sup> à l'usage des directeurs d'établissements de santé qui déterminait la composition du projet en termes de volets, le processus d'élaboration, les étapes de mise en œuvre avec études de cas et conclusion.

---

<sup>13</sup> <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 14/08/2017

<sup>14</sup> Les spécialistes et les experts du programme (PASS) l'ont défini « comme un outil de vision stratégique pour le devenir de l'établissement. Cette vision stratégique est déclinée en plans annuels, pluriannuels ou opérationnels. Son élaboration se fait en équipe et doit être un travail collectif. Il est important, s'il y a consensus en interne de l'organisation, que le projet traduira la vision commune de la majorité de l'établissement hospitalier »

<sup>15</sup> Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du PASS, Union Européenne-Algérie, JUIN, 2011

En plus, des journées d'étude ont été organisés par les experts de PASS afin de former les gestionnaires des EPH en matière d'élaboration et de mise en œuvre des projets d'établissements hospitaliers.

## **6- La feuille de route, les trois plans d'actions et la nouvelle loi sanitaire**

Malgré ces nombreuses réformes, le mécontentement persiste au niveau des citoyens, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Pour cela Monsieur le Ministre de la santé, Abdelmalek Boudiaf, a engagé en septembre 2013 une opération de recensement exhaustive « audit » qui a touché tous les établissements et les structures sanitaires de proximité à travers le pays en vue de relever les dysfonctionnements contre lesquels le secteur bute en dépit des moyens importants mobilisés par les autorités publiques et l'impact réel de ces réformes et ajustements sur l'organisation du système de santé, les ressources et les moyens, mais aussi sur la gestion, le fonctionnement et le niveau d'activité de nos établissements de santé.

Les principaux problèmes tirés de cet audit peuvent être résumés comme suit<sup>16</sup> :

### **➤ Problèmes de gestion :**

- Pénurie non justifiée des médicaments et produits pharmaceutiques
- PCH endettée, incapable d'honorer ses fournisseurs étrangers, mais détenant des créances énormes sur les ETS publics de santé
- Endettement élevé des établissements de santé malgré la disponibilité des crédits
- Non application des statuts particuliers et des régimes indemnitaires des différents corps, à l'origine de perturbations sociales, malgré leurs promulgations,
- Majorité des responsables administratifs, médicaux et paramédicaux nommés par intérim, perturbant le bon fonctionnement des établissements de santé.
- Taux insignifiant (3%) dans l'exécution des programmes d'investissement
- Équipements médicaux souvent en panne faute de stratégie de maintenance
- Commissions paritaires non installées .....

### **➤ Problèmes d'organisation :**

- Secteur privé de santé non intégré dans l'organisation générale des soins et, par ailleurs, non contrôlé
- Absence de réseaux de soins et de hiérarchisation des soins
- Forte pression enregistrée au niveau des pavillons des urgences (défaut d'organisation avec les structures de proximité) et saturation des maternités (déficit en lits)
- Accessibilité difficile aux consultations spécialisées, notamment dans les wilayas du sud et des hauts plateaux
- Coupure des liens fonctionnels entre les ETS de Proximité et les Hôpitaux

### **➤ Problèmes de fonctionnement :**

- Absence quasi-totale d'humanisation dans les structures de santé (accueil, orientation, hygiène hospitalière...)
- Faible rendement des structures de proximité (fermeture précoce des activités).
- Unités d'urgences non adaptées aux missions qui leur sont dévolues

---

<sup>16</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, **les réformes en santé évolution et perspectives**, Alger-décembre 2015.

- Délais des rendez-vous trop longs et peu respectés
- Programme de transplantation d'organes à l'arrêt depuis deux ans.

➤ **Problèmes de planification :**

- Carte sanitaire inexistante
- Quasi absence de normes permettant de planifier les moyens et les ressources. Quand elles existent, elles ne sont pas prises en compte ou scrupuleusement appliquées. Il en est ainsi par exemple de la mise en place du schéma directeur établi jusqu'à 2025.
- La création des infrastructures et surtout des activités à développer n'est pas systématiquement liée à l'épidémiologie du bassin de population à traiter.....

➤ **Problèmes d'éthique et de déontologie :**

- Absentéisme et laxisme des professionnels de santé nuisible au bon fonctionnement des services et à la prise en charge des patients.
- Comportement irresponsable dans l'exercice de l'activité complémentaire et lucrative ...

➤ **Problèmes d'information et de communication :**

- Absence d'un système national d'information. Il existe de nombreux sous système d'initiative nationale (EPIMAT, EPIPHARM, EPISTAT...) ou locale et pas nécessairement compatibles entre eux. Il n'y a pas d'interface informatique avec les sous-systèmes d'information des organes sous tutelle.
- Les établissements de santé s'impliquent très peu dans la communication avec leurs usagers (traitement des requêtes, information des patients...)
- Absence de dialogue social avec les partenaires sociaux.

➤ **Problèmes d'encadrement législatif et réglementaire**

- Loi sanitaire 85-05 désuète
- De nombreux textes d'applications de la loi 85-05 non mis en place.
- Textes organisant les concours à la progression de carrière pour l'ensemble des corps des professionnels de santé non mis en place

## **6-1 les vingt-quatre actions de la feuille de route**

Après avoir établi un diagnostic de l'état réel du secteur de la santé dans ses volets gestion, organisation, ressources humaines...etc et pointé les dysfonctionnements qui interdisent un fonctionnement normal, Monsieur le Ministre de la santé, Abdelmalek Boudiaf, a préconisé une série de mesures pour hisser le système de santé à un niveau qui réponde aux standards internationaux.

Le ministre appelle donc tous les acteurs relevant de son département (DSP, gestionnaires) à prendre leurs dispositions pour lancer les 24 actions de sa feuille de route qui devront assurer aux algériens une meilleure qualité de soins, de tenir des réunions régulières et hebdomadaires au niveau des DSP pour évaluer la mise en œuvre de la feuille de route et d'intensifier les missions d'inspection pour évaluer l'application de cette dernière.

M. Boudiaf a insisté, par ailleurs, sur l'obligation d'associer les syndicats et associations d'usagers à la réalisation des objectifs de réforme du système de santé. Le ministre a également



indiqué que chaque gestionnaire sera évalué, sur “sa capacité à changer positivement l’image de son établissement”<sup>17</sup>.

Cette nouvelle feuille de route est destinée aux directeurs de la santé de wilaya ainsi qu'aux directeurs des établissements de santé. Elle vise à mettre un terme aux nombreuses lacunes que connaît le secteur de la santé où beaucoup d'efforts ont été fournis pour améliorer la qualité des soins, mais beaucoup reste à faire.

Les 24 actions de redressement et de correction des dysfonctionnements constatés peuvent être résumés ainsi <sup>18</sup>:

- Elaboration et validation des projets d'établissements
- Tableau de bord et indicateurs de gestion
- Tenue régulière des réunions et des registres des organes consultatifs et délibérant ainsi que des comités (comité médicament, comité hygiène et sécurité, comité des urgences, comité CLIN, commission des marchés)
- Gestion des projets d'investissement
- Développement de la formation :
- Gestion des ressources humaines
- Produit de la formation médicale spécialisée affectée, dans le cadre du service civil, prioritairement au le sud et aux hauts plateaux
- Gestion du Médicament :
  - Allocation des crédits budgétaires aux établissements de santé en janvier 2014
  - Renforcement des mécanismes de gestion garantissant la disponibilité permanente des médicaments, consommables et réactifs
  - Constitution du ballot d'urgence et état de son renouvellement
  - Définition exhaustive des besoins dans les délais impartis
  - Consécration de la liste unique de médicaments commercialisés par la PCH (gré à gré ETS de santé /PCH) • Paiement des dettes de la PCH
  - Redynamisation du comité du médicament des ETS Publics de Santé et des comités du médicament de wilaya
  - Élaboration de la nomenclature des médicaments de l'établissement et sa validation par le comité du médicament
  - Établissement entre les ETS Publics de santé de liens d'entr'aide et de solidarité en matière d'utilisation du médicament.
  - Suivi des taux de satisfaction des commandes des médicaments PCH, IPA
  - Appui à la stratégie de production du médicament en Algérie
  - Développer les consensus thérapeutiques et les bonnes pratiques de prescription

---

<sup>17</sup> Ould Ali.S, Abdelmalek Boudiaf décline sa feuille de route pour 2016, liberté, 29/11/2015.

<sup>18</sup> Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, **les réformes en santé évolution et perspectives**, Alger-décembre 2015

- Appui à la promotion de l'industrie nationale du médicament
- Gestion des urgences médico-chirurgicales :
  - Organisation et réhabilitation des urgences hospitalières et de proximité
  - Organisation de gardes H24 dans les polycliniques des grandes agglomérations
  - Réunions régulières des comités des urgences
  - Couverture en agents de sécurité et en agents d'accueil, formés à cet effet
  - Présence effective des personnels de garde et amélioration de leurs conditions d'hébergement et de restauration
  - Amélioration de l'hygiène au niveau des services d'urgences
  - Renforcement des moyens, notamment du plateau technique
  - Disponibilité des médicaments de l'urgence
  - Relations avec les services hospitaliers (placement des malades dans les services appropriés / examens complémentaires)
- Mise en œuvre du dispositif de Jumelage institutionnalisé par AM, de février 2014
- Dispositif de Soins à domicile et d'hospitalisation à domicile
- Télémédecine
- Mise en œuvre du plan cancer • Relance du programme « cardiologie et chirurgie cardiaque »
- Relance du programme « greffes et transplantations »
- Développement de la réanimation médicale (augmentation des capacités en lits)
- Renforcement du programme « santé sud » notamment des équipes mobiles
- Rationalisation des dépenses et optimisation de la gestion des ETS publics de santé
- Contrôle des activités du secteur privé
- Plan de sûreté interne de l'établissement
- Externalisation des services (entretien espaces verts et infrastructures, hygiène...)
- Révision de la carte sanitaire
- L'avant-projet de loi sanitaire avec anticipation sur les projets de textes d'application
- Tenir des réunions hebdomadaires avec l'ensemble des chefs d'établissements et transmettre le PV le jour même. • Etablir la monographie et la carte sanitaire de la wilaya.
- Assurer une meilleure écoute du public et répondre à l'ensemble du courrier des usagers de la santé.
- Tenir informer les usagers de la santé par un affichage des listes de garde.
- Réglementer les visites aux malades.
- Réorganiser les services d'urgence autour de la gestion du flux, du tri et de la prise en charge immédiate des urgences vitales.
- Assurer l'accueil et l'orientation des usagers de la santé par des professionnels de la santé et non par des agents de sécurité.
- Alléger les procédures administratives.
- Réaménager les cuisines selon les normes d'hygiène requises et mettre en place un dispositif de contrôle permanent de l'hygiène des locaux, des équipements, des personnes et des repas.
- Réaménager les parkings en vue d'assurer une fluidité de la circulation au sein des établissements.
- Assurer un éclairage adéquat sur l'ensemble de l'établissement.
- Externaliser, si possible, l'entretien des espaces.
- Assurer la disponibilité et la distribution régulière des médicaments sérums et vaccins.

- Assurer les commandes des médicaments, de sérums et vaccins dans les délais requis auprès de la PCH et de L'IPA.
- Planifier les besoins par établissement et par service.
- Assurer le port des tenues et des badges réglementaires.
- Veiller au strict respect des horaires de travail.
- Assurer et régulariser de manière permanente les rémunérations et le salaire du personnel.
- Veiller à la stricte application des dispositions réglementaires régissant l'activité complémentaire.
- Veiller à la tenue des tous les registres requis par la réglementation.
- Assurer la sécurité des professionnels de la santé.
- Développer l'information des établissements de santé.
- Assurer la continuité du dialogue et de l'écoute avec les partenaires sociaux.
- Créer des canaux d'information et de communication avec les partenaires sociaux.

« Mis en place en 2014, Cette feuille de route a permis d'enregistrer des avancées considérables dans tous les domaines de santé » a dit le ministre tout en énumérant nombre d'entre elles comme la disponibilité des médicaments, l'amélioration de la couverture médicale spécialisée, notamment dans les wilayas du Sud et des Hauts Plateaux<sup>19</sup>.

Le ministre a énuméré d'autre réalisation dont l'ouverture de nouveaux services et unités d'oncologie et l'amélioration de l'offre en radiothérapie, à savoir que l'Algérie dispose désormais de 22 accélérateurs contre 7 en 2013. Il a mentionné aussi l'ouverture des chantiers « prioritaires » que sont l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients, l'humanisation et l'hygiène hospitalière et l'externalisation des consultations spécialisées permettant de réduire la pression sur les établissements hospitaliers. Il a également loué l'instauration d'un « véritable » partenariat avec les partenaires sociaux, aboutissant ainsi à « la stabilité du secteur » et à la promotion de la production pharmaceutique nationale.

## **6-2 Les trois Plans d'action «3 P » :**

Dans le cadre de la continuité du suivi et d'évaluation de la mise en œuvre des vingt-quatre points de la feuille de route, une lettre de mission<sup>20</sup> émise par le MSPRH a chargé les directeurs de santé de l'application de trois plans d'actions, à savoir :

**6-2-1 Le plan d'action d'assainissement des carrières.** Il assurera la prise en charge de 95% des cas et situations contentieuses liées à la promotion et l'avancement des professionnels de santé et contient les points suivants :

- Approbation PGRH et exécution
- Nomination des chefs de service et d'unités hospitalo- universitaires de santé publique
- Reconversion des CDD en CDI
- Intégration des brevetés en qualité d'infirmiers diplômés d'Etat
- Régularisation et Nomination aux postes supérieurs des paramédicaux et praticiens
- Mise en place des commissions paritaires
- Renseignement obligatoire du système d'information des RH
- Installation des MS du service civil – Etat du personnel contractuel par nature de contrat

<sup>19</sup> Mellal.F, Santé : Abdelmalek Boudiaf défend sa feuille de route et promet de « grandes réformes », journal reporters,17 juillet 2016.

<sup>20</sup> A MSPRH, Lettre de mission N° 121 du 20 avril 2014 « voir annexe N°11 »

- Nombre de contrats de pré-emploi ayant bénéficié de recrutement
- Concours pour la Promotion dans le grade au profit de plus de 80.000 professionnels du secteur de la santé tous corps confondus

**6-2-2 le plan d'action d'assainissement financier.** Il conduira à la liquidation de 80% des créances détenues par l'IPA et la PCH sur nos établissements de santé.

**6-2-3 plan d'action de facilitation pour l'accès aux soins :** il permettra l'amélioration de l'accessibilité aux consultations spécialisées, particulièrement en gynéco-obstétrique et chirurgie générale, il contient les points suivants :

- Améliorer l'accueil et l'orientation des malades. Personnels dédiés, formés à cet effet
- Réhabiliter les établissements de santé de proximité
- Élargir les horaires de travail des polycliniques et des salles de soins implantées dans les zones enclavées et défavorisées
- Organiser des gardes H24 dans les polycliniques situées en grande agglomération
- Doter les polycliniques en moyens d'exploration RX et Labo
- Externalisation des consultations spécialisées des hôpitaux vers les polycliniques
- Renforcement des ETS publics de santé en équipes médicales spécialisées
- Renforcement des équipes médicales mobiles
- Respect des rendez-vous et réduction des délais d'attente

### **6-3 la nouvelle loi sanitaire:**

Après la mise en place dès janvier 2014 du plan de redressement, ce dernier a été complété par l'élaboration d'un nouveau projet de loi sanitaire sans laquelle il n'est pas de solution pérenne et d'évolution possible vers la qualité.

Ce projet de loi devra remplacer l'actuelle loi N° 85-05 du 16 janvier 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, et qui n'est plus adaptée aux mutations socio-économiques et culturelles de la société Algérienne.

Le projet de loi en question est l'aboutissement d'une réflexion profonde qui prend en charge les résultats et les recommandations de la conférence nationale sur le système national de santé, des assises nationales et des différentes rencontres sur la santé durant, notamment, les deux dernières décennies. Ce projet de loi maintient la gratuité des soins « selon les dispositions de l'article 13 » et renferme 450 articles touchant à plusieurs volets.

Selon le présent projet de loi dont nous détenons une copie, la finalité de la future loi sur la santé est de renforcer le service public de santé en le rendant plus accessible et plus performant, et de mieux exploiter les capacités du secteur privé et de l'offre de soins qu'il représente pour que les citoyens puissent être pris en charge dans les meilleures conditions.

C'est l'objectif auquel tend à atteindre la nouvelle loi à travers l'introduction des réformes nécessaire, à savoir :

➤ Le renforcement des droits des citoyens par la consolidation de l'accès aux soins, notamment pour les personnes atteintes de troubles mentaux et les personnes en difficulté, et la mise en place de la commission de médiation et de conciliation.

➤ Le développement de l'organisation sanitaire à travers la mise en place de la carte, du schéma d'organisation et la planification sanitaire. Dans le titre VI organisation et financement du système national de santé, chapitre 2, article 279 ; les pouvoirs publics ont défini la carte sanitaire comme étant, « *le schéma directeur de la santé, elle fixe les normes de couverture sanitaire et détermine les moyens à mobiliser au niveau national et régional en tenant compte, notamment, du bassin de population, des caractéristiques épidémiologiques, sanitaires, géographiques, démographiques et socio-économique, afin d'assurer une répartition équitable des soins de santé. Elle vise également, à assurer l'accès et l'amélioration des soins à travers tout le territoire national.* ».

➤ Le soutien du rôle du secteur privé en tant que secteur complémentaire au secteur public, met ainsi fin à la discrimination entre le privé et le public. La nouvelle loi a consacré le principe de la complémentarité entre les secteurs public et privé dans son article 311. Ce dernier ne sera jamais comme un électron libre puisqu'il sera intégré d'une manière officielle et effective dans notre système national de santé.

En effet, ce projet énonce le soutien au secteur privé qui se voit attribuer des missions de service public. Néanmoins, un cahier des charges sera imposé à l'ensemble des structures privées. Ce mécanisme permet d'utiliser les potentialités privées locales et de ne pas recourir à un investissement public infrastructurel induisant des charges supplémentaires par l'Etat.

➤ L'organisation des activités médicales qui seront du ressort et de la responsabilité du ministre chargé de la santé et leur hiérarchisation à travers l'introduction du médecin référent<sup>21</sup> « article 22 » la dispensation des soins et l'hospitalisation à domicile.

➤ Le réaménagement de l'établissement public de santé en lui conférant le statut de l'établissement public à gestion spécifique, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, selon les dispositions de l'article 297 dudit projet.

➤ Parmi les réformes nécessaires introduites dans le projet de loi sur la santé, on peut citer celle ayant trait à la mise en place d'un dispositif d'évaluation et d'audit des structures et établissements de santé ainsi que le renforcement et l'élargissement des pouvoirs de contrôle et d'inspection. « Articles 325, 327 ».

➤ La consécration de la qualité de fonctionnaire pour les professionnels de santé dans les structures et établissements publics de santé « Article 167 ».

➤ La promotion des bonnes pratiques des activités médicales et la suppression de l'activité complémentaire et/ou lucrative. Ou l'on est dans le secteur public ou dans le secteur privé selon les dispositions de l'article 167. Cette mesure est motivée par une insuffisance de rendement et une présence diminuée chez les médecins concernés au niveau des établissements publics de santé ainsi que le détournement de malade admis dans ces derniers vers des établissements privés.

---

<sup>21</sup> Article 22 : tout patient accède, dans le cadre de la hiérarchisation des soins, aux prestations des services spécialisés de santé après consultation et sur orientation du médecin référent. Le médecin référent est le médecin généraliste traitant du patient au niveau de la structure de santé de proximité publique ou privée, la plus proche de son domicile.

- L'organisation rationnelle et équitable dans l'accomplissement de l'obligation du service civil. « Article 197 ».
- La modernisation du système national de santé par l'introduction des outils de gestion modernes comme le projet d'établissement<sup>22</sup> et des nouvelles technologies, notamment l'institution du dossier médical électronique du patient « art 292 ».
- La mise en place d'un système d'information sanitaire intégrant les données sanitaires de planification et de gestion des ressources humaines, matériels et financières, basés sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication « Art 319,320 ».
- La nouvelle loi propose, en outre, selon le chapitre 4 du titre VII « éthique, déontologie et bioéthique médicale », l'introduction d'un dispositif relatif à la bioéthique régissant les règles inhérentes à la transplantation d'organes, de tissus et de cellules humaines, à l'assistance médicale, à la procréation, au don du sang et aux études cliniques.
- En outre, l'article 205 du projet insiste sur la disponibilité des produits pharmaceutiques « l'Etat veille à leur disponibilité en tout temps et en tout lieu du territoire national ». Par ailleurs le projet prévoit la création de l'Agence Nationale des Produits Pharmaceutiques « article 223 », placée sous la tutelle du Ministre chargé de la santé. Elle assure une mission de service public en matière d'enregistrement, d'homologation et de contrôle des produits pharmaceutique et des dispositifs médicaux à l'usage de la médecine humaine.
- La nouvelle loi interdit la vente du tabac et des boissons alcoolisées aux mineurs et toute forme de promotion, de parrainage et de publicité en faveur des produits du tabac. Comme il a été également interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, sauf dans les emplacements spécialement réservés aux fumeurs. « Article 51,56,57 »
- La loi sanitaire contient également d'autres points positifs qui pourraient redorer le blason du secteur de la santé. Il prévoit, en effet, la création d'un Observatoire National de la santé « Article 11 » chargé d'éclairer les autorités sanitaires sur toutes questions inhérentes à la santé. Il propose aussi la mise sur pied d'un comité national de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles « Article 48 ».
- Parmi les réformes les plus importantes de cette loi figure le développement de l'organisation par l'adoption d'une nouvelle carte sanitaire et d'un nouveau schéma de planification sanitaire, par la création de districts sanitaires dotés de plusieurs établissements de santé couvrant une région donnée, afin de parvenir à une répartition équitable des ressources physiques et humaines, besoins des personnes dans différentes régions. Cette nouvelle division ramènera le concept de pyramide des services de santé et de la graduation des traitements. Mettre l'accent sur l'exploitation des capacités du secteur privé en l'intégrant dans un réseau de traitement intégré contribuera à renforcer le système de santé. En plus de cadrer l'activité du secteur libre, il s'agit d'une réforme très importante, notamment en ce qui concerne l'ouverture des cliniques, car la liberté des médecins de choisir le lieu de réinstallation de leur activité est la raison principale pour continuer et creuser les lacunes dans la distribution de l'offre de traitement en Algérie.

---

<sup>22</sup> Article 299 : toute structure et établissement assurant un service public de santé est tenu d'élaborer un projet d'établissement et un plan de démarche qualité qui doivent s'inscrire dans les objectifs nationaux, régionaux et locaux en matière de développement sanitaire.

Ce texte de loi qui est proposé pour régler la santé dans notre pays reste en deçà des aspirations des professionnels socio-sanitaires. Ce dernier a été fortement critiqué par les experts en santé, Parmi ces critiques, on cite :

- Le projet n'accorde pas assez d'importance à la prévention, un volet qui requiert une attention particulière, notamment avec l'apparition et dans certain cas la réapparition de plusieurs maladies transmissibles.

- L'autre imperfection qui caractérise la présente loi sur la santé, selon l'avis du professeur Mohammed Bekkat Berkani, Président du conseil national de l'ordre des médecins, concerne les modalités d'application de cette dernière, à la lumière des mutations que connaissent le secteur et la société.

- Le Pr Mebtoul Mohammed, chercheur associé au sein de l'unité de recherche en sciences sociales et santé « université d'Oran », a mis le point sur l'absence d'une vision explicite de la santé, le déni de la réalité socio-sanitaire et l'absence d'une démocratie sanitaire. Il met en exergue le silence prégnant des choix et des arbitrages opérés. Il souligne la prééminence de l'approche biomédicale de la santé aux dépens de l'approche associative et révèle l'hégémonisme administratif du Ministère de la santé qui s'octroie les décisions importantes<sup>23</sup>.

- On est en présence de non-dits importants sur les patients « 8 articles seulement leur sont consacrés ». Tout le texte juridique s'appesantit sur un mode de fonctionnement du système de soins extérieurs aux patients. A contrario, le législateur multiplie les articles sur la santé mentale « 40 articles ».

- Le Pr Bouziani Mustapha, professeur en épidémiologie à la faculté de médecine d'Oran, pense que cette loi sanitaire reste inadaptée aux changements socio-sanitaires et économiques que vit le pays actuellement. Le même schéma depuis les années 80 est reproduit<sup>24</sup>. Selon le conférencier, une loi sanitaire devrait être innovante, il y'a lieu d'intégrer des dispositions pour valoriser les notions de compétence, favoriser des pôles d'excellence, créer des centres de recherches en santé « cancers ou autres maladies chroniques »

- D'autres experts estiment qu'il ne faut pas hésiter à remettre en cause certains dogmes comme celui de la médecine gratuite. La vraie question, selon eux, est celle du financement de la santé et comment permettre au secteur privé d'être complémentaire du secteur public. De même, comment faire interagir l'ensemble des acteurs entre eux et les rendre plus performants et productifs et non pas de continuer à asseoir une logique de rente ouvrant la voie à toutes les aberrations.

- Concernant les obligations des structures et des établissements de santé, selon les dispositions prévues, ces derniers ne sont nullement tenus d'avoir des obligations de moyens, ni d'atteindre des objectifs spécifiques précis. Donc, aucun changement par rapport à la situation actuelle. La recherche en santé dans les établissements de soins est pratiquement ignorée.

- Le projet de loi prévoit les sanctions et les pénalités financières en cas de non-respect des dispositions de la loi. Cela est intéressant et indique le degré d'importance attaché à telle ou telle disposition. On peut s'interroger cependant sur la pertinence de fixer des

---

<sup>23</sup> Les cahiers du GRAS N° 6, lecture critique de l'avant-projet de loi relative à la santé en Algérie, 2015 coéditions l'Harmattan/GRAS, p9.

<sup>24</sup> Idem, p 10.

montants fixes en dinars pour les pénalités dans une loi appelée à durer quand on connaît la perte continue de valeur de la monnaie nationale<sup>25</sup>.

▪ Selon Kadder Miloud, économiste de la santé, ce projet de loi souffre de trois limites majeures<sup>26</sup> :

- Il ne résulte pas d'un bilan quantitatif et qualitatif critique et contradictoire des réalisations, progrès, limites et faiblesses de ce qui a été observé depuis la mise en œuvre de la loi 85-05. Malgré que des assises régionales et nationales et des groupes de travail ont été organisés en 2014 et 2015 et des recommandations retenues, seule une partie des travaux et résultats a été publiée. De plus les discussions et recommandations sont le plus souvent fondées sur des expériences et des vues partielles car très peu de données nationales chiffrées et d'analyse crédibles sont disponibles pour éclairer les opinions des acteurs et des décideurs sur des questions fondamentales de notre système de santé.

- Il ne résulte pas d'une vision prospective de ce que sera ou devra être la santé dans les 15/20 prochaines années. La loi n'a pas vocation à se focaliser sur le court terme. Elle doit dépasser les limites et lacunes de la précédente loi mais aussi poser le cadre juridique futur et anticiper les évolutions et défis à venir.

- Il tient peu compte des nouvelles réalités économiques et financières du pays et du financement de la protection sociale et de la santé en particulier. Le projet de loi a ignoré le nouveau contexte et les défis qui en découlent. Il a reconduit les anciens choix tente de satisfaire tout le monde et donne l'impression que tout est possible avec quelques modifications à la marge, « cela est un pari risqué ».

A la fin, on peut dire que le projet de loi relative à la santé est profondément caractérisé par une absence de vision claire de ce que doit être la santé des populations. On ne saisit pas les lignes de forces de la politique de santé en Algérie. A aucun moment dans le texte, la notion de politique de santé publique est explicitée. Le silence est prégnant sur la pertinence des choix et des arbitrages opérés dans le domaine de la santé.

De plus, aucune étude réelle d'impact n'a été conduite préalablement à la rédaction du texte. Or, l'étude d'impact est essentielle pour s'interroger sur l'utilité, la faisabilité et l'efficacité des dispositions envisagées. L'étude d'impact doit porter sur les conséquences administratives, juridiques, économiques, financières et sociales du projet de loi envisagé et même de chacune des grandes composantes ou réformes introduites par la nouvelle loi.

Toutefois, la révision du code de l'activité médicale n'a pas été mentionnée et les prix appliqués à l'indemnisation, qui sont la seule solution pour réduire les coûts supportés par le patient à cause du large recours au secteur privé, où les coûts ne sont que très mal remboursés. Car les taux d'indemnisation appliqués par les caisses d'assurance maladie, remontent à 1987, et sont loin des coûts réels supportés par les familles. Cela nuit au principe d'égalité d'accès au traitement.

D'autres aspects importants nécessaires au développement du système de santé ont été négligés afin de l'adapter aux transitions en cours, en particulier dans le développement de nouvelles méthodes de traitement des maladies chroniques et des maladies du vieillissement, qui sont largement reconnues et constituent désormais un défi sérieux pour notre système de

---

<sup>25</sup> Kaddar.M, remarque préliminaire sur l'avant-projet de loi sanitaire, les cahiers du GRAS n° 6, 2015, p35.

<sup>26</sup> Kadder.M, le projet de loi sanitaire en Algérie : des avancées et des questions, le Quotidien d'Oran, le 05/01/2017.



santé. L'amélioration de la qualité de vie professionnel des acteurs de santé n'a pas été abordée, malgré l'impact significatif sur la performance. L'un des principaux objectifs de la nouvelle loi sur la santé était d'adapter le système de santé à la transition technologique, mais il n'a pas donné à la recherche-développement la place qu'elle méritait, notamment en ce qui concerne l'adoption de nouvelles technologies en matière de traitement, de gestion et de numérisation pour améliorer et développer les services de santé.

Bien qu'elle ne tienne pas en considération un bon nombre de recommandations formulées par les experts, la nouvelle loi sanitaire a eu l'approbation du Président de la République, Abdelaziz Bouteflika et elle devait être présentée le 07/12/2016 devant la commission de la santé de l'Assemblée Populaire Nationale puis reporté au 17/01/2017 et reporté encore une fois, mais non annulé, sans explications probantes. Enfin, l'Assemblée Populaire Nationale (APN) a adopté à l'unanimité la nouvelle loi sanitaire le 30 avril 2018. Cette loi a été publiée dans le journal officiel du 29 juillet 2018 sous N°18-11.

La question qui se pose c'est pourquoi les réformes n'ont pas été globalement appliquées et pourquoi le mécontentement persiste-t-il au niveau des citoyens, des professionnels de santé et des pouvoirs publics ? c'est la question à laquelle on va tenter de répondre à travers l'étude empirique.

## **Section II : Cadre méthodologique de l'enquête**

Il s'agit de préciser le type de l'étude, de décrire comment concrétiser les concepts clés de notre étude en données pertinentes à recueillir, dans quelle population cible les recueillir et avec quels instruments. Enfin, nous allons présenter la méthode d'analyse des données qui permettra de valider nos hypothèses de recherche. L'étude de terrain nous permet d'enrichir le questionnement de l'évaluation des pratiques managériales et la perception de la réforme hospitalière.

### **1- L'enquête réalisée (échantillon de l'étude) :**

Afin d'atteindre nos objectifs fixés et tester nos hypothèses de recherche, notre étude s'est fondée sur deux méthodes de recueil de données ;

**1-1 Enquête par questionnaire** : Afin de tester nos hypothèses de recherche, nous avons mené une enquête par questionnaire, destinée aux différents responsables des établissements publics de santé « directeurs, sous directeurs et les chefs de services » au niveau des wilayas du centre (Alger, Blida, Tizi-Ouzou, Tipaza, Boumerdès, Médéa » dont le nombre est de 90 établissements. Ces derniers sont classifiés en quatre catégories « CHU, EPH, EHS, EPSP » comme est montré dans les deux tableaux ci-dessus. Le premier test réalisé fait partie d'une première expérimentation qui a été réalisée au niveau de la wilaya de blida.

**Tableau N° 01 : les établissements de santé dans les wilayas du centre**

<b>Wilaya</b>	<b>EPSP</b>	<b>EPH</b>
<b>BLIDA</b>	BOUINAN OULED YAICH MOUZAIA LARBAA	BLIDA EL AFFFROUN MEFTAH BOUFARIK
<b>TIZI-OUZOU</b>	IFERHOUNENE AZAZGA LARBA NAIT IRATHEN OUAGUENOUN AZEFFOUN BOGHNI DRAA BEN KHADDA OUACIF	AIN EL HAMMAM DRAA ELMIZAN AZZAZGA LARBAA NATH IRATHEN AZEFFOUN TIGZIRT BOUGHNI
<b>ALGER</b>	SIDI M'HAMED BAB EL OUED BOUZAREAH BARAKI KOUBA BORDJ EL KIFFAN REGHAIA ZERALDA CHERAGA DRARIA	EL BIAR EL HARRACH KOUBA BAINS ROMAINS EL MOURADIA AIN TAYA ROUBA ZERALDA
<b>MEDEA</b>	CHELLALET EL ADHAOURA ZOUBIRIA KSAR EL BOUKHARI CHAHBOUNIA BENI SLIMANE TABLAT	MRDIA AIN BOUCIF KASER EL BOUKHARI BNI SLIMANE BEROUAGHIA TBLAT

<b>BOUMERDES</b>	BOUMERDES BORDJ MENAIEL DELLYS KHEMIS EL KHECHNA	BORDJ MENAIEL THENIA DELLYS
<b>TIPAZA</b>	TIPAZA CHERCHEL DAMOUS BOU ISMAIL	HADJOUT GOURAYA SIDI GHILES KOLEA

Source: Ministère de la santé

<b>Wilaya</b>	<b>EHS</b>	<b>CHU</b>
<b>BLIDA</b>	ANTI CANCERAUX FRANCE FANON PSYCHIATRIQUE FRANCE FANON	CHU BLIDA
<b>TIZI-OUZOU</b>	MER ET ENFANT SBIHI TADDADIT PSYCHIATRIQUE FRANCE HANAFI	CHU TIZI-UNITE BELLOUA CHU TIZI- UNITE NEDIR
<b>ALGER</b>	ALGER CENTRE SIDI MHAMED OUED KORIACHE BIR MORAD RAIS BIR KHADEM EL HARRACH KOUBA BEN AKNOUN DELY IBRAHIM STAOUELI CHERAGA DOUERA	CHU MUSTAPHA CHU BAB EL OUED CHU PARNET CHU BENI MESSOUS
<b>MEDEA</b>	/	/
<b>BOUMERDES</b>	/	/
<b>TIPAZA</b>	/	/

Source: Ministère de la santé

Notre questionnaire a été répartie en trois parties : (A) comporte des renseignements sur l'établissement, la deuxième partie (B) vise à déterminer la perception qu'ont les acteurs par rapport à la réforme hospitalière, leurs supports aux changements et leurs motivations à l'application effectif de ses réformes, (C) troisième partie a pour but d'évaluer l'application de management hospitalier au niveau de ces établissements et identifier le modèle managérial appliqué.

Le questionnaire a été distribuée avec l'aide des directions générales de la santé DSP de ces wilayas après avoir obtenu l'approbation du Ministère de la santé. En effet sur les 270 questionnaires distribués, 204 ont été remplis. L'échantillon est par ailleurs, constitué de 33.8% de Directeurs Généraux, 32.4 % occupant le poste de directeur des principales directions, 33.8 % celui de chefs de services, comme le montre le tableau ci-dessous :

**Tableau N° 02 : Taille de l'échantillons selon le statut professionnel**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	directeur	69	33,8	33,8	33,8
	sous-directeur	66	32,4	32,4	66,2
	chef service	69	33,8	33,8	100,0
	Total	204	100,0	100,0	

Source : données SPSS.

**1-2 La réalisation des entretiens semi-directifs** : dans un deuxième temps et pour mieux éclaircir notre problématique, nous étions amenés à effectuer des entretiens auprès d'autres acteurs de santé tels que : les DSP, responsable chargé de la cellule réforme hospitalière au niveau du Ministère de la santé, le Président de la commission de la santé au niveau de l'Assemblée Populaire Nationale et le Directeur de l'école de la santé.

Cette méthode d'entretien permet d'obtenir une expression libre et profonde des personnes interviewées. Un guide d'entretien avec des questions ouvertes a été construit en lien avec les objectifs d'étude. Les entretiens ont été majoritairement enregistrés avec l'accord des personnes rencontrées nous permettant de nous centrer sur l'écoute et facilitant les reformulations pour approfondir les propos des personnes interviewées. Pour deux d'entre eux, nous avons eu recours à une prise de note la plus exhaustive possible.

La confrontation de ces sources aux hypothèses posées nous permet d'élargir notre réflexion et de proposer des pistes d'actions que nous développons dans le dernier chapitre de ce travail.

## **2- L'Identification des variables de l'étude :**

En se référant à nos questions et hypothèses de recherche nous constatons que notre étude s'appuie sur une variable dépendante qui est « la réussite de la réforme hospitalière » expliquée par la variable indépendante, représentée par « le modèle organisationnel et manageriel de l'hôpital ». Ainsi, les données requises pour réaliser notre étude seront issues, d'une part, des informations qui décrivent la perception et le support des acteurs à la réforme hospitalière, et d'autre part, de celle qui expliquent l'organisation et le management hospitalier.

### **2-1 l'Analyse des facteurs influençant la réussite de la réforme hospitalière « variable relative à la réforme hospitalière » :**

Cette analyse va se porter sur les perceptions et interactions des différents acteurs de la réforme qui favorisent ou contraignent la mise en œuvre de la réforme. Les informations qui expliquent ces facteurs permettant d'atteindre les objectifs spécifiques N°02 et 03 de notre étude et de vérifier l'hypothèse de recherche N° 01.

Pour identification de la perception des acteurs et des pratiques que demande la mise en œuvre de la réforme, il faut recueillir des informations concernant :

- 1- Le processus d'implantation, l'existence d'un plan d'action, l'information, la sensibilisation et la formation des acteurs.

2- Le support des acteurs au changement nous amènera à recueillir des données sur leurs opinions par rapport aux changements pour dire s'ils sont nécessaires ou pas.

3- La motivation des gestionnaires chargés d'implanter la réforme ; il s'agira donc, pour apprécier la motivation de ces gestionnaires, d'examiner les actions qu'ils ont entreprises pour renforcer l'implantation de la réforme, les décisions correctrices prises à l'endroit des obstacles rencontrés et les projets d'actions majeures qu'ils ont envisagés pour persévérer dans la mise en œuvre de la réforme.

4- Les réalisations effectuées par l'hôpital en matière de réforme.

## 2-2 Les variables relatives au management hospitalier

Les échelles utilisées pour mesurer la qualité du management de nos hôpitaux ont été inspirés du :

- Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé<sup>27</sup>.
- Manuel de certification des établissements de santé<sup>28</sup>.

Le guide permet aux établissements et aux managers de réaliser un auto-diagnostic de la qualité de leurs processus de management. Il est conçu comme un référentiel portant sur l'ensemble de références et d'éléments spécifiques sur lesquels s'appuieront les managers pour s'auto-évaluer.

L'appréciation du management d'un établissement de santé et de la dimension managériale des responsables des secteurs d'activités repose sur plusieurs champs :

- la qualité et la pertinence des choix stratégiques de l'établissement ;
- les outils de gestion et les procédures organisationnelles mises en place ;
- les pratiques managériales ;
- l'expertise et les compétences managériales<sup>29</sup>.

Pour apprécier la qualité du management, il convient préalablement de valider les champs de responsabilité et d'actions du management d'un établissement ou d'une structure d'activité. Un consensus semble se former sur une caractérisation du management à partir de cinq fonctions :

➤ La fonction « **prévoir** » :

- C'est anticiper les besoins des patients, les évolutions technologiques, les pratiques professionnelles ;
- C'est s'adapter au contexte économique et social ;
- C'est réactualiser les différents projets de l'établissement ou de service ;
- C'est prévoir la gestion des risques et la veille technologique.

➤ La fonction « **organiser** » comprend trois dimensions :

- L'organigramme ;
- La définition des fonctions ;
- La mise en place des procédures et protocoles nécessaires.

---

<sup>27</sup> Haute autorité de santé HAS, Direction de l'Accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier, 2005.

<sup>28</sup> HAS, Direction de l'amélioration de la qualité de la sécurité des soins, janvier 2014.

<sup>29</sup> Guide pour auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé, op.cit.

- Dans la fonction « **décider** » on trouve plusieurs facteurs clés :
  - La capacité à déléguer,
  - La lisibilité des processus de décisions pour les différents acteurs de l'établissement.

➤ La fonction « **motiver** » : cette fonction est considérée comme une dimension essentielle du management. Elle concerne la capacité du manager à faire adhérer les acteurs de l'établissement aux objectifs et missions afin d'assurer leur réalisation. Elle repose sur la capacité à :

- Responsabiliser,
- Favoriser la participation aux décisions,
- Reconnaître les compétences,
- Mettre en place des outils de motivation,
- Valoriser la créativité,
- Communiquer sur les résultats individuels et collectifs.

➤ La fonction « **évaluer** » dans le champ des établissements de santé. Cette fonction concerne l'évaluation des résultats, de l'activité, des moyens mis en place, des personnels, des décisions, de la satisfaction des patients et des personnels.

Ainsi, tout diagnostic de la qualité du management doit porter sur l'ensemble de ces différentes fonctions à partir d'un ensemble de références et d'éléments d'appréciations spécifiques que nous avons résumés dans le tableau ci-dessous :

**Tableau N°03 : les items de la variable management hospitalier**

Références d'évaluation du management	Eléments d'appréciations
La planification	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un diagnostic interne et externe est réalisé préalablement à toute réflexion sur les objectifs et les choix stratégiques.</li> <li>-Les responsables concernés sont impliqués dans la fixation des objectifs et des choix stratégiques.</li> <li>-Les objectifs et les choix stratégiques se déclinent à long, moyen et court terme.</li> <li>-Les objectifs, les choix stratégiques et les moyens nécessaires à leur mise en œuvre sont connus de l'ensemble du personnel.</li> <li>- La constitution actuelle du conseil d'administration est la meilleure, permettant ainsi la réalisation des objectifs.</li> <li>-La planification à l'hôpital touche tous les niveaux avec des programmes complets de tous les services fournis par l'hôpital.</li> <li>-Les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés avec précision.</li> <li>-Les plans et les programmes des hôpitaux se font sur la base des résultats des recherches sur terrain montrant les besoins réels de la communauté.</li> </ul>
Degré d'autonomie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Autonomie pour embaucher et licencier.</li> <li>-L'application de sanctions ou l'accordement d'encouragement.</li> <li>-Le montant des dépenses sans autorisation.</li> <li>-L'assurance d'une maintenance correcte de vos équipements.</li> <li>-L'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement.</li> </ul>
L'organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>-L'organigramme est en adéquation avec les activités, les objectifs et les missions de l'établissement. Il est régulièrement mis à jour et connu de tous.</li> <li>-L'organigramme reflète la structure de responsabilité et les liens hiérarchiques dans l'établissement.</li> <li>-L'organisation actuelle est appropriée aux conditions dominantes et aide à la réalisation efficace du travail.</li> <li>-L'organisation actuelle favorise la sensation d'esprit d'équipe et de coopération entre les différents services.</li> <li>-Le nombre actuel des niveaux hiérarchiques est approprié à la nature du travail et aide à la synergie entre les différents niveaux.</li> <li>-La réalisation systématique et périodique d'un audit organisationnel pour améliorer l'efficacité et l'efficacé.</li> </ul>
Le processus décisionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Le processus décisionnel fait l'objet, selon les nécessités, d'une concertation préalable.</li> <li>-Le champ de décision de chaque responsable est défini et connu de tous.</li> <li>-Le responsable formalise, explicite et communique ses décisions, aux personnes concernés.</li> <li>-La plupart des décisions relatives au travail quotidien sont centralisées et prises au niveau plus haut.</li> </ul>

	-L'impact et la pertinence de la décision, en termes de contenu et de délai, sont évalués.
La motivation du personnel	-Chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis. -Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives sont encouragées. -Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective. -Les politiques actuelles de l'organisation permettent le développement des ressources humaines d'une manière efficace.
Politique des ressources humaines	-Le système de sélection et de nomination assure qu'il y a la bonne personne à chaque poste. -Il y'a une évaluation périodique de la performance des groupes de travail. -Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie en lien avec les orientations stratégiques. -L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge. -Un plan de formation est mis en œuvre -La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement
Processus d'évaluation et de contrôle	-des indicateurs de performance pertinents au regard des missions et de la taille de l'établissement et des différents services sont utilisés. -le responsable évalue le degré d'atteinte de ses objectifs en termes d'activités et de moyens (personnels, consommables, équipements). Il mesure le coût de séjour et des prestations dans le cadre d'une comptabilité analytique et met en place des outils de contrôle et d'audit. -un processus permettant d'apprécier régulièrement la satisfaction des patients, des médecins correspondants et des personnels est mis en place. Les résultats sont analysés et exploités. -l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses selon une procédure formalisée. -l'établissement conduit une analyse des coûts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne. -les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement et donnent lieu, si nécessaire, à des décisions de réajustement.

Source : établis par nos soins.

### 3- Méthodologie de recherche :

#### 3-1 Méthodologie d'épuration et de validation des échelles de mesure

Dans cette sous-section, nous testerons la dimensionnalité et la fiabilité de l'instrument de mesure de la variable management hospitalier présentée dans le tableau N° 03 afin d'améliorer les qualités psychométriques de l'instrument de mesure et de préparer le test des hypothèses de la recherche. Nous avons utilisé l'analyse factorielle en composante principale



(ACP) des données issues de la première collecte du pré-test composé de trente (30) questionnaires.

L'analyse en composantes principales (ACP désormais) est très populaire lorsque le chercheur se positionne sur une phase exploratoire, tentant d'investiguer un concept ou encore, de vérifier les dimensions d'un instrument de mesure. Baillargeon (2003) indique l'objectif final de l'analyse en composantes principales comme consistant à réduire un ensemble de données afin de faire émerger plusieurs dimensions d'un construit<sup>30</sup>. L'auteur s'appuie sur la définition qu'en donne le « *Dictionary of statistics and methodology* » qui énonce que l'ACP *est un ensemble de méthodes permettant de procéder à des transformations linéaires d'un grand nombre de variables inter corrélées de manière à obtenir un nombre relativement limité de composantes non corrélées. Cette approche facilite l'analyse en regroupant les données en des ensembles plus petits et en permettant d'éliminer les problèmes de multi colinéarité entre les variables. L'analyse en composantes principales s'apparente à l'analyse factorielle, mais c'est une technique indépendante qui est souvent utilisée comme première étape à une analyse factorielle* (Vogt, 1993, cité par Baillargeon, 2003)<sup>31</sup>.

L'analyse en composantes principales est une démarche itérative dont le but est de structurer les items du questionnaire en les regroupant sous forme de facteurs permettant d'appréhender des variables théoriques du modèle et d'établir leur unidimensionnalité. Elle est très populaire lorsque le chercheur se positionne sur une phase exploratoire, tentant d'investiguer un concept, ou encore de vérifier les dimensions d'un instrument de mesure.<sup>32</sup>

La procédure débute par la sélection des items caractérisant les facteurs retenus pour chacune des variables théoriques du modèle. Le problème de l'élimination des items et de l'extraction des facteurs repose sur des règles empiriques qui vont être présentées ci-dessous. Les analyses factorielles en composantes principales ont été conduites à l'aide du logiciel SPSS dans sa version 22.

### **3-1-1 Adéquation de la méthode aux données**

L'analyse factorielle peut être envisagée si les données se prêtent effectivement à la factorisation, c'est-à-dire si elles forment un ensemble suffisamment cohérent pour qu'il soit raisonnable d'y rechercher des dimensions communes ayant un sens. Le test de Kaiser et Olkin et le test Barlett permettent d'examiner la faisabilité d'une analyse factorielle.

### **3-1-2 Principes d'analyse**

Le test de sphéricité de Bartlett permet tout d'abord de vérifier que les corrélations entre certaines variables sont statistiquement significatives. Il s'agit de s'assurer que la matrice des corrélations obtenues est statistiquement différente d'une matrice d'identité, le seuil de risque indiquant le résultat du test. Lorsque ce seuil est proche de 0 (moins de 5%), cela signifie que l'hypothèse que les corrélations sont nulles est rejetée, ce qui induit que les variables étudiées sont corrélées et les données factorisables.

---

<sup>30</sup> Baillargeon.J, **L'analyse en composantes principales**, Stratégies d'analyse quantitative en psychologie II SRP-6020, Université uqtr, 2003.

<sup>31</sup>Vogt W. P. **Dictionary of statistics and methodology: A nontechnical guide for the social sciences**. Newbury Park, CA : Sage,1993.

<sup>32</sup> L'analyse en composantes principales s'apparente à l'analyse factorielle, mais c'est une technique indépendante qui est souvent utilisée comme première étape à une analyse factorielle.

Le KMO ou le test MSA, test conçu par Kaiser, Meyer et Olkin, permet par ailleurs d'examiner si les corrélations entre variables sont suffisamment élevées pour que l'on puisse faire émerger des dimensions communes. La valeur de ce test est comprise entre 0 et 1 ; si le résultat du test est proche de 1, alors les données sont factorisables Kaiser et Rice (1974), énonçant qu'un KMO à 0.90 est excellent ; méritoire s'il atteint 0.80; moyen s'il atteint 0.70; médiocre s'il atteint 0.60; faible s'il atteint 0.50 et enfin, inacceptable si celui-ci est inférieur à 0.50.<sup>33</sup>

Pour purifier les données, nous avons suivi les recommandations habituelles pour chacune des échelles formées par les items d'une même dimension. Le pourcentage total de variance restitué par la solution factorielle retenue est un indicateur de la qualité de l'analyse factorielle. Ce pourcentage peut être amélioré de manière itérative :<sup>34</sup>

- Par élimination des items qui ont une faible communauté (inférieure à 0,5);
- En ne retenant que les items qui saturent le plus fortement sur un seul facteur (*loadings* >0,5) et en éliminant les items qui ne discriminent pas les facteurs principaux. La différence minimum de saturation entre la saturation sur le facteur principal et tout autre facteur est de 0.4 ;
- En éliminant les items qui ne contribuent pas à améliorer la fiabilité de la mesure (calcul de l'alpha de Cronbach).

Il est possible de procéder à une rotation des axes de l'analyse en composantes principales lorsque les items contribuent à plusieurs facteurs. Les rotations de type orthogonal maintiennent les axes de l'espace factoriel en angles droits, ce qui n'est pas le cas de la rotation oblique. La méthode varimax essaie de minimiser le nombre de variables qui ont des contributions élevées sur un axe afin de simplifier les facteurs (en maximisant les variances des facteurs). La rotation oblique a été retenue de préférence à la rotation orthogonale lorsque les concepts étudiés pouvaient, a priori, être corrélés. En effet, la rotation oblique autorise les inter-corrélations entre plusieurs dimensions.<sup>35</sup>

Le coefficient alpha de Cronbach est la mesure la plus notoire pour tester la fiabilité d'un instrument de mesure, La pratique consiste à réduire un grand nombre d'items initiaux dans un processus itératif de conservation/élimination des items en fonction de la valeur du coefficient alpha qui varie entre 0 et 1. Plus la valeur de l'alpha est proche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle est forte. On élimine donc les items qui diminuent le score et on conserve ceux qui contribuent à augmenter l'alpha.<sup>36</sup>

### 3-1-3 résultat de l'analyse factorielle en composante principale :

Nous présentons dans cette sous-section une synthèse des résultats issus des analyses factorielles en composante principale ainsi que les tests relatifs à la fiabilité et à la validité des

<sup>33</sup>- Kaiser H. et Rice J. (1974), Little Jiffy, Mark IV. *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 34, 111–117.

<sup>34</sup> Carricano et al, analyse de données avec SPSS, Paris, Pearson, 2 édition, 2010, p69.

<sup>35</sup> Evrard et al., 2009, P 407.

<sup>36</sup>  $\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum_i \sigma^2_i}{\sum_i \sigma^2_i + 2 \sum_{i,j} \sigma_{i,j}} \right)$

K:nombre de questions ou items ;

$\sigma^2_i$  : la variance de l'item i (erreur aléatoire) ;

$\sigma_{i,j}$  : la covariance entre l'item i et l'item j.

échelles de mesure « management hospitalier ». Le processus complet de validation est présenté en annexe.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « planification »**

Le test de sphéricité de Bartlett présente dans cette échelle une significativité (p-value) de 0, qui est inférieur au seuil de signification de 5%, cela nous permet de rejeter l'hypothèse que notre matrice des corrélations soit une matrice identité. L'indice KMO global présentant une valeur de 0.804 (voir l'annexe). Ces indices étant corrects, nous pouvons à présent effectuer un ACP sur notre jeu de données.

Après épuration de la liste des huit (08) items composant l'échelle de « planification », l'analyse en composante principales fait apparaître trois facteurs « valeur propre supérieure à 1 » restituant 86,535% de l'information.

Nous avons utilisé la rotation varimax qui fait tourner les axes en préservant leur orthogonalité, cherchant ainsi à maximiser la variance des corrélations dans chaque colonne du tableau, obtenu lors de la première ACP sans rotation. Suite à ce test nous pouvons remarquer que les items 1 à 6 sont agrégés sur le premier axe factoriel, que l'item 7 est agrégé sur l'axe factoriel 3 et l'item 8 est agrégé sur le second axe factoriel.

Ces résultats après rotation varimax nous encouragent à éliminer l'item 7 « *les responsables sont impliqués dans la fixation des objectifs* » et l'item 8 « *la constitution du CA permet la réalisation des objectifs* ».

Un nouvel ACP avec rotation Varimax a donc été effectué sur l'échelle de mesure à 6 items, c'est-à-dire sans l'item 7 et 8. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

**Tableau N°04 : corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle planification »**

<b>Variables</b>	<b>Communauté</b>
Un diagnostic interne et externe est réalisé préalablement	0.852
Les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	0.966
Les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	0.955
La planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	0.822
Les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	0.901
Les plans et programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	0.751
<b>Valeur propre</b>	4.622
<b>% variance expliquée</b>	<b>77.042</b>
<b>% variance cumulée</b>	<b>77.042</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.938</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

L'analyse de l'extraction des composantes principales montre une seule composante, les résultats d'ACP expliquent 77.042% de la variance, les communalités et les composantes de chaque item sont supérieures à 0.751.

L'échelle montre une bonne fiabilité de l'alpha  $\alpha$  de cronbach égale à 0.938, donc sur les 8 items, 6 ont été conservés

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « autonomie »**

Sur le même échantillon **N=30**, nous avons testé la dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle « **autonomie** », Les résultats de l'ACP montrent un indice KMO de 0.626 ainsi qu'une Sig à 0, ce qui plaide pour le caractère factorisable des données.

Les résultats de l'ACP montrent un facteur présentant une VP de 3.044 et expliquant 60.874% de la variance. Les items 1-2 et 4-5 présentent des corrélations allant de 0.777 à 0.903, alors que l'item 3 présente une corrélation à 0.452, ce qui est en deçà des préconisations de la littérature, Ce qui nous incite ainsi à enlever l'item 3 « *l'assurance d'une maintenance correcte de vos équipements* » de l'analyse. Nous conservons donc une échelle d'autonomie à 4 items, et un nouvel ACP met à nouveau en évidence un seul facteur possédant une VP de 2.897 et expliquant 72.429% de la variance. L'alpha de Cronbach affiche une valeur de 0.873.

**Tableau N°05 : corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « Échelle autonomie »**

<b>Variables</b>	<b>Communauté</b>
Autonomie pour embaucher et licencier	0.915
Le montant des dépenses sans autorisation	0.761
L'application de sanction ou l'accordement d'encouragement	0.911
L'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement	0.807
<b>Valeur propre</b>	<b>2.897</b>
<b>% variance cumulée</b>	<b>72.429%</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.873</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « organisation »**

La liste des 6 items composant l'échelle « **organisation** » est présentée en annexe. Après épuration, l'analyse en composantes principales montre un indice KMO de 0.787 ainsi qu'une Sig à 0, ce qui plaide pour le caractère factorisable des données et fait apparaître deux facteurs (Valeur propre supérieure à 1) restituant 84.486 % de l'information.

Les items 1-5 présentent une corrélation allant de 0.841 à 0.948 alors que l'item 6 « *le nombre des niveaux hiérarchiques aide à la synergie* » présente une corrélation à 0.178, ce qui est en deçà des préconisations de la littérature, nous incitant ainsi à l'enlever.

Nous conservons donc une échelle « *d'organisation* » à 5 items, et un nouvel ACP met un seul facteur, possédant une VP de 4.033 et expliquant 80.664% de la variance. L'alpha de Cronbach affiche une valeur de 0.938.

**Tableau N°06 : corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes  
« Échelle organisations »**

<b>Variabes</b>	<b>Communauté</b>
L'organigramme est en adéquation avec les activités, les objectifs et les missions de l'établissement. Il est régulièrement mis à jour et connu de tous.	0.904
L'organigramme reflète la structure de responsabilité et les liens hiérarchiques dans l'établissement.	0.934
L'organisation actuelle est appropriée aux conditions dominantes et aide à la réalisation efficace du travail.	0.845
L'organisation actuelle favorise la sensation d'esprit d'équipe et de coopération entre les différents services.	0.855
La réalisation systématique et périodique d'un audit organisationnel pour améliorer l'efficacité et l'efficacite.	0.947
<b>Valeur propre</b>	<b>4.033</b>
<b>% variance cumulee</b>	<b>80.664%</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.938</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « processus décisionnel »**

Le test de sphéricité de Bartlett présente dans cette échelle une significativité (p-value) de 0 et est inférieur au seuil de signification de 1%, L'indice KMO global présentant une valeur correcte de 0.629 (voir l'annexe.). Ces indices étant corrects, nous pouvons à présent effectuer un ACP sur notre jeu de données.

Les résultats de l'ACP font apparaître deux facteurs (Valeur propre supérieure à 1) restituant 79.269 % de l'information.

Les items 1-4 présentent une corrélation allant de 0.781 à 0.9 alors que l'item 5 « l'impact et la pertinence des décisions sont évalués » présente une corrélation de -0.245, ce qui est en deçà des préconisations de la littérature, nous incitant ainsi à l'enlever.

Nous conservons donc une échelle « *processus décisionnel* » à 4 items, et un nouvel ACP montre une seule composante, possédant une VP de 2.782 et expliquant 69.538% de la variance, et les communautés et les composantes de chaque item sont supérieures à 0,778. L'alpha de Cronbach affiche une valeur de 0.828.

**Tableau N° 07: corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes  
« Échelle processus décisionnel »**

<b>Variabes</b>	<b>Communauté</b>
Le processus décisionnel fait l'objet, selon les nécessités, d'une concertation préalable.	0.906
Le champ de décision de chaque responsable est défini et connu de tous.	0.837
Le responsable formalise, explicite et communique ses décisions aux personnes concernés.	0.809
La plupart des décisions relatives au travail quotidien sont centralisées et prises au niveau plus haut.	0.778
<b>Valeur propre</b>	<b>2.782</b>
<b>% variance cumulee</b>	<b>69.538%</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.828</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats du SPSS.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « motivation »**

La liste des 4 items composant l'échelle « **motivation** » est présenté en annexe. Après épuration, l'analyse en composantes principales montre un indice KMO de 0.789 ainsi qu'une

Sig à 0, ce qui plaide pour le caractère factorisable des données et fait apparaître un seul facteur avec une valeur propre de 3.187 restituant 79.667 % de l'information.

Tous les items présentent une corrélation allant de 0.738 à 0.953. Nous conservons donc l'échelle « *motivation* » tel quelle, L'alpha de Cronbach affiche une bonne fiabilité de l'échelle avec une valeur de 0.911.

**Tableau N°08 : corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « Échelle motivation »**

<b>Variables</b>	<b>Communauté</b>
Chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis.	0.738
Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées	0.953
Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective	0.945
Les politiques actuelles de l'organisation permettent le développement des ressources humaine d'une manière efficace.	0.916
<b>Valeur propre</b>	<b>3.187</b>
<b>% variance cumulée</b>	<b>79.667%</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.911</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « *politique de ressource humaine* »**

La liste des 6 items composant l'échelle « **politique ressource humaine** » est présentée en annexe. Après épuration, l'analyse en composantes principales montre un indice KMO de 0.731 ainsi qu'une Sig à 0, ce qui plaide pour le caractère factorisable des données et fait apparaître deux facteurs (Valeur propre supérieure à 1) restituant 69,387 % de l'information.

Les items 2-5 présentent une corrélation allant de 0.63 à 0.959 alors que l'item 1 « *le système de sélection et de nomination assure qu'il y'a la bonne personne à chaque poste* » présente une corrélation de - 0.077 de même pour l'item 6 « *la qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement* » celui-ci présente une corrélation à - 0.169, ce qui est en deçà des préconisations de la littérature, nous incitant ainsi enlever ces deux items.

Nous conservons donc une échelle « *politique de ressource humaine* » à 4 items, et un nouvel ACP met une seule composante, possédant une VP de 3.076 et expliquant 76.902% de la variance. L'alpha de Cronbach affiche une bonne fiabilité avec une valeur de 0.862.

**Tableau N° 09: corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « échelle politique de ressource humaine »**

<b>Variables</b>	<b>Communauté</b>
Il y'a une évaluation périodique de la performance des groupes de travail.	0.634
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie en lien avec les orientations stratégiques.	0.962
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines est régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.	0.921
Un plan de formation est mis en œuvre	0.949
<b>Valeur propre</b>	<b>3.076</b>
<b>% variance cumulée</b>	<b>46.902%</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.862</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

➤ **La dimensionnalité et la fiabilité de l'échelle de mesure « contrôle »**

La liste des 6 items composant l'échelle « **contrôle** » est présentée en annexe. Après épuration, l'analyse en composantes principales montre un indice KMO de 0.785 ainsi qu'une Sig à 0, ce qui plaide pour le caractère factorisable des données et fait apparaître un seul facteur avec une valeur propre de 4.639 restituant 77.309 % de l'information.

Les six items présentent une corrélation allant de 0.798 à 0.941. Nous conservons donc l'échelle « *contrôle* » tel quelle, L'alpha de Cronbach affiche une bonne fiabilité de l'échelle avec une valeur de 0.940.

**Tableau N°10 : corrélation des items, valeur propre et pourcentage de variance des composantes « Échelle contrôle »**

<b>Variables</b>	<b>Communauté</b>
Des indicateurs de performance pertinents au regard des missions, de la taille de l'établissement et des différents services sont utilisés.	0.798
Le responsable évalue le degré d'atteinte de ses objectifs en termes d'activité et de moyens. Il mesure le cout de séjour et des prestations dans le cadre d'une comptabilité analytique et met en place des outils de contrôle et d'audit.	0.855
Un processus permettant d'apprécier régulièrement la satisfaction des patients, des médecins correspondants et des personnels est mis en place. Les résultats sont analysés et exploités.	0.941
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses selon une procédure de responsabilisation formalisée.	0.893
L'établissement conduit une analyse des couts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne	0.897
Les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement et donnent lieu, si nécessaire, à des décisions de réajustement.	0.885
<b>Valeur propre</b>	<b>4.639</b>
<b>% variance cumulée</b>	<b>77.309</b>
<b><math>\alpha</math> Cronbach</b>	<b>0.940</b>

Source : établi par nos soins sur la base des résultats de SPSS.

Nous résumons en Annexe les échelles de mesure telles que retenues à ce stade de la recherche, avec une synthèse des indices de fiabilité.

### **3-2 La méthodologie de test des hypothèses de la recherche**

Afin de valider nos hypothèses de recherche nous avons eu recours à plusieurs tests statistiques par l'utilisation du logiciel SPSS, version 22.

- En premier lieu, nous avons testé la normalité de nos variables de recherche à travers le calcul du coefficient de symétrie (skewness) et le coefficient d'aplatissement (kurtosis), afin de déterminer les tests statistiques qu'on pourra utiliser. On estime que le coefficient de symétrie ou skewness doit être inférieur à 1 et le coefficient d'aplatissement ou kurtosis doit être inférieur à 1.5 pour considérer que la variable suit bien une loi normale<sup>37</sup>.
- Ensuite, on a testé la corrélation afin de déterminer la relation entre, d'une part, la clarté de la réforme et la perception et l'image qui ont les acteurs par rapport à ces réformes, les différents items du management hospitalier et la réussite d'application de la réforme, d'autre part.
- Test de régression simple et multiple afin de valider que les deux variables « *clarté de la réforme et le management hospitalier* » ont une influence sur la réussite de la mise en œuvre de la réforme.
- Calcul des moyennes et de l'écart type afin de voir si le taux de réponse moyen avait atteint le niveau d'approbation moyen (neutre), 3 sur l'échelle de Likert ou pas.

---

<sup>37</sup> Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias.L, analyse de données avec SPSS, pearson, 2<sup>eme</sup> édition, paris, 2010, p35.



### **Section III : Présentation et discussion des résultats**

Dans cette section, nous présenterons les résultats de test des hypothèses de recherche à l'aide de calcul du coefficient de corrélation Pearson et la régression simple et multiple afin d'étudier les relations entre les différentes variables. Nous allons ainsi analyser et discuter les résultats des entretiens effectués auprès de différents acteurs de santé afin d'approfondir nos résultats de l'étude par questionnaires et identifier les déterminants d'un modèle managérial performant.

#### **1- Dépouillement des résultats de l'enquête par questionnaire**

##### **1-1 résultat du test de normalité (coefficient Skewness et Kurtosis) :**

Nous avons calculé le coefficient Skewness et Kurtosis pour déterminer si les variables suivent une loi normale ou non, les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

**Tableau N°11 : calcul des coefficients Skewness et Kurtosis**

		<b>Statistiques</b>			
		Information sur la réforme	Perceptions des acteurs	Degré de mise en œuvre de la réforme	Management
N	Valide	204	204	204	204
	Manquant	0	0	0	0
Moyenne		2,4951	2,2549	2,2451	2,5696
Ecart type		,98009	,79016	,56037	,49028
<b>Asymétrie</b>		<b>,077</b>	<b>-.003</b>	<b>,173</b>	<b>,285</b>
Erreur standard d'asymétrie		,170	,170	,170	,170
<b>Kurtosis</b>		<b>-.994</b>	<b>,131</b>	<b>-.046</b>	<b>-.521</b>
Erreur standard de Kurtosis		,339	,339	,339	,339
Minimum		1,00	1,00	1,00	1,69
Maximum		4,00	4,00	4,00	3,70

Source : données spss.

D'après les résultats du test de normalité, on remarque que l'ensemble des échelles de mesure ont un coefficient d'asymétrie et de kurtosis qui varie entre -1 et 1. Donc nos variables suivent une distribution normale. Pour cela, on va utiliser les tests paramétriques pour valider nos hypothèses de recherche.

#### **1-2 Tests des hypothèses de recherche**

##### **1-2-1 test de l'hypothèse N° 1.**

Afin de valider notre hypothèse N° 1 « *la clarté de la réforme hospitalière influe sur la perception et l'image des acteurs de l'hôpital algérien par rapport à ces réformes* », on a eu recours au test de corrélation de Pearson pour déterminer la force du lien et la régression linéaire simple, puisqu'il s'agit d'une variable indépendante, à savoir « la clarté de la réforme » et la variable dépendante « la perception des acteurs ». Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous.

**Tableau N°12 : la corrélation entre la clarté de la réforme et la perception des acteurs**

		Information sur la réforme	Perception
Information sur la réforme	Corrélation de Pearson	1	,654**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	204	204
Perception	Corrélation de Pearson	,654**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	204	204

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Source : données SPSS

A chaque cellule, trois lignes apparaissent. La dernière, notée N, est la taille de l'échantillon. Dans ce tableau, nous observons que la perception des acteurs et la clarté de la réforme sont fortement et positivement liées ( $r = 0,654$ ; Sig.  $<0,001$ ).

➤ **Test de régression linéaire simple**

**Tableau n°13 : Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>**

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Information sur la réforme <sup>b</sup>	.	Introduire

a. Variable dépendante : perception

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Source : donnée SPSS.

Le premier tableau indique les variables qui ont été introduites dans le modèle. Puisque nous avons effectué une régression simple et choisi la méthode **Entrée**, les deux variables choisies ont été incluses dans le modèle.

➤ **Étape 1 : Évaluation de la pertinence du modèle de régression**

La première chose à faire lors de l'examen des résultats est de vérifier si le modèle avec prédicteur explique significativement plus de variabilité de la variable dépendante qu'un modèle sans prédicteur. Autrement dit, il faut, au préalable, prendre une décision sur l'hypothèse nulle à l'effet qu'il n'y a pas de relation entre la variable dépendante et la variable indépendante. Pour prendre cette décision, il faut interpréter les résultats du tableau ANOVA.

**Tableau N°14: ANOVA<sup>a</sup>**

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	27,099	1	27,099	150,970	,000 <sup>b</sup>
	Résidus	36,258	202	,179		
	Total	63,357	203			

a. Variable dépendante : perception

b. Prédicteurs : (Constante), information sur la réforme

Source : donnée SPSS.

**Le test F** : sa valeur indique si la variance ou l'ajout de variance expliquée est significative ; c'est-à-dire si, quelle que soit la force de la relation entre les variables indépendante et la variable dépendante, cette relation est susceptible d'exister dans la population et n'est pas due simplement au hasard de l'échantillonnage<sup>38</sup>.

Dans notre cas, la valeur de F est de 150,97 et est significative à  $p < 0,0005$ . Ceci signifie que les probabilités d'obtenir une valeur F de cette taille par hasard sont de moins de 0,05 %. Dans ce cas-ci, nous devons rejeter l'hypothèse nulle. Il y a donc une relation statistiquement significative entre la variable dépendante et la variable indépendante.

Nous pouvons donc conclure que le modèle avec prédicteur permet de mieux prédire la variable y que ne le fait le modèle sans prédicteur.

➤ **Étape 2 : Évaluation de l'ajustement des données au modèle de régression**

Lorsque le modèle apporte une amélioration significative, on doit rapporter dans quelle mesure les données sont ajustées à ce modèle.

Cette information se trouve dans le tableau « Récapitulatif du modèle » avec l'indice « R » qui présente la valeur de la corrélation multiple du modèle. La corrélation multiple (R) s'interprète de la même manière que la corrélation simple (r). Elle représente la corrélation combinée de toutes les variables indépendantes d'un modèle avec la variable dépendante. Comme nous n'avons ici qu'une seule variable indépendante, ce coefficient est identique (en valeur absolue) au coefficient de corrélation (r).

**Tableau N°15 : Récapitulatif des modèles<sup>b</sup>**

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,654 <sup>a</sup>	,428	,425	,42367

a. Prédicteurs : (Constante), information sur la réforme

b. Variable dépendante : perception

Source : donnée SPSS.

La valeur du coefficient de corrélation est de 0,654. On trouve cette donnée sous la colonne « R ». Cette valeur suggère que les données sont bien ajustées au modèle.

Si nous élevons au carré le coefficient de corrélation, nous obtenons la valeur  $R^2$  (0,428). Celui-ci indique la proportion de la variabilité de la variable dépendante (y) *expliquée* par le modèle de régression. Nous pouvons donc dire que **la clarté de la réforme** peut expliquer près de 43 % de la variation de **la perception des acteurs de santé**.

La valeur de  **$R^2$  ajusté** est un estimé de la robustesse de ce modèle si on prenait un échantillon différent provenant de la même population.

<sup>38</sup> Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias.L, op.cit, p 157.

➤ **Étape 3 : les paramètres du modèle**

**Tableau N°16 : Coefficients<sup>a</sup>**

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	B	Ecart standard	Bêta		
1 (Constante)	,934	,114		8,201	,000
Information sur la réforme	,593	,048	,654	12,287	,000

a. Variable dépendante : perception  
Source : donnée SPSS.

La colonne des coefficients standardisés indique la valeur du coefficient de corrélation (celle que nous avons vue dans le tableau récapitulatif du modèle). Elle apporte toutefois une nouvelle information : la valence de cette valeur (+ ou -). Il est important de connaître cette valence pour interpréter le sens de la relation entre la variable dépendante et indépendante.

La colonne suivante présente le test t, sa valeur doit être plus grande que 1,96 pour être significative (notée \* à  $p < 0.05$ ). Elle indique si chacun des coefficients des variables présentes dans l'équation est significatif<sup>39</sup>.

Dans notre cas, le modèle obtenu est significatif ( $p < 0.05$ ), le lien entre la clarté de la réforme et la perception des acteurs de santé est significatif ( $T = 12,28 > 1.96$ ) et positif.

**1-2-2 test de l'hypothèse N° 2**

Afin de valider notre hypothèse N° 02 « **la perception et le support des acteurs de santé aux réformes hospitalières influent sur l'aboutissement de la réforme hospitalière en Algérie** », on a utilisé la régression multiple puisqu'il s'agit de deux variables indépendantes, à savoir la perception et le support des acteurs de santé, Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous ;

➤ **Étape 1 : Évaluation de la qualité du modèle de régression**

**Tableau N°17 : ANOVA<sup>a</sup>**

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	30,634	1	30,634	133,247	,000 <sup>b</sup>
	Résidus	46,440	202	,230		
	Total	77,074	203			
2	Régression	32,800	2	16,400	74,454	,000 <sup>c</sup>
	Résidus	44,274	201	,220		
	Total	77,074	203			

a. Variable dépendante : degré de mise en oeuvre de la réforme  
b. Prédicteurs : (Constante), perception  
c. Prédicteurs : (Constante), perception, le support des acteurs de santé aux réformes  
Source : données spss

Selon les résultats du tableau, la valeur F obtenue pour deux modèles est significative à  $p < 0,001$ , ce qui indique que nous avons moins de 0,1 % de chance de se tromper en affirmant que les modèles contribuent à mieux prédire la réussite de la réforme que la simple moyenne.

<sup>39</sup> Carricano.M, Peujol.F et Bertrandias.L, op.cit, p 157

➤ **Étape 2 : Évaluation de l'ajustement du modèle de régression aux données**

**Tableau N°18 : Récapitulatif des modèles**

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,630 <sup>a</sup>	,397	,394	,47948
2	,652 <sup>b</sup>	,426	,420	,46933

a. Prédicteurs : (Constante), perception

b. Prédicteurs : (Constante), perception, le support des acteurs de santé aux réformes

Source : données spss

D'après le tableau, les deux variables prises en compte expliquent 42% de la réussite des réformes hospitalières(R<sup>2</sup>).

➤ **Etape 03 : évaluation des paramètres du modèle**

**Tableau N° 19 : Coefficients<sup>a</sup>**

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
		B	Ecart standard	Bêta			Tolérance	VIF
1	(Constante)	,700	,141		4,965	,000		
	Perception	,686	,059	,630	11,543	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	,431	,162		2,656	,009		
	Perception	,676	,058	,622	11,611	,000	,997	1,003
	Le support des acteurs de santé aux réformes	,129	,041	,168	3,136	,002	,997	1,003

a. Variable dépendante : degré de mise en œuvre de la réforme

Source : données spss

Les tolérances et les facteurs d'inflation de la variance (VIF) sont proches de 1, largement dans les limites recommandées (tolérances > 0.3 et VIF < 3). Les variables explicatives sont donc peu corrélées entre elle, ce qui est un indice de qualité du modèle.

**Tableau N°20 : Diagnostics de colinéarité<sup>a</sup>**

Modèle	Dimension	Valeur propre	Index de condition	Proportions de la variance		
				(Constante)	Perception	Le support des acteurs de santé aux réformes
1	1	1,971	1,000	,01	,01	
	2	,029	8,274	,99	,99	
2	1	2,889	1,000	,00	,01	,01
	2	,085	5,814	,03	,20	,83
	3	,026	10,613	,97	,79	,16

a. Variable dépendante : degré de mise en oeuvre de la réforme

Source : données spss.

La valeur propre du deuxième modèle est plus importante que celle du premier, la perception et le support des acteurs de santé aux réformes sont donc deux déterminants de la réussite de la réforme hospitalière.

### 1-2-3 test de l'hypothèse N° 3

Afin de valider notre hypothèse N° 3 « **les caractéristiques organisationnelles et managériales actuelles de type administratif et bureaucratique de l'hôpital ne leur confèrent pas un rôle stratégique et influent sur la réussite de la réforme hospitalière** », on a eu recours au test de corrélation pour déterminer la force du lien et au calcul de la régression linéaire multiple puisqu'il s'agit d'une variable indépendante, à savoir « *le management hospitalier* » qui est composé de plusieurs items qu'on a expliqués auparavant et la variable dépendante « *la réussite de la mise en œuvre de la réforme* ». Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous ;

**Tableau N°21 : la corrélation entre le management hospitalier et la réussite de la réforme.**

Variables	Corrélation de Pearson	Sig « bilatéral »
Planification	0.312**	0.000
Organisation	0.367**	0.000
Autonomie	0.300**	0.000
Décision	0.492**	0.000
Ressource humaine	0.336**	0.000
Motivation	0.357**	0.000
Contrôle	0.654**	0.000
<b>Management hospitalier</b>	<b>0.708**</b>	<b>0.000</b>

\*\*la corrélation est significative au niveau 0.01 « bilatéral ». Source : données spss

Nous avons testé la corrélation entre le management hospitalier et la réussite de la réforme, à travers le calcul de la corrélation entre les différentes rubriques composant le management hospitalier qu'on a expliqué auparavant et le degré de la mise en place la réforme mesurer par une échelle Likert.

D'après le tableau ci-dessus, on constate que les différentes composantes du management hospitalier et la variable « réussite de la réforme » sont moyennement et positivement liés « corrélation de Pearson varie entre 0.312 et 0.654, sig < 0.01 » alors qu'en générale, la variable « *management hospitalier* » est fortement et positivement liées avec la réussite de la réforme hospitalière « =0.708, sig < 0.01 ».

#### ➤ Test de régression linéaire multiple

**Tableau N°22 : Statistiques descriptives**

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
<b>Degré de mise en œuvre de la réforme</b>	204	1,00	4,00	2,5441	,83224
Décisions	204	1,50	5,00	3,2794	,76467
Motivation	204	1,00	4,00	2,2904	,79903
Contrôle	204	1,17	4,50	2,3627	1,03190
Planification	204	1,00	4,33	2,3824	,64160
Organisation	204	1,80	4,20	2,6941	,47079
RH	204	1,00	4,50	2,2684	,84586
<b>Management</b>	204	1,69	3,70	2,5696	,49028
N valide (liste)	204				

Source : donnée SPSS.

Examinons d'abord les statistiques descriptives, les différentes variables ont été mesurées sur une échelle de Likert. Nous voyons que l'étude a été menée auprès de 204 employés (entre directeur, sous-directeur et chef de service). Leurs réponses sur le degré de mise en œuvre de la réforme au sein de leur établissement et l'application des procédures organisationnelles managériales varient entre 2.29 et 3.27, ce que signifie que ces dernières sont loin d'être bien appliquées dans nos établissements et qu'ils n'arrivent toujours pas à mettre en œuvre les différentes réformes (notes ministérielles). Ce qui nous confirme que le modèle managérial de nos hôpitaux d'après les avis de ces acteurs, n'est pas apte à faire réussir les réformes hospitalières.

➤ **Variables introduites/éliminées**

**Tableau 23 : Variables introduites/éliminées<sup>a</sup>**

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	Contrôle		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).
2	Organisation		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).
3	Motivation		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).
4	Décisions		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).
5	Planification		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).
6	RH		Pas à pas (Critère : Probabilité de F pour introduire $\leq$ ,050, Probabilité de F pour éliminer $\geq$ ,100).

a. Variable dépendante : degré de mise en oeuvre de la réforme

Sources : données SPSS.

Ce tableau indique que les six variables représentantes du management hospitalier ont été toutes introduites dans le modèle.

➤ **Étape 1 : Évaluation de la qualité du modèle de régression**

Tout comme la régression simple, l'interprétation débute en évaluant la qualité du modèle. On vérifie si la première étape du modèle explique significativement plus de variabilité qu'un modèle sans prédicteur. Ensuite, il s'agit de s'assurer que toutes les variables introduites contribuent à améliorer significativement la variabilité expliquée par le modèle final.

**Tableau N°24 : ANOVA<sup>a</sup>**

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	27,272	1	27,272	151,045	,000 <sup>b</sup>
	Résidus	36,473	202	,181		
	Total	63,745	203			
2	Régression	28,326	2	14,163	80,375	,000 <sup>c</sup>
	Résidus	35,419	201	,176		
	Total	63,745	203			
3	Régression	29,531	3	9,844	57,542	,000 <sup>d</sup>
	Résidus	34,214	200	,171		
	Total	63,745	203			
4	Régression	30,484	4	7,621	45,596	,000 <sup>e</sup>
	Résidus	33,261	199	,167		
	Total	63,745	203			
5	Régression	31,254	5	6,251	38,093	,000 <sup>f</sup>
	Résidus	32,491	198	,164		
	Total	63,745	203			
6	Régression	31,959	6	5,327	33,012	,000 <sup>g</sup>
	Résidus	31,786	197	,161		
	Total	63,745	203			

a. Variable dépendante : degré de mise en oeuvre de la réforme

b. Prédicteurs : (Constante), controle

c. Prédicteurs : (Constante), controle, organisation

d. Prédicteurs : (Constante), controle, organisation, motivation

- e. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions
  - f. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification
  - g. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification, RH
- Source : données SPSS.

On constate, à la lecture du tableau, que selon la valeur F obtenue pour les six modèles, on peut rejeter l'hypothèse nulle. En effet, les valeurs de 151.04, 80.37, 57.54, 45.95, 38.09 et de 33.012 sont significatives à  $p < 0,001$ , ce qui indique que nous avons moins de 0,1 % de chance de se tromper en affirmant que les modèles contribuent à mieux prédire la réussite de la réforme que la simple moyenne.

➤ **Étape 2 : Évaluation de l'ajustement du modèle de régression aux données**

Maintenant que l'on sait que le modèle est significatif, le tableau récapitulatif des modèles permet de déterminer la contribution de chaque bloc de variables. Ce tableau indique le  $R^2$  cumulatif à chaque étape du modèle (colonne R-deux).

**Tableau N° 25: Récapitulatif des modèles**

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,654 <sup>a</sup>	,428	,425	,42492
2	,667 <sup>b</sup>	,444	,439	,41978
3	,681 <sup>c</sup>	,463	,455	,41361
4	,692 <sup>d</sup>	,478	,468	,40883
5	,700 <sup>e</sup>	,490	,477	,40509
6	,708 <sup>f</sup>	,501	,486	,40168

- a. Prédicteurs : (Constante), contrôle
  - b. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation
  - c. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation
  - d. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions
  - e. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification
  - f. Prédicteurs : (Constante), contrôle, organisation, motivation, décisions, planification, RH
- Source : données SPSS.

Le tableau contient donc plusieurs informations utiles. Premièrement, la valeur de la corrélation multiple (R) correspond à l'agglomération des points dans la régression simple. Elle représente la force de la relation entre la réussite de la réforme hospitalière et la combinaison de chaque modèle. Des valeurs de 0,65 à 0,70 suggèrent que les données sont ajustées de manière satisfaisante au modèle.

Les six variables prises en compte expliquent 50.1% de la réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière



➤ Etape 03 : évaluation des paramètres du modèle

Tableau N° 26: Coefficients<sup>a</sup>

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité		
	B	Ecart standard	Bêta			Tolérance	VIF	
1	(Constante)	,739	,126		5,858	,000		
	Contrôle	,659	,054	,654	12,290	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	,378	,193		1,959	,052		
	Contrôle	,678	,054	,672	12,659	,000	,981	1,019
	Organisation	,131	,054	,130	2,446	,015	,981	1,019
3	(Constante)	,680	,222		3,069	,002		
	Contrôle	,676	,053	,670	12,818	,000	,981	1,019
	Organisation	,142	,053	,141	2,681	,008	,975	1,026
	Motivation	-,135	,051	-,138	-2,654	,009	,993	1,007
4	(Constante)	,388	,251		1,547	,124		
	Contrôle	,675	,052	,670	12,955	,000	,981	1,020
	Organisation	,146	,052	,145	2,793	,006	,974	1,027
	Motivation	-,132	,050	-,135	-2,620	,009	,993	1,007
	Décisions	,122	,051	,122	2,388	,018	,998	1,002
5	(Constante)	,640	,275		2,332	,021		
	Contrôle	,674	,052	,669	13,054	,000	,981	1,020
	Organisation	,148	,052	,146	2,847	,005	,974	1,027
	Motivation	-,121	,050	-,123	-2,411	,017	,983	1,018
	Décisions	,116	,051	,116	2,290	,023	,995	1,005
	Planification	-,110	,051	-,111	-2,166	,031	,986	1,014
6	(Constante)	,957	,312		3,071	,002		
	Contrôle	,655	,052	,650	12,588	,000	,950	1,052
	Organisation	,153	,051	,151	2,965	,003	,972	1,029
	Motivation	-,123	,050	-,126	-2,475	,014	,982	1,018
	Décisions	,105	,051	,106	2,081	,039	,984	1,016
	Planification	-,112	,050	-,113	-2,231	,027	,985	1,015
	RH	-,106	,051	-,108	-2,090	,038	,953	1,049

a. Variable dépendante : degré de mise en œuvre de la réforme

Source : données spss

Le tableau sur le récapitulatif des modèles permet de confirmer si chaque modèle était significatif. La signification de t nous permet de répondre à la question « est-ce que le *b* du prédicteur est différent de 0 ? ». Donc, si chaque variable contribue significativement au modèle. Plus la valeur de t est élevée et plus celle de p est petite, plus le prédicteur contribue

au modèle. Nous constatons donc que les six variables sont significatives, mais que la variabilité expliquée par le contrôle est plus importante que celle expliquée par les autres variables.

On remarque ainsi que la valeur VIF (ou la tolérance, soit l'inverse du VIF ( $1/VIF$ )) qui permet de vérifier la prémisse de multicolinéarité sont proches de 1 et largement dans les limites recommandées (tolérance  $>0.3$  et  $VIF < 3$ ).

Nous pouvons conclure que le modèle 06 qui inclut les six variables du management hospitalier est satisfaisant, car il explique 50% de la réussite de la réforme ( $R^2$ ). Il est significatif (voir tableau ANOVA), de même que les coefficients de la pente régression et il n'y a pas de problème de colinéarité (voir tableau coefficients). Donc ***le management hospitalier a une influence sur la réussite de la réforme hospitalière.***

## **2- Présentation et discussion des résultats de l'enquête par entretien**

Afin d'affiner certains éléments nous avons complété ce recueil par questionnaire par quelques entretiens complémentaires. Nous présentons ici les résultats de ces entretiens semi-directifs qui ont été effectués auprès de différents acteurs de santé à savoir les DSP des wilayas du centre, le président de la commission de santé au niveau de l'assemblée populaire nationale, un représentant du Ministère de la santé et enfin le directeur de l'école de santé.

Les résultats de cette étude permettent à partir des éléments recueillis de déterminer l'attitude et la perception des acteurs de santé par rapport aux réformes hospitalières, d'identifier la place accordée au management dans ces réformes, les préalables à résoudre impérativement pour faire réussir la réforme hospitalière et de préciser leur représentation d'une bonne gestion hospitalière et d'un modèle managérial souhaités.

### **2-1 présentation des résultats de l'enquête par entretien**

Nous avons construit le guide d'entretien dans la perspective d'explorer quatre grands axes :

- Attitudes et support des acteurs aux réformes ;
- La place du management dans les réformes hospitalières ;
- Les avis des acteurs sur la nouvelle loi et les conditions de réussite de la réforme hospitalière ;
- Les traits d'une bonne gestion hospitalière ou d'un modèle managérial souhaité pour l'hôpital.

A partir des entretiens réalisés avec les différents acteurs de santé, on a classé les éléments relatifs à leurs avis et perception sur la réforme et la place accordée au management. Ceci, dans le cadre d'une fiche par entretien. La fiche se présente sous la forme d'un tableau avec, en première colonne, la fonction de l'interviewé et les quatre thèmes de notre guide d'entretien, en deuxième colonne les mots clés extraits des entretiens et les verbatim les illustrant. Ces fiches sont présentées ci-dessous.

Cette première étape nous a permis de faire émerger une représentation des caractéristiques d'une bonne gestion hospitalière, ce qui pourrait constituer des leviers pour un modèle managérial.

Nous avons procédé à une analyse de contenu de ces fiches. Le croisement des données des différentes fiches nous a permis d'identifier les représentations qui recoupent ou s'opposent

en ce qui concerne l'attitude et le support des acteurs aux réformes, la place accordée au management, les préalables à résoudre et la vision des interviewés pour une bonne gestion hospitalière.

**Tableau N°27 : Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le représentant du Ministère de la santé**

Ministère de la santé	Eléments clé de leur représentation	Verbatim
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	Toutes les réformes ont apporté leurs fruits	Toutes les réformes ont apporté leurs fruits, on a fait l'évaluation de l'ancienne réforme il y a des choses positives et des choses négatives qu'on va améliorer comme le mode de gestion des établissements. On a vu qu'il n'y a pas de passerelles entre EPH et EPSP en matière de moyens et ressources humaines. Maintenant on va aller vers la mutualisation des moyens. Il y a eu des mesures telles que le jumelage et l'externalisation des consultations qui ont beaucoup apporté. Elles ont permis de prendre en charge les malades au niveau de leur résidence.
	Il Y'a des acteurs qui sont pour le changement et d'autres qui sont contre.	Dans n'importe quel changement, il y a des gens qui sont pour et d'autres qui sont contre. Nous autant que tutelle, on a une vision macro ; comme les acteurs des EPSP qui n'ont pas l'habitude de faire des gardes. Ils vont se voir intégrés dans l'hospitalier, leurs activités vont changer. Donc c'est tout à fait normal qu'il y ait des résistances dans ce sens. Mais en gros, ces réformes ont été discutées dans des assises où tous les acteurs ont été associés y compris Les syndicats. Donc tout, le monde adhère.
	Absence de plan d'action.	La planification se fait mais il n'y a pas un plan proprement dit pour la mise en œuvre de la réforme.
	Des activités de sensibilisation et de formation ont été organisées.	Oui il y a eu des formations et des réunions qu'on a organisées avec les différents responsables (DSP, directions d'hôpitaux...etc)
<b>La place des acteurs et du management dans ses réformes</b>	Le mode de gestion va être complètement différent.	« Dans l'ancien réforme, il n'y avait pas tout à fait une autonomie de gestion, mais avec la nouvelle loi, le mode de gestion va être complètement différent ; déjà les hôpitaux vont devoir gérer leur propre recette. Il va donc falloir qu'ils fassent des projets d'établissement, des projets de service. Donc ceci est une forme du management moderne. »
	Le mode de budget forfaitaire ne favorise pas l'implantation des outils de gestion.	« Le mode de gestion avec un budget forfaitaire ne favorisait pas l'implantation des outils de gestion, mais maintenant avec la nouvelle loi, les gestionnaires seront obligés de les intégrer et de les mettre en place. « Puisque le mode de financement va complètement changer. »

	Le management est primordial dans la réforme.	« Le management est primordial et c'est la base. C'est pour cela qu'on forme les managers à l'école de santé. »
<b>Avis des acteurs</b>	La nouvelle loi va toucher à tous les aspects.	« Oui, la nouvelle loi va permettre de palier à tous les dysfonctionnements, parce qu'on a mis quelques années pour voir promulguer cette loi et on a associé tout le monde. Donc toutes les questions sont traitées, puis je pense qu'elle va toucher à tous les aspects. »
	Sensibiliser et informer les acteurs/ la contractualisation.	« Les préalables à résoudre pour moi : il faut sensibiliser et informer les acteurs pour l'application de cette loi mettant en place tous les textes d'application, puis, impérativement, la contractualisation, y a déjà un comité intersectoriel qui travaille sur la question. »
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Management participatif/communication	« En premier lieu, le management participatif. Il est important que tous les acteurs participent au fonctionnement de l'établissement chacun dans son rôle. En second lieu la communication et, bien sûr l'efficacité/efficacités. C'est-à-dire avoir la qualité dans les soins que nous offrons avec un meilleur coût et avoir donc la satisfaction des patients »

Source : établis par nos soins.

**Tableau N°28 : Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP de Blida**

DSP BLIDA	Eléments clé de leur représentation	Verbatim
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	Autant que gestionnaire, on est pour la réforme hospitalière.	« Les réformes ont commencé depuis 2002, mais elles n'étaient pas profondes sauf, celle de 2007 où le secteur sanitaire a été restructuré. Malgré les réformes, les citoyens ne sont pas satisfaits des prestations sanitaires car ils n'ont pas senti l'impact des réformes puisqu'ils ne savent pas combien l'Etat dépense pour le secteur sanitaire. Par ex le centre de cancer de blida seul, le budget des médicaments est de 300Milliards de centimes par ans. Mais la grande réforme sera avec le nouveau projet de loi. Nous autant que gestionnaire nous sommes pour les réformes et pour cette nouvelle loi ».
	Absence de plan d'action pour la mise en œuvre de la réforme.	« L'hôpital établit un projet d'établissement qui définit l'activité de l'hôpital sur 3-4ans mais sans relation avec les réformes »
	Les formations sont organisées chaque année.	« Oui il y a chaque année des journées d'étude et des programmes de formation qui se font au niveau de l'école de santé »
<b>La place accordée au management dans ses réformes</b>	Les nouveaux principes de gestion sont nécessaires pour la réforme.	« La méthodologie dans le cadre des réformes est nécessaire. Il faut nommer des managers qui maîtrisent les nouveaux principes de gestion et de management ; c'est le rôle de l'école de santé »
	Le contrôle, à priori, des dépenses/visa du CF (contrôleur financier)	Le contrôle, a priori, des dépenses et l'obligation d'avoir le visa du contrôleur financier à chaque dépense ne favorise pas l'implantation des outils de gestion. Le gestionnaire ne peut pas prendre des initiatives ».
<b>Avis des acteurs</b>	Tout à fait d'accord pour le nouveau projet de loi.	« Si on applique la nouvelle loi telle qu'elle est écrite, on va sortir de la crise ». Cette loi va rentabiliser les moyens humains et matériels et elle va permettre le choix entre public et privé. Aussi, il y aura la création d'une agence régionale entre les DSP et la tutelle en forme de mini ministère, le retour au médecin référent et à plusieurs d'autres mesures positives ».
	Réorganisation administrative EPS/EPH	« Les préalables à résoudre impérativement, d'abord, c'est revoir la nomenclature des actes médicaux qui date de 1987 et de réorganiser l'administration EPS/EPH et accorder le droit d'accès au privé/public ».
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Communication/ autonomie de gestion.	« Le bon gestionnaire est celui qui communique avec le personnel et le citoyen. Il faut qu'il y'ait un volet de communication très puissant et bien sûr il faut une certaine autonomie dans la gestion financière ».

Source : établis par nos soins

**Tableau N°29 : fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le président de la commission de santé au niveau de l'Assemblée Populaire Nationale**

APN	Eléments clé de leur représentation	Verbatim
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	La réforme est un besoin urgent	« On ne peut pas gérer un secteur avec une loi qui date de 1985. Il faut mettre place en urgence un cadre juridique pour entamer les réformes »
	Plans d'action insuffisants	« L'anomalie qu'il ya en Algérie, c'est que les plans ne sont pas suffisants »
	Des formations ont été organisées	« Oui il y a eu des formations pour les gestionnaires et même des journées parlementaires ».
<b>La place accordée au management dans ses réformes</b>	Les acteurs sont tous impliqués	« Les acteurs sont tous impliqués dans le processus de réalisation de la réforme hospitalière ».
	Amélioration de la qualité du service/accès aux soins.	Les principaux objectifs de la réforme, c'est d'améliorer la qualité du service et garantir la facilitation d'accès aux soins
	Manque de qualification/expérience	La difficulté liée à l'implantation des outils de gestion à l'hôpital revient au manque de qualification et d'expérience du personnel de santé.
	Clé/outils	« Cela devrait être prioritaire, le management c'est la clé et l'outil qui permet la réussite de la réforme ».
<b>Avis des acteurs</b>	Pour le nouveau projet de loi	La plupart des dysfonctionnements seront réglés avec le nouveau projet de loi »
	Ressources humaines	« La santé est un secteur très sensible basé sur la confiance. Il faut être rationnel dans la gestion humaine et matériel. Il faut aussi un cadre juridique et investir dans les ressources humaines pour réussir la réforme ».
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Ressources humaines/formation	« Pour moi il faut avoir des cadres qualifiés et bien formés ».

Source : établis par nos soins.

**Tableau N°30 : Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP d'Alger**

DSP Alger	Eléments clé de leur représentation	Verbatim
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	La réforme va apporter des correctifs.	« La nouvelle loi de santé qui est passée dans les deux chambres promulguées pour améliorer la loi de 1985 puisqu'elle est dépassée par les événements. Cette loi est venue pour apporter des correctifs et des solutions pour la nouvelle approche de santé vis-à-vis du citoyen ».
	Engagé/convaincu de la nécessité de la réforme.	« Tous les professionnels de la santé ont été associés pour élaborer cette loi de santé. Si on a participé, c'est qu'on est engagés et convaincus de la nécessité de la réforme hospitalière ».
	Sensibilisation sur le contenu de la réforme	« En attendant la promulgation de cette loi, on va aller vers la sensibilisation et surtout vers la mise en place des textes qui vont permettre d'exécuter cette loi ».
<b>La place accordée au management dans ses réformes</b>	Le management s'implique de lui-même dans la mise en œuvre de la réforme hospitalière.	« D'abord c'est amélioré la prise en charge du malade et mettre en place des réseaux de soins. Ceci impliquerait le management pour la réussite de ces réseaux.
	La réforme s'intéresse à tous les acteurs de santé	« La réforme s'intéresse à tous les acteurs de santé, commençant par le gestionnaire jusqu'à la femme de ménage. Déjà l'organigramme va être touché et on doit revoir les organigrammes puisque ceux appliqués actuellement sont dépassés ».
	Le management s'impose	« Eh bein, le management a toute sa place pour la réussite de cette réforme. C'est en managant qu'on pourra réussir parce que le management s'impose de lui-même pour aller vers le contrat d'objectif qu'on veut tracer ».
<b>Avis des acteurs</b>	Globalement la réforme palie aux dysfonctionnements.	« On ne peut pas dire qu'on va atteindre les 100% avec cette réforme, mais en pratiquant et en exerçant, on pourra corriger certaines anomalies qu'on n'a pas relevées auparavant. Mais globalement, tous les facteurs ont été pris en charge et il y'aura d'autre facteurs qui vont être en cours d'exécutions ».
	Mode de gestion/contrat d'objectif/réseaux de soins	Les préalables à résoudre d'abord, c'est moderniser le mode de gestion des établissements. Établir des contrats d'objectifs, que ce soit pour le service ou pour l'établissement et mettre en place des réseaux de soins ».
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Les indicateurs	« C'est les indicateurs qui vont nous permettre d'établir une bonne gestion hospitalière. Les indicateurs, c'est les contrats d'objectifs, les réalisations et tout est prévu dans la loi ».

Source : établis par nos soins.

**Tableau N°31 : fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le DSP de Tipasa**

<b>DSP Tipaza</b>	<b>Eléments clé de leur représentation</b>	<b>Verbatim</b>
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	Tous les acteurs sont pour la réforme	« La grande réforme, c'est la contractualisation, qui va inciter les gens à travailler plus, et vont être payés à l'acte. Tous les acteurs ont participé aux assises régionaux et nationaux et sont pour la réforme ».
	Absence de plan d'action	« Il n'y a pas un plan d'action pour la mise en œuvre de la réforme ».
<b>La place accordée au management dans ses réformes</b>	Instabilité du personnel/manque d'effectif	« On a commencé à mettre en place des outils de gestion, et à évaluer l'activité comme pour l'hémodialyse, mais l'instabilité et le manque d'effectifs ne permet pas l'implantation des outils de gestion ».
	2eme position	« Le management et l'organisation viennent on deuxième position dans les réformes ».
<b>Avis des acteurs</b>	En grande partie	« Le nouveau projet de loi permet de palier en grande partie aux dysfonctionnements dont souffre notre système ».
	Informatisation/contractualisation	« Pour réussir la réforme, il faut procéder à l'informatisation et à la contractualisation ».
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Communication/contractualisation	« Toujours j'insiste toujours sur la contractualisation et la communication pour parler d'une bonne gestion hospitalière »

Source : établis par nos soins.



**Tableau N°32 : Fiche de traitement de l'entretien réalisé avec le Directeur de l'école nationale du management et de l'Administration de la santé (ENMAS)**

Ecole da santé	Eléments clé de leur représentation	Verbatim
<b>Attitudes et support des acteurs aux réformes</b>	Nécessaire	« Tout le monde voit que la réforme hospitalière est nécessaire, mais ont des craintes par rapports aux changements dus au manque de clarté de ces réformes ».
	Des formations vont être organisées prochainement	« J'étais instruit par le Ministère de la santé pour la préparation d'un programme de formation de 4jours sous forme de séminaire pour les DSP et les chefs d'établissements. La formation portera sur la nouvelle loi, la contractualisation, la gestion budgétaire, le projet d'établissement, le système comptable et financier, la responsabilité pénal du gestionnaires, le code des marchés et contrats, l'audit et contrôle de gestion ».
<b>La place accordée au management dans ses réformes</b>	Gestion participative	« Les acteurs internes vont participer aux réformes. On va appliquer une gestion participative ».
	Rationaliser les dépenses	« Les dépenses ne reflètent pas la qualité perçue. La réforme doit favoriser la rationalisation des dépenses ».
	Manque de réglementation et de suivi	« L'implantation embryonnaire des outils de gestion est due au manque de la réglementation qui oblige les acteurs à les utiliser ».
	Le management est le Pivot	« Le management, c'est le Pivot. Sans management, la réforme ne pourra pas réussir. La réforme doit donner importance à l'organisation et au ressources humaines »
<b>Avis des acteurs</b>	Problème de mentalité	« Il y a un problème de mentalité du personnel, du citoyen et de la culture, en général, qui doit être changée pour réussir ce nouveau projet de loi ».
	Autonomie/outils de gestion	« Il faut mettre l'homme qu'il faut à la place qu'il faut. Il faut nommer des gens qualifiés, implanter les outils de gestion et surtout donner plus d'autonomie aux gestionnaires pour réussir la réforme hospitalière ». « Il faut donner de l'importance à la maintenance médicale et avoir une école en génie biomédicale ».
<b>Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière</b>	Ressource Humaines/ outils de gestion.	« On doit introduire les outils modernes de gestion et former les ressources humaines. Pour ce mode et il faut aussi apprendre à évaluer ».

Source : établis par nos soins.

## **2-2 Discussion des résultats**

### **2-2-1 Le support des acteurs aux réformes hospitalières**

A partir des entretiens réalisés, nous pouvons dire que les acteurs interviewés incitent sur la nécessité de la réforme hospitalière et de son importance pour faire sortir notre système de santé des dysfonctionnements dont il souffre.

Nos interviewés ont une perception positive sur la réforme la majorité ont participé aux assises et aux réunions d'élaboration de la nouvelle loi. Même ceux qui n'ont pas participé sont au courant du contenu.

*« Nous, autant que gestionnaire on est pour les réformes et pour cette nouvelle loi » (DSP), « on ne peut pas gérer un secteur avec une loi qui date de 1985, il faut mettre en urgence le cadre juridique pour entamer les réformes » (APN).*

*« Tous les acteurs ont participé aux assises régionaux et nationaux et ils sont pour la réforme » (DSP). « Tous les professionnels de la santé ont été associés pour élaborer cette loi de santé. Si on a participé, c'est qu'on est engagé et convaincu de la nécessité de la réforme hospitalière » (DSP).*

Mais, malgré cette unanimité sur la nécessité et l'importance de la réforme, on ne trouve pas un plan d'action bien établi sur la façon de la mise en œuvre de cette réforme. Nous voyons ça dans les propos exprimés. *« Il n'y a pas un plan d'actions pour la mise en œuvre de la réforme » (DSP).*

*« L'anomalie qu'il y'a en Algérie, c'est que les plans ne sont pas suffisants » (APN), « la planification se fait mais il n'y a pas un plan proprement dit pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière » (Ministère de la santé).*

Nous retrouvons ainsi à travers les verbatims que les activités de formation et de sensibilisation ont toujours été organisées pour les réformes précédentes et vont aussi être programmées prochainement pour la nouvelle loi de santé.

*« J'étais instruit par le ministère de la santé pour la préparation d'un programme de formation de quatre jours sous forme de séminaire pour les DSP et les chefs d'établissements. La formation portera sur la nouvelle loi, la contractualisation, la gestion budgétaire, le projet d'établissement...etc. » (Directeur de l'école de santé).*

*« Oui, il y a eu des formations pour les gestionnaires et même des journées parlementaire » (APN).*

### **2-2-2 la place accordée au management dans les réformes hospitalières**

Parmi les objectifs qu'on a fixé au début de cette étude, c'était d'identifier les opinions et les attitudes des acteurs de santé sur le rôle que pourrait jouer le management hospitalier dans la mise en œuvre de la réforme et de comprendre la place de ce dernier dans ses réformes.

Pour cela, on a essayé à travers nos entretiens d'identifier cette place. On constate d'après les propos exprimés de nos cadres de santé, que le management est le pivot et qu'il est primordial pour la réussite de la réforme hospitalière.

« Le management est primordial, c'est la base, c'est pour cela qu'on forme des managers à l'école de santé » (Ministère de la santé).

« La méthodologie dans le cadre des réformes est nécessaire. Il faut nommer des managers qui maîtrisent les nouveaux principes de gestion et de management ; c'est le rôle de l'école de santé » (DSP).

« Ça devrait être prioritaire, le management c'est la clé et l'outil qui permet la réussite de la réforme » (APN).

« Le management c'est le pivot. Sans management la réforme ne pourra pas réussir. La réforme doit donner l'importance à l'organisation et aux ressources humaines » (Directeur de l'école de santé).

Nonobstant, cet accord sur l'importante place accordée au management hospitalier, on trouve toujours que les outils modernes de gestion n'existent pas dans nos hôpitaux, et même s'ils en existent, ils sont au stade embryonnaire, et c'est ce qu'on a constaté à travers notre étude par questionnaire. Pour cela, on a cherché à savoir les craintes liées à l'implantation de ses outils.

D'après les propos de nos interviewés, il n'y a pas un accord général sur les raisons qui empêchent l'implantation des nouveaux outils de gestion au sein de nos hôpitaux.

Pour certains, la difficulté revient au manque de qualification et d'expérience du personnel hospitalier. « La difficulté liée à l'implantation des outils de gestion à l'hôpital revient au manque de qualification et d'expérience du personnel de santé » (APN). « On a commencé à mettre en place des outils de gestion à l'évaluation de l'activité, comme pour l'hémodialyse, mais l'instabilité et le manque d'effectifs ne permettent pas l'implantation des outils de gestion » (DSP).

Pour d'autres, c'est le mode de budget forfaitaire et le contrôle, a priori, des dépenses par le CF (contrôleur financier) qui ne favorisent pas l'implantation des outils de gestion.

« Le mode de gestion avec un budget forfaitaire ne favorisait pas l'implantation des outils de gestion, mais maintenant avec la nouvelle loi, ils seront obligés de s'intégrer et de les mettre en place puisque le mode de gestion va complètement changer » (Ministère de santé)

« Le contrôle, à priori, des dépenses et l'obligation d'avoir le visa du contrôleur financier à chaque dépense ne favorise pas l'implantation des outils de gestion. Le gestionnaire ne peut pas prendre des initiatives » (DSP)

Nous retrouvons ainsi à travers les verbatims que, parmi les contraintes liées à l'implantation des outils de gestion, celles liées au manque de réglementation et de suivi. « L'implantation embryonnaire des outils de gestion revient au manque de réglementation qui oblige les acteurs à les utiliser » (Directeur de l'école de santé).

### **2-2-3 avis des acteurs sur la nouvelle loi et les conditions de réussite de la réforme hospitalière.**

D'après ce qui apparait dans les entretiens, il y'a un accord général sur l'importance de la nouvelle loi puisqu'elle touche à tous les aspects. La majorité de nos interviewés pensent

ainsi que cette nouvelle loi va permettre de palier globalement aux dysfonctionnements dont souffre notre système de santé.

*« Oui, la nouvelle loi va permettre de palier à tous les dysfonctionnements parce que on a mis quelques années pour avoir cette loi où on a associé tout le monde. Donc toutes les questions sont traitées, puis je pense qu'elle va toucher à tous les aspects »* (Ministère de la santé).

*« Si on applique la nouvelle loi telle qu'elle est écrite, on va sortir de la crise »* (DSP).

*« La plupart des dysfonctionnements seront réglés avec le nouveau projet de loi »* (APN).

*« On ne peut pas dire qu'on va atteindre les 100% avec cette réforme mais, c'est en pratiquant et en exerçant qu'on pourra corriger certaines anomalies qu'on n'a pas apprises auparavant. Mais globalement, tous les facteurs ont été pris en charge et il y'aura d'autres facteurs qui vont être pris en charge en cours d'exécution »* (DSP).

Maintenant, sachant que la majorité des acteurs de santé sont pour la réforme du système de santé en générale ainsi que pour l'application de la nouvelle loi sanitaire, la question qui se pose ; quels sont les préalables à résoudre impérativement pour faire réussir la réforme ? les réponses de nos interviewés peuvent être classées comme suit :

➤ **Sur le plan législatif et réglementaire :**

- Publier le nouveau projet de loi sanitaire et toutes les textes d'application ;
- Revoir la nomenclature des actes médicaux qui date de 1987 ;
- Il faut aussi un cadre juridique pour le personnel hospitalier.

➤ **Sur le plan de la gestion et de l'organisation :**

- Moderniser le mode de gestion de nos hôpitaux avec l'implantation des nouveaux outils de gestion ;
- Réorganiser administration EPS/EPH.
- Investir dans les ressources humaines, l'insuffisance de personnel qualifié « personnel médical, de soins, technique et de gestion » hypothèque toute politique de développement des établissements de santé ;
  - Etablir des contrats d'objectifs pour le service et pour l'établissement ;
  - Il faut procéder à l'informatisation ; le système d'information médicale est le seul moyen permettant d'obtenir des indicateurs de gestion médicale, administrative et financière fiable. Sa mise en place permettrait une évaluation systématique de l'activité hospitalière et une rationalisation de l'allocation des ressources aux établissements ;
    - Donner plus d'autonomie aux gestionnaires car la plupart des directeurs estiment avoir des responsabilités limitées ;
    - Il faudra aussi investir dans la formation des techniciens en maintenance pour assurer la pérennité des matériels et équipements.

➤ **Sur le plan financier :**

Le financement des hôpitaux constitue une contrainte majeure de la réforme. Les subventions de l'Etat sont importantes, mais ne peuvent continuer de croître indéfiniment. Cependant, selon nos interviewés l'Etat doit impérativement procéder à la contractualisation

des relations entre les établissements de santé et les bailleurs de fonds qui représenteNT une nouvelle piste pour la résolution des problèmes du secteur hospitalier.

La démarche contractuelle semble être l'outil privilégié qui permettra à l'établissement public hospitalier de dépasser ses dysfonctionnements et d'instaurer des liens organisationnels appropriés dans le sens des changements.

Dans la politique nationale de santé, la contractualisation est toujours dans un état « embryonnaire » même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993<sup>40</sup>. Malgré les craintes et les difficultés rencontrées, le processus mérite d'être poursuivi, approfondi et mieux coordonné.

#### ***2-2-4 Les déterminants d'une bonne gestion hospitalière***

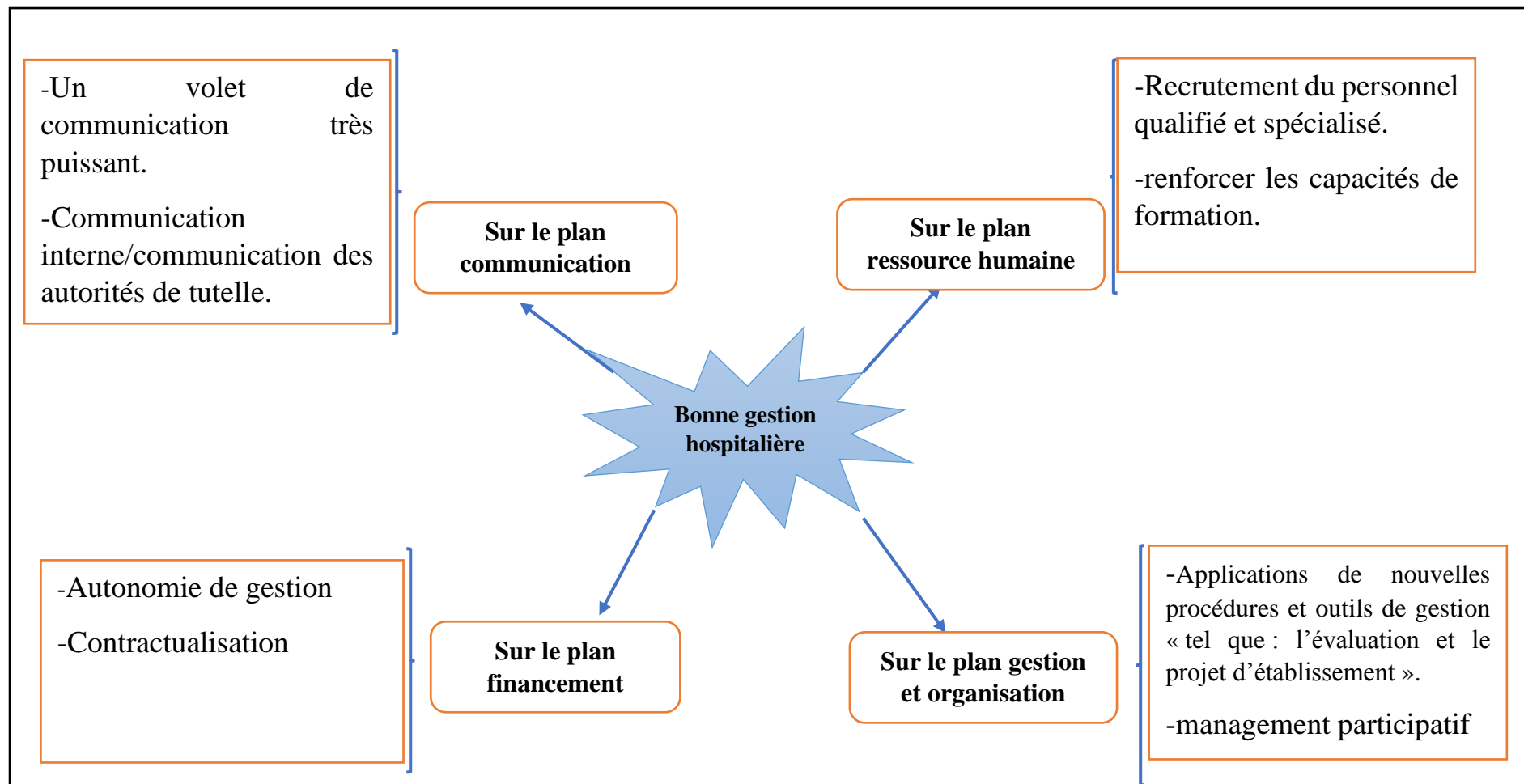
Nous avons cherché à analyser à travers l'ensemble des entretiens les conceptions relatives à une bonne gestion hospitalière qui pourront être utiles dans la détermination des traits du modèle managérial adéquat pour l'hôpital public algérien.

On a rapproché les représentations d'une bonne gestion hospitalière à travers les propos recueillis lors de nos entretiens, et on les a déclinées sous forme d'une carte heuristique.

---

<sup>40</sup> Benmansour.S, **la contractualisation dans le système de santé Algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics**, revue critique, P71

**Figure N°01 : carte heuristique des déterminants d'une « bonne gestion hospitalière » à partir des éléments des représentations des interviewés.**



**Source :** établis par nos soins sur la base des repenses de nos interviewés

Les interviewés présentent « la bonne gestion hospitalière » sur plusieurs plans, à savoir :

- **Sur le plan ressources humaines** : par la possibilité d'avoir l'autonomie de recruter un personnel qualifié et spécialisé et l'augmentation des capacités de formation. Le développement d'une politique managériale des ressources humaines permet un meilleur engagement du personnel lié à une motivation plus adaptée et un nouvel état d'esprit lié à la prise de conscience d'améliorer la qualité des soins.
- **Sur le plan financement** : la réforme hospitalière est tributaire de la maîtrise de l'environnement social, elle est donc inséparable de la réforme du système de protection social, et de la contractualisation.
- **Sur le plan communication** : ici il s'agit de mieux communiquer, que ce soit pour la communication interne à faire par la direction auprès des agents, ou bien la communication des autorités de tutelle au profit des personnels hospitaliers.
- **Sur le plan gestion et organisation** : il est important, dans un premier lieu, que tous les acteurs participent dans le fonctionnement de l'établissement, chacun dans son rôle. En second lieu, il faut procéder à l'utilisation des nouvelles procédures et outils de gestion tels que l'évaluation et le projet d'établissement pour avoir les indicateurs nécessaires qui nous permettent d'établir une bonne gestion hospitalière.

En définitive, les résultats de cette enquête, en confrontation avec les résultats de la question 13 du questionnaire, nous permettent de valider notre hypothèse N° 04 « *la modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital algérien accordant une place stratégique à ses acteurs et aux usagers, conditionne la réussite de la réforme hospitalière* », car selon les avis de nos interviewés, le management hospitalier et les outils de gestion modernes sont primordiaux pour la réforme et figures parmi les préalables qui doivent être résolus impérativement si le gouvernement veut vraiment réussir la réforme hospitalière.

La rencontre avec les professionnels de santé nous a permis d'enrichir notre vision sur les réformes précédentes et celles envisagées ainsi que sur le mode de gestion et d'organisation de nos hôpitaux.

Les résultats obtenus renforcent ce que la partie théorique avait déjà révélé : un système hospitalier lourd, un personnel en souffrance, une formation insuffisante et une autonomie très limitée et enfin, un management difficile et complexe.

La confrontation des résultats des deux enquêtes réalisées nous a permis en premier lieu, de valider toutes nos hypothèses de recherche posées auparavant et prouver le rôle primordial du mode de gestion et du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière et, en deuxième lieu, d'élargir notre réflexion et de poser des pistes d'actions que nous développons dans le dernier chapitre.

## Conclusion

Malgré l'adoption de nombreuses mesures destinées à son amélioration, la situation des hôpitaux algériens est encore très préoccupante. Non seulement le service public hospitalier n'est pas assuré comme il devrait l'être, mais de plus, cette situation enferme les hôpitaux dans l'impasse qui ne fait qu'accentuer leur dégradation. Devant cette situation, l'Algérie s'est engagée sur la voie de la réforme de son système hospitalier pour s'assurer que l'hôpital public puisse répondre aux défis sanitaires existants.

L'objectif de cette étude était de décrire la place de l'organisation et du management hospitalier dans les réformes hospitalières en Algérie et d'identifier les opinions et les attitudes des acteurs de santé sur le rôle que pourrait jouer le management hospitalier dans la réforme hospitalière. Pour répondre à cet objectif, une étude, sous forme de questionnaire, a été menée sur les établissements de santé des wilayas du centre et complétée par des entretiens semi-directifs. Elle a permis de montrer et confirmer ce qui a été évoqué dans la partie théorique, à savoir un hôpital qui se présente comme un système difficile à gérer. Certes, du fait d'un environnement extrêmement mouvant avec des réformes qui ont du mal à suivre et à mettre en œuvre, mais également à cause des caractéristiques internes et des trois pouvoirs qui s'y côtoient.

Toutefois, à travers cette étude, on a pu prouver et constater le rôle essentiel voire primordial du management hospitalier dans la réussite de la mise en œuvre de la réforme, car il figure parmi les premiers préalables à résoudre impérativement pour garantir la réussite de la réforme hospitalière.

Les échelles utilisées ont subi, au préalable, un pré-test, dont l'objectif principal était de les épurer et de les valider dans notre champ de recherche.

L'ensemble des résultats présentés dans ce travail doctoral devrait pouvoir inciter les praticiens à considérer d'avantage le management hospitalier comme un élément central pour l'amélioration de la qualité délivrée puisqu'il a une influence directe sur le degré de mise en œuvre des réformes hospitalières.



## **Chapitre V**

# **Essai de mise au point d'un modèle d'organisation et de management de l'hôpital Algérien**

Les réformes engagées en matière de santé constituent un appui à même de développer et d'améliorer le système de santé. Néanmoins, le retard pris dans la mise en œuvre de ces réformes, c'est-à-dire la réalisation des buts escomptés, demeure énorme, d'autant plus que les besoins de la population en matière de santé ne cessent de croître. Pour ce faire, les pouvoirs publics ont beau arrêter des objectifs à atteindre mais ceux-ci tardent à se réaliser tant les compétences chargées de les réaliser font plus ou moins défaut. Par conséquent, en dépit du fait que l'Algérie déploie indéniablement des efforts pour pourvoir aux besoins de la population en matière de santé, les soins prodigués demeurent en deçà des objectifs escomptés.

En fait, la réforme hospitalière est superficielle. Elle a été faite sans tenir compte des contraintes qui entravaient sa réalisation. Elle a été faussée dès le départ par l'anticipation des solutions inadéquates pour les maladies chroniques et de longue durée. Au vu des résultats constatés, on est tentés d'expliquer cela par ce qui est appelé « hypocrisie organisationnelle », c'est-à-dire par l'emploi dissimulé des outils de gestion. C'est le cas de dire que la réforme est empreinte de légèreté car n'ayant pas entraîné de changement significatif au sens managérial du terme et s'apparentant à « la banalisation managériale ». Elle est restée du domaine de la conception car dans les faits beaucoup restait à faire.

La réforme hospitalière en Algérie engagée en 2002 est loin d'être une réforme au sens propre du mot. Elle n'est qu'une « pseudo réforme » qui appelle à une nouvelle véritable réforme. Tout au long du présent chapitre, nous allons rappeler les « leviers majeurs » à même de remédier au mal qui ronge notre système de santé. Il sera ensuite question, dans la deuxième section, de citer les principales vertus d'un modèle managérial performant, aboutissant à assoir une véritable réforme hospitalière.

## **Section I : Ce qui reste à faire pour consolider la réforme hospitalière**

Il est indéniable que depuis l'année 2000 notre pays a enregistré des progrès considérables en matière de santé. Ceci, il est vrai, a été aidé par la manne pétrolière qui a injecté des crédits assez importants dans le secteur public de la santé, faut-il le préciser, mais il reste encore du chemin à parcourir pour espérer atteindre les objectifs assignés.

Mais ce secteur est entravé d'embûches d'ordre organisationnel, financier et de gestion. On rencontre ces contraintes à tous les paliers de la hiérarchie. Elles trouvent leur origine dans l'insuffisance des capacités managériales des dirigeants et la faible qualification des personnels de soutien.

Le système de santé en Algérie est en net décalage par rapport aux nouvelles technologies médicales. Le fait actuel de gérer est désuet si on le compare aux nouvelles méthodes de gestion dans de nombreux pays, voire dans de nombreux systèmes. Toutes ces contraintes et dysfonctionnements du système de santé entravent la bonne mise en œuvre des nouvelles réformes envisagées. On ne saurait trop insister sur ces contraintes et il devient impératif de revoir les modes d'organisation, de gestion et de fonctionnement employés actuellement.

Tout le long de la présente section, nous donnerons des propositions susceptibles de mettre les professionnels concernés sur la voie des solutions à apporter aux problèmes du système de santé en Algérie.

### **1- Rénover la politique sanitaire : clé du développement sanitaire**

La mise en place de la politique de santé en Algérie, à partir du début des années 1970, répondait à une multitude d'objectifs agissant à deux principaux niveaux que sont la couverture et l'accès, les objectifs fixés visaient un niveau de couverture suffisant et la garantie d'un accès égal et gratuit sans aucune discrimination aux usagers des services de santé publics.

En outre, C'est la loi N° 05-85 du 16 février 1985 relative à la protection et la promotion de la santé qui a régi le système de santé pendant une trentaine d'années et consacrait la gratuité des soins en son article 20, quoique cette gratuité ait été quelque peu malmenée, voire remise en cause. Sachant que deux tentatives de proposition de révision de la loi sanitaire de 1985 ont avorté en 2002 et 2011, mais enfin, en juillet 2018 une nouvelle loi sanitaire a vu le jour sous le N° 18-11 et elle a définitivement tranché en consacrant la gratuité des soins pour l'ensemble des citoyens en son article 13.

En fait, les pouvoirs publics en matière de santé ont fait du « sanitarisme », c'est-à-dire l'existence d'un potentiel sanitaire énorme mais inefficace auquel il va falloir mettre un terme définitivement<sup>1</sup>, une fixation. Cette politique de centralisation est figée et ne permet donc aucunement le changement, ni au niveau des statuts des établissements hospitaliers ni au niveau des secteurs ni même au plan de révision des procédures budgétaires et de gestion .

Pour y remédier, nos décideurs au niveau central n'ont qu'à aligner tout simplement le système de soin sur ce qui se fait à travers le monde. La rénovation est une condition sine qua none pour le développement sanitaire du pays.

---

<sup>1</sup>Lamri. L, plaidoyer pour une politique de santé renouvelée, EL Watan, dimanche 15 juillet 2018, p12.

La nouvelle politique de santé doit aller à la substance du système de soins et ne pas se limiter à son cadre superficiel, à l'accessoire. Il faut aller au fond des choses, c'est-à-dire s'attaquer au niveau structurel que sont le statut des établissements sanitaire, le financement du système de santé et la gestion des personnels de santé.

### **1-1 Nécessité d'un cadre juridique plus souple :**

Conserver le statut dit public à caractère administratif (EPA) est inapproprié, voire désuet. Aussi, faudra-t-il lui trouver un caractère plutôt qui sied à son statut spécifique. Pourquoi pas un statut d'EPS (établissement publique de santé), tranchant carrément avec le caractère administratif et entrant dans la sphère d'un organisme ayant la personnalité morale et l'autonomie financière et, par voie de conséquence, acquérir la qualité de commerçant, donc générer des profits et faire des investissements ou, au moins, équilibrer son budget tout en ayant à l'esprit une bonne prestation de services.

Il est indéniable que le caractère l'EPA comporte quelques privilèges dans la mesure où il lui assure périodiquement une ressource (public) sûre et le rend éternellement solvable, le statut proposé (EPGS ; établissement publique à gestion spécifique) paraît encore plus avantageux car il le mettrait, voire il l'obligerait à revoir son mode de gestion comme tenir des conseils d'administration au même titre que les établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) ou les entreprises publiques économiques (EPE). Ceci s'accompagne, évidemment, d'une comptabilité générale, d'une comptabilité analytique et d'un calcul des interventions de santé.

La notion de rendement et de productivité (absente chez le fonctionnaire) dans le milieu hospitalier et autres structures de santé au niveau du personnel soignant ou au niveau de l'administration deviendrait une réalité. Ceci n'a de sens que s'il a un effet sur la rémunération qui en est le moteur. L'Etat doit donc opter pour la défonctionnarisation qui implique élévation des rendements et liaison de la production avec les rémunérations.

### **1-2 La tutelle jouera son rôle de conception, d'animation et de contrôle**

La centralisation à outrance a tendance à desservir l'Etat qui, d'un côté, demeure une tutelle « envahissante » qu'il assure maladroitement, voire inefficacement, d'autant plus qu'il n'a pas les coudées franches en ces temps de vaches maigres, c'est-à-dire en temps de crise économique et, ne peut même pas plaider pour une augmentation ou un changement du système de salaire en fonction de la production indiquée plus haut. Donc, on ne s'étonne pas lorsque le système de santé accuse le retard que l'on sait.

La tutelle gagnerait à céder la place aux gestionnaires en les dotant d'un véritable pouvoir de décision et de gestion dans le cadre de la décentralisation. Tout simplement.

Certes, par son pouvoir hiérarchique, sa vision globale et tout simplement à cause de sa tutelle incontestable et indispensable, l'administration centrale gagnerait plutôt à contrôler, animer et transmettre des informations et des instructions ayant trait au développement des moyens et mécanismes à même d'assurer équitablement et efficacement des soins à la population et de situer les responsabilités de chaque gestionnaire.

### **1-3 Débudgétiser**

La politique de la gratuité des soins n'est pas sans conséquence sur le budget de l'Etat (gaspillage, absence de comptabilité précise...). Les ressources budgétaires s'amenuisent

proportionnellement à la croissance, voire, à l'explosion démographique. Le pays qui a alloué de fortes ressources durant la période faste des années 70, ne dispose plus des mêmes facilités de mobilisation.

La crise économique que traverse l'Algérie et les multiples transitions, qui ont impliqué une augmentation tendancielle des dépenses de santé, doivent amener l'Etat à procéder à la débudgétisation, c'est-à-dire à un désengagement total de la gestion et du financement des hôpitaux et des structures légères (les polycliniques sont assimilées à des hôpitaux du jour)<sup>2</sup>.

L'Etat devrait se délester de la gestion directe des finances de la santé publique et devrait en charger d'autres entités : le département des affaires sociales aurait à s'occuper des couches démunies et des services en charge de la sécurité sociale des personnes affiliées à leurs différentes caisses et à leurs ayants droit.

Assurer un financement perpétuel n'est certainement pas la bonne solution.

L'Etat devrait plutôt aider les plus démunis par le biais des structures légères (centres de santé et salles de soins et de consultations...) en les dotant d'un budget qui leur serait individuellement et exclusivement alloué suite à un programme de prévention préalablement arrêté. Les communes et les wilayas en assureraient la tutelle, donc le financement du fonctionnement. Il y va de l'intérêt de la population locale en matière de santé. Donc, supporter le coût des soins de cette population locale par la collectivité locale dans un élan de solidarité est loin d'être improductif. L'Etat doit supporter financièrement l'acquisition des soins et des programmes de prévention au profit des plus démunis plutôt que de les produire.

Il faut admettre que la santé a un prix et représente un coût qui doit rester supportable par la communauté. Dans un système de santé solidaire.

#### **1-4 Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique de santé publique.**

Le rôle premier de l'hôpital est de répondre aux besoins de la population en matière de santé. Il faudra prendre les mesures qui s'imposent, à commencer par l'évaluation. Cette dernière permet aux responsables, voire aux subalternes, de changer la manière de procéder et de faire devant des situations de crise ou de problème pour y remédier. Elle permet ainsi de prendre des décisions en fonction des lacunes et des insuffisances constatées.

Il faudra également trouver des outils de mesure de la qualité des services rendus en termes de soins (outre, les soins, il y a aussi la restauration, l'accueil, l'hôtellerie...) aux patients, à leurs familles et aux accompagnants. Il faudra aussi systématiser l'efficacité du système de santé par rapport à des standards de qualité et de performance reconnus internationalement.

Il faut toujours mettre la barre haute (pourquoi pas tous les trois ans et puis même annuellement ?). Autrement dit, une échelle de satisfaction ascendante. Ceci englobe la qualité des soins, de l'accueil, de l'hôtellerie... Les patients et leurs proches seront mis à contribution pour évaluer la qualité des services par le biais des enquêtes de satisfaction.

Toutefois, l'évaluation doit se rapporter aux normes et aux référentiels qui attestent de la bonne qualité des prestations. L'accréditation de cette qualité doit toujours servir de tremplin, de poussée, au développement incessant des prestations offertes aux patients par les décideurs

---

<sup>2</sup> Lamri L, op.cit, p13.

et autres intervenants de la santé et ne peut aucunement être perçue comme une fin en soi. Il est clair que cet outil sert à améliorer constamment la qualité en offrant aux structures concernées les normes et les mesures de performance. L'accréditation sert à reconnaître et à guider vers la qualité des soins. Celle-ci tend à trouver une évaluation de la qualité des soins et à promouvoir l'ensemble des procédés adoptés. Le but suprême à atteindre est de changer réellement le comportement des intervenants directs et indirects dans l'acte médical.

L'accréditation véhicule l'idée d'une mise en œuvre de procédés d'amélioration de la qualité en rassurant les patients. Aussi, un établissement de santé, public ou privé, défaillant à tous points de vue, exposant ses patients et son personnel aux risques potentiels, ne peut aucunement être accrédité.

Cette dernière est une démarche qui vise simultanément une évaluation de la qualité des soins et la promotion de toutes les démarches mises en œuvre dans les établissements de santé, et a pour finalité l'obtention d'un changement effectif dans les pratiques médicales et paramédicales.

Ainsi, l'accréditation incite à la mise en place de démarches d'amélioration de la qualité, en donnant des garanties aux patients. Pour qu'un établissement de santé, public ou privé, ne soit pas accrédité, l'on peut raisonnablement penser qu'il devrait être défaillant sur l'ensemble des critères retenus, mettant ainsi en péril la sécurité des patients et du personnel y travaillant.

Le développement de la qualité des soins est donc tributaire de l'accréditation des établissements de santé. Par souci d'impartialité, la procédure d'évaluation doit être faite par des entités autres que le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et ne relevant pas de lui. L'accréditation doit faire l'objet d'un consensus entre la structure de santé concernée et la partie indépendante chargée d'évaluer la qualité des soins. L'accréditation doit se développer simultanément avec une contractualisation interne et externe.

## **2- L'approche contractuelle alternative incontournable de gestion**

Nos hôpitaux sont connus pour être figés dans une gestion hiérarchisée, à commencer par la centralisation au niveau du Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière à qui revient le dernier mot. Mais dès que la fourniture des soins commençait à mettre le mode d'organisation à rude épreuve par sa complexité et exigeait des sommes colossales, ce même mode d'organisation hiérarchisé commençait à battre de l'aile.

La souplesse dans la gestion n'est pas l'apanage des hôpitaux. Donc, comme conséquence, il n'y a pas matière à s'étonner lorsqu'on constate un certain laisser-aller aussi bien de la part du personnel que de la part des usagers. L'hôpital est réduit à un exécutant des instructions venant d'en haut, c'est-à-dire l'administration centrale, et à dépenser les crédits prélevés sur le budget de l'Etat.

Dans ce contexte et dans le souci de répondre aux exigences d'une politique orientée vers la santé pour tous et aux exigences de la société moderne qui demande une médecine de plus en plus efficace, la démarche contractuelle devra être plus que jamais à l'ordre du jour ; c'est la seule démarche capable d'assurer une qualité toujours accrue en optimisant les moyens.

De l'avis des intervenants de la santé que nous avons eu l'occasion d'interroger, d'aucun croit, voire persiste à dire que l'impérieuse nécessité consiste à préparer illico- presto les textes

d'application pour mettre en œuvre l'approche contractuelle, condition sine qua non et préalable garantissant la réussite de la réforme hospitalière.

Encore faut-il rappeler que la nécessité de mettre en œuvre la contractualisation est motivée par les changements et autres effets bienfaisants qu'elle produit dans des relations organisationnelles du dispositif de l'offre de soins. Pour ce faire, avant même d'évoquer ces bienfaits, il faut mettre en exergue les principes qui président à la mise en œuvre de la contractualisation.

La contractualisation consiste à obtenir des financements sur la base de l'activité effective des structures de santé publique. La contractualisation permet de facturer les actes médicaux en fonction des coûts réels des soins. Principe qui fait consensus entre les différents secteurs. Le financement de l'activité pourra avoir plusieurs options de modes de paiement (prix de journée, forfait par pathologie, forfait global modifié... etc.).

C'est là qu'entre en scène les caisses de la sécurité sociale pour financer les offres de soins aux assurés sociaux et leurs ayants droit et pour permettre la réalisation des principes de la contractualisation et la symétrie organique bailleur de fonds / population bénéficiaires de ces fonds. Quant aux personnes réellement plus démunies non assurés sociaux, l'Etat se chargera de les prendre en charge. Les autres catégories (étrangers non-résidents, les non démunis, les non assurés sociaux) se prendront en charge.

La contractualisation a, quelque peu, porté ses fruits suite à l'introduction du système contractuel et à l'exercice opérationnel de la contractualisation. Les résultats obtenus suite à cette contractualisation peuvent être résumés comme suit :

- La négociation, la régulation et la rationalisation des dépenses. Ainsi, la contractualisation a été à l'origine d'un équilibre entre les dépenses de santé engagées et la quête d'une équation équitable entre la demande de l'acheteur (bailleur de fonds) et du vendeur (prestataire de soins), tout cela dans le cadre d'un marché consacré exclusivement à la santé.

La contractualisation, comme son nom l'indique, exige que les objectifs de l'établissement de santé soient contractualisés et que les moyens permettant d'y parvenir doivent faire l'objet d'un consensus entre le Ministère de la santé, par le biais de la tutelle régionale, et l'établissement concerné.

En effet, il est tout-à-fait normal que cette tutelle exerce le contrôle pour s'assurer que les fonds alloués sont réellement dépensés dans le cadre des programmes tracés et approuvés.

- La reconnaissance mutuelle des lacunes de chaque partie, d'où la possibilité d'avoir un regard neutre sur ces lacunes, lesquelles étaient jusque-là, plus ou moins perceptibles.

- Mettre en avant le débat, la communication et l'action sanitaire et les promouvoir à un niveau national : la contractualisation a été à l'origine des réunions des secteurs ayant pour objet le financement de la santé, la concertation intersectorielle et autres facteurs hors secteur de santé, ce qui laisse entrevoir l'idée d'un débat sanitaire à grande échelle.

- Chaque partie doit être financièrement responsable : ce qui vient à dire que c'est le forfait global qui est à l'origine de la contre-performance d'un contractant. Autrement dit, les contractants seront tenus pour responsable de leur engagement.

La contractualisation oblige l'établissement public de santé à devenir financièrement autonome par rapport à sa tutelle. Il est évident que ce mode de fonctionnement situe les responsabilités de chaque intervenant de l'établissement contractualisé.

- La contractualisation a balisé le champ d'action et déterminé les responsabilités de chaque intervenant en établissant des liens directs entre les bailleurs de fonds et les prestataires de soins grâce à une étroite concertation entre eux.

- La promotion de la fonction contrôle dans les hôpitaux publics : Depuis 1973, les contrôles effectués dans les hôpitaux publics ne servaient pas à grand-chose. Sinon comment peut-on évaluer le coût et la qualité des soins déjà fournis par rapport au budget alloué et dépensé ? L'engagement contractuel a permis de promouvoir le contrôle des prestations des soins par les bailleurs de fonds et de contrôler l'accès à ces hôpitaux en mettant un terme aux soins de prestige et en imposant un système d'offre de prestations de service en matière de soins.

- La révision de la nomenclature des actes médicaux et des tarifs : en effet, la condition de la contractualisation passe par la réactualisation de la nomenclature des actes professionnels et des tarifs y afférents qui est essentiellement tributaire de la réalisation du processus contractuel.

Aussi, le Ministère de la santé devra se servir de la contractualisation pour renforcer la capacité de ses services déconcentrés et leur participation au processus de mise en œuvre de la démarche contractuelle. Le Ministère de la santé utilise la contractualisation comme un outil de planification, d'évaluation et d'exercice de la tutelle sur les établissements de santé contractualisés.

Dans la politique nationale de santé, la contractualisation est toujours dans un état « Embryonnaire », même si elle fût sur l'agenda du gouvernement depuis 1993<sup>3</sup>. Ce processus ne doit en aucun cas être abandonné malgré contraintes et les difficultés rencontrées. Il doit plutôt être revu en profondeur et bien coordonné.

Pour ce faire, l'intervention des experts de l'OMS en matière de conception et de formation du personnel impliqué directement dans le processus de contractualisation (considération juridique, analyse économique, techniques de négociation, santé publique). Est d'un grand apport à la politique nationale de contractualisation.

Enfin, la contractualisation ne peut aboutir en Algérie qu'à condition que les établissements de santé jouissent pleinement de leur autonomie quant à la fixation des objectifs, tout en arrêtant les moyens nécessaires pour y parvenir.

### **3- L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le système d'information sanitaire**

Les établissements publics de santé gagneront à être reliés au Ministère de la santé et de la réforme hospitalière par un système d'information pour être constamment informés des nouvelles techniques de gestion et de toutes autres informations utiles permettant d'évaluer le système de santé.

Ce système donne accès aux informations médicales et comptables relatives aux soins offerts et aux nouveautés développées par les établissements. Il permet également d'avoir accès

---

<sup>3</sup>Benmansour. S, **op.cit**, p 71.



aux informations concernant les usagers des structures de santé dans le cadre du respect de leur vie privée, du secret médical et du droit des malades. Malheureusement, le bilan du système d'information est plutôt mitigé dans la mesure où il distille les informations au compte-goutte, notamment lorsqu'il s'agit de la qualité des prestations et des besoins de la population en matière de santé. A titre d'exemple, les données épidémiologiques et les normes qu'elle contient en matière de taux d'équipement (ratio lit/habitant), lesquelles données ne sont même pas actualisées, font cruellement défaut sur la carte sanitaire. Même l'information, lorsqu'elle est diffusée, sensée orienter l'action du Ministère de la santé, ne couvre pas totalement et suffisamment l'ensemble du territoire national.

Le secteur de la santé n'échappe pas, lui aussi, à la nécessité de maîtriser les techniques d'information s'il veut réussir à être efficace dans tout ce qu'il entreprend. A commencer d'abord par la collecte de l'information qu'il faudra ensuite traiter avant de la restituer en assurant une large diffusion sous forme de résultats et en permettant de prendre judicieusement les décisions qui s'imposent dans toutes les circonstances. Ceci requiert des qualifications spécifiques et de nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Le secteur de la santé, au même titre que les autres secteurs, doit faire sien l'usage des NTIC, passant de l'usage manuel de l'information à son automatisation pointilleuse.

Dans ce contexte et devant les difficultés à recueillir et analyser les informations existantes (fiabilité, disponibilité), la nécessité de mettre en place un système d'information performant devient urgent pour permettre la prise de décision à tous les niveaux et l'élaboration de tout programmation sanitaire. Pour ce faire, il convient de réactiver le système d'information interne et externe disponible dans toutes les structures sanitaires.

Ce système d'information fera à, coup sûr, gagner du temps en permettant une circulation rapide de l'information entre les différents services de l'hôpital, en prenant connaissance des informations concernant les patients et, tout simplement, en améliorant la qualité des soins tout en préservant la confidentialité de ces derniers.

Les NTIC permettront d'avoir une banque de données sanitaires dans laquelle viendront s'accumuler les informations concernant les structures sanitaires, le personnel et sa tâche, lesquelles données seront traitées d'une façon méthodique et structurée au niveau national. Donc, de cette collecte d'informations ressortira une base de données traitées et hiérarchisées par régions sanitaires, par wilayas et enfin, par établissements sanitaires.

#### **4- La modernisation de la gestion et de l'organisation de l'hôpital**

L'organisation hospitalière se trouve confrontée à des enjeux et défis majeurs de la maîtrise des risques et de la qualité de ses présentations, à la réduction des coûts de fonctionnement en passant par les exigences pressantes des partenaires politico-socio-économiques. L'organisation hospitalière est plus que jamais appelée à s'inscrire dans la logique d'innovation organisationnelle basée sur la maîtrise intégrée de son système de gestion.<sup>4</sup>

La ruée effrénée vers l'acquisition de nouvelles technologies a toujours supplanté l'aspect organisationnel. En effet, il existe un décalage entre cet aspect organisationnel battant de l'aile et la modernisation tous azimuts, secrétée par l'évolution et le développement de la science et

---

<sup>4</sup> Makhloufi.I et autres, op.cit. P 573.

la technologie, notamment ceux relevant de la médecine. Ce fossé ne cesse de s'élargir quand bien même l'organisation s'impose comme un facteur d'accord permanent des intervenants avec leurs structures sanitaires et comme un moyen de gestion optimale.

Cela s'est vérifié au travers notre étude. Sur 204 personnes interrogées 159 estiment que la modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital comme un préalable indispensable à résoudre pour la réussite de toute réforme hospitalière. Car, pour la majorité des interviewés, l'organisation actuelle est obsolète, vecteur de pesanteurs administratives, pesant sur les initiatives des principaux acteurs hospitaliers, marquées par un manque d'autonomie et dont les missions sont devenues floues. Le management hospitalier traditionnel de l'hôpital peine à répondre aux besoins des usagers, aux évolutions démographiques liés à l'allongement de l'espérance de vie et à des impératifs financiers orientés vers la réduction des dépenses publiques, dans leur mission de soins.

Dans ce contexte, l'Etat n'a d'autre alternative qu'à réorganiser le secteur hospitalier qui nécessite davantage d'autonomie, basée sur les notions de motivation et de responsabilisation. En fait, ceci appelle une décentralisation de la gestion en dotant les organes de direction, le corps médical et le conseil d'administration d'un maximum de pouvoir. En somme, les bases d'un nouveau mode de gestion sont comme suit :

- Réagir face à une organisation obsolète : ne pas rester insensible face à une organisation dépassée en modernisant les structures hospitalières, revendiquer la souplesse dans les procédures administratives, exhorter à plus de réactivité et d'autonomie, prôner une relation directe et facile avec les décideurs et supprimer les barrières administratives entre les différents acteurs au niveau de la hiérarchie et ce, pour répondre aux besoins des usagers- clients en tenant compte de l'évolution démographique et de l'aspect humain.

- Créer plus d'autonomie et de souplesse : accorder plus d'autonomie et de souplesse, synonyme de responsabilisation et d'esprit d'initiative ; en responsabilisant les professionnels, en leur donnant davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités.

- Reconnaître le rôle des professionnels : répartir les tâches tout en favorisant une certaine cohésion entre le corps médical et l'administration.

## **5- Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé**

L'Etat censé garantir la santé publique, est de facto responsable des structures de santé publiques et privées. Devant le déficit en structures publiques de santé, la concentration des professionnels dans les zones à forte densité démographique et les défaillances du secteur public, l'encouragement d'une équation publique-privée devient incontournable.

La loi N° 18-11 du 28 juillet 2018 relative à la santé a, en son article 311, reconnu cette complémentarité entre les secteurs public- privé. Ce dernier ne peut pas faire cavalier seul. Il est partie intégrante du système de santé algérien.

Néanmoins, le succès de cette complémentarité ne peut se réaliser que par la prise d'un certain nombre de mesures telles que :

- Faire la distinction entre les missions du secteur privé et celle du secteur public pour pouvoir mieux les valoriser.

- Mettre le secteur privé et le secteur public au même pied d'égalité lorsqu'il s'agit de les évaluer et les contrôler.

- Dans un souci d'économie (ne pas refaire les mêmes investissements ni engager des dépenses) et de complémentarité, privilégier la contractualisation entre le secteur public et le secteur privé comme l'échange de quelques prestations « laboratoire, imagerie médicale .... ».

- Dans le but d'améliorer la qualité des soins, il est recommandé de mettre en place un système d'accréditation des structures privées. Cette mesure a pour but d'améliorer la qualité des soins de façon continue et d'avoir un panier de structures avec lesquelles il faut développer la contractualisation.

- Mettre en œuvre les textes d'application nécessaires et le cahier des charges prévu par la loi sanitaire pour permettre le développement de cette complémentarité.

Les solutions que nous proposons consistent à améliorer réellement l'état de santé de nos concitoyens et ce, en répondant favorablement aux aspirations de la population en offrant équitablement des soins de haute qualité à tous, sans exclusion, dans un système de solidarité où chacun y contribue selon ses moyens financiers. C'est ça la véritable équité.

De plus, les leviers proposés ne pourront pas aboutir sans que soient abordées deux problématiques qui demeurent incontournables pour moderniser le système de santé et le rendre plus performant et pérenne : en premier lieu, l'Etat doit chapeauter (coordonner) les initiatives décentralisées des acteurs de santé ; il doit jouer pleinement son rôle de régulateur des pratiques contractuelles. Plus concrètement, on doit passer d'un Etat interventionniste à un Etat régulateur. En deuxième lieu, il faut assurer la continuité des réformes indépendamment des changements de gouvernementaux, et ce ? pour assurer une continuité et LA cohérence des réformes.

En définitive et pour conclure, les recommandations évoquées précédemment reposent sur la conviction que le service public de santé doit viser l'excellence (en étant soumis à une obligation de résultats et non plus seulement de moyens). Pour cela, il s'agit, d'une part, de positionner chaque acteur du système de santé « à sa juste place » et sur des missions sur lesquelles il a la plus forte valeur ajoutée. Il s'agit, d'autre part, de responsabiliser chaque acteur de la chaîne de soins pour qu'il s'engage sur des standards de qualité et de performance, en transparence et en toute exemplarité.

Pour cela, il faudrait ainsi renforcer l'autonomie de gestion des hôpitaux en révisant leur statut actuel, ce qui permettra l'introduction de l'esprit managérial dans la gestion (management participatif). C'est ce qui va être abordé dans notre deuxième section.

## **Section II : Essai de détermination des principales caractéristiques pour un management hospitalier performant.**

Un hôpital est à la fois « un producteur de soins pour les usagers, un outil de travail pour les médecins, un employeur pour les habitants de la commune sur laquelle il est implanté, un centre de coût pour les cotisants et un symbole fort de sa politique pour l'élu local. Les intérêts sont donc multiples et les circuits de décision complexes. »<sup>5</sup>. On ne peut pas entrevoir de perspectives sans fixer clairement d'objectifs de performance et de profit. C'est comme si on naviguait à vue.

Par exemple, au sein d'un hôpital, va-t-on demander au directeur d'augmenter au maximum son activité de soins, d'en réduire les coûts, d'en maximiser la qualité, de développer certains segments d'activité, d'assurer le bien-être des professionnels qui y travaillent ? Sans aucun doute, un peu de tout cela à la fois. On voit bien, cependant, ici que la stratégie est difficile à expliciter de manière univoque dans la mesure où chacune des parties prenantes poursuit des buts qui peuvent diverger et qui ne s'accrochent finalement qu'au prix d'une certaine ambiguïté<sup>6</sup>.

Continuer d'appliquer les théories traditionnelles du management ne s'accroche plus des différents profils professionnels médicaux, des relations au sein même des lieux où sont dispensées les prestations médicales, de la surcharge de travail, du comportement et des revendications des usagers, de la pression subie les institutions et des récentes trouvailles scientifiques et technologiques. En clair, tous ces facteurs n'ont pas raison d'être en présence des méthodes modernes de gestion préconisées.

Dans tout cela, on ne doit pas négliger la dimension de l'éthique et l'aspect économique. La validité des moyens de gestion et la reconnaissance des aménagements nécessaires passent inévitablement par la prise en considération de ces éléments. Pour cela, il faut allier les deux réalités suivantes : l'hôpital ne doit pas être perçu uniquement comme un prestataire de services. Autrement dit, il faut bien analyser ses caractéristiques et sa nature. Mais en revanche, il faut admettre sa vérité économique malgré sa particularité par rapport aux autres domaines.

Si l'hôpital est une « administration » bien particulière, il devrait tendre vers une « *Gouvernance adaptée* »<sup>7</sup>. Néanmoins, il existe peu d'éléments qui donnent à l'hôpital le modèle managérial qu'il pourrait adopter.

Nous tenterons ci-après de cerner la meilleure approche managériale qui sied le mieux aux hôpitaux et lui permettra de réussir sa réforme. Mais, faut-il le rappeler, le chemin menant vers la performance demeure semé d'embûches. Nous allons tenter de dégager ce management des idées suivantes : la recherche de synergie entre direction et corps médical ; vers un leadership partagé ; l'importance de la dimension communicationnelle à l'hôpital ; l'éthique du care comme un enjeu essentiel pour la gouvernance

---

<sup>5</sup>Denis J.L., Valette A, « **Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des Agences régionales de l'hospitalisation** », *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 3, n° 2, 2000, P58.

<sup>6</sup>Bérard.e, Steyer.v, « **La responsabilité contractuelle à l'hôpital Un modèle fonctionnel malgré tout** », *Revue française de gestion* – N° 237/2013, P152.

<sup>7</sup>Miremont. M-C, Valax. M, « **vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique** », *cairin.info*, 2015/2 n° 15, P20.

## 1- La recherche de synergie entre direction et corps médical ; vers un leadership partagé

Le corps médical n'a pas un grand pouvoir dans les établissements hospitaliers. Mais toujours est-il que la relation du directeur avec le personnel soignant n'est pas une sinécure. Devant cet état de fait, peut-on recommander de trouver un juste milieu en adoptant un système managérial dit bicéphale, ou partagé, dont les règles seraient bien précisées ?

En général, devant tant de phénomènes négatifs dont nous citerons les lenteurs administratives, voire la rigidité des procédures, notamment de promotion concernant le personnel, les conflits sociaux, l'absentéisme contagieux et le manque de considération. Un environnement est à l'origine du malaise qui secoue le milieu des professionnels de la santé publique.

En outre, dans un ouvrage de référence consacré à la réforme des fonctions publiques, Bernard Cieutat et Nicolas Tenzer montrent que sur un plan général :

*« Les agents publics ont le sentiment, parfois fondé, qu'ils sont insuffisamment consultés sur la manière d'améliorer la qualité et l'organisation de leur service, d'être trop peu autonomes et de ne pas pouvoir faire remonter leur avis vers le (sommet) [...] le sentiment de blocage est particulièrement mal vécu [...] toute réforme est vouée à l'échec si elle ne n'attaque pas de manière crédible à ces maux [...]. L'ensemble des responsables des services, au niveau central comme au niveau déconcentré, dans les collectivités locales et dans les hôpitaux constatent ce besoin accru de participation et de cette demande de compréhension des décisions qui sont logiquement accompagnées d'un plus grand esprit critique<sup>8</sup> ».*

Le mode de management le plus approprié doit être intégrateur de toutes les énergies, chacun dans son domaine de compétence, doit accorder les nouvelles opportunités à l'adéquation des objectifs dont le plus essentiel est et restera le souci de « qualité totale »<sup>9</sup>. Lui seul est garant de l'image de marque de l'hôpital. Il est vivement recommandé de fédérer toutes les catégories du personnel de santé (médical et paramédical), les partenaires sociaux compris.

Superviser et diriger le travail des équipes par le biais d'un management de mode participatif équivaut à dire que les ressources humaines compétentes sont exploitées au maximum de leur capacité. Et ce, quel que soit leur rang et leur spécialité.

Le management participatif peut être défini comme « un *processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation* <sup>10</sup>[...] ».

Concernant le directeur général de l'hôpital, celui-ci ne peut constituer un maillon fort dans la logique de continuité du développement d'un leadership partagé car c'est un carriériste qui est appelé à changer de poste dans le cadre des mouvements des cadres de l'Etat.

A défaut d'un consensus autour d'un leadership rassembleur, le rôle, non moins important, d'animation et de soutien de l'équipe peut être confié au cadre de proximité. Car

---

<sup>8</sup>Cieutat. B, Tenzer.N, **fonctions publiques : enjeux et stratégies pour le renouvellement**, la documentation française, 25 mars 2000.

<sup>9</sup>Abbad.J, **organisation et management hospitalier**, berger- Levrault, paris, 2001, p 115.

<sup>10</sup>Poilroux .R, **management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux**, BERGER-LEVRAULT, 2000, P34

chaque corps (médical, paramédical, administratif...) choisit son propre leadership. Au regard de ces différents éléments, dans une organisation aussi complexe que l'hôpital. Peut-on imaginer qu'il puisse être une organisation propice au développement d'un leadership partagé?

Si tel est le cas, on peut penser y retrouver plusieurs leaders, chacun reconnu par « *sa communauté* ». Le Directeur général assure son leadership auprès de l'équipe des directions fonctionnelles, de la direction des soins. La Direction des soins devient leader pour l'ensemble des professionnels paramédicaux et des agents médicotechniques. Le cadre de proximité pourrait dans cette perspective avoir ou retrouver un rôle privilégié d'animation et de soutien de l'équipe.

De l'avis des acteurs que nous avons interrogés, il est possible de faire converger tous les corps de métier vers un leadership partagé où chaque corps peut proposer son programme et ses plans d'action. Chacun des groupes à partir de sa vision et de son propre système de valeur peut alors contribuer à la réalisation des plans d'actions des axes stratégiques de l'établissement.

Le leadership du corps médical hospitalier est assuré par un médecin choisi par ses pairs pour mener à bien les programmes tracés, voire développer la qualité des soins et les moyens médico-techniques et thérapeutiques.

Le modèle de leadership partagé ne doit pas occulter la compétence et le mérite de chaque grand groupe professionnel. Ceux-ci doivent être évidemment encouragés individuellement en les faisant se rapprocher et s'échanger leurs expériences et idées. Le leadership partagé sera érigé en système d'organisation apprenante et donc aussi d'intelligence collective.

Cependant, les bases minimales du management participatif consistent à former mieux et plus, à améliorer les conditions de travail, à impliquer davantage les agents dans la mise en œuvre du changement et à rendre plus visible la contribution de chacun au service public hospitalier<sup>11</sup>.

On ne saurait trop insister sur l'importance d'un projet partagé par l'ensemble du personnel dans le cadre d'un management participatif. Ceci dit, le projet doit être cohérent, réactualisé, le cas échéant, riche en enseignements, motivant et suscitant le sens de la création.

L'antagonisme des idées paralyse l'esprit d'initiative, démotive, conduit à la torpeur et fait que le lien social se disloque. Par contre, une délégation sagement pensée et un management participatif, caractérisés par une volonté d'échange, étayés par une détermination d'adopter une stratégie clairement définie et par un projet qui fait l'unanimité suscitent l'intérêt de tous les corps de métiers.

Encore faut-il que le management participatif sache répondre réellement aux attentes du corps social et à ses aspirations et participer au décloisonnement des structures.

Le leadership partagé n'a de sens que si les directions des hôpitaux ne disposent pas d'assez d'autonomie. Les concernés interrogés à ce sujet sont quasi unanimes à réclamer le renforcement de l'autonomie des directeurs des hôpitaux. L'équipe dirigeante doit avoir les coudées franches dans tous les aspects de la gestion de l'établissement hospitalier. Car la légitimité du directeur à disposer des leviers de pilotage lui permettra d'agir sur le triptyque de la performance, c'est-à-dire sur l'action simultanée des attentes du corps social, des patients et

---

<sup>11</sup>Abbad. J, op.cit, p151.

de l'institution. Cette approche permet de lier la performance de la gestion des ressources humaines à la pertinence des choix et à celle qui assure la meilleure organisation des soins donnés aux malades.

## 2- L'importance de la dimension communicationnelle à l'hôpital :

Quoiqu'il en soit et au gré des changements que connaît l'hôpital, son rôle institutionnel premier est évidemment celui d'offrir des soins et tenter sans cesse d'améliorer ses prestations. Strauss voit d'ailleurs dans cet objectif de « rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme.... Le ciment symbolique grâce auquel, en termes métaphoriques, l'organisation se maintient<sup>12</sup> ».

Face à un objectif institutionnel autour duquel les professionnels de la santé semblent s'accorder, le caractère composite de l'institution hospitalière constitue une particularité qui implique une nécessaire négociation. La complexité du fonctionnement de l'institution hospitalière avec un collectif de professionnels très vaste, les contraintes du travail posté, la division des tâches ou encore les fréquentes interruptions et perturbations de l'activité font que la circulation de l'information d'un groupe à l'autre est capitale, notamment pour la coordination des différentes activités de soins<sup>13</sup>. Donc, l'hôpital connaît des événements qui s'accroissent, ouvrent des spécialisations et est soumis à l'obligation de rentabilité tant et si bien que cela impacte les relations entre les différentes parties concernées. Aussi, la communication a toujours été et demeure primordiale dans tout ce que l'hôpital entreprend. C'est pourquoi il apparaît nécessaire ici d'en esquisser les différents niveaux afin de montrer également comment ils peuvent être influencés par les nouvelles formes de management.

La communication comprise comme une « mise en commun, un échange et un partage de paroles et de relations suppose la construction d'un sens commun »<sup>14</sup>. La communication joue un rôle rassembleur au niveau institutionnel. Entre le personnel médical et paramédical, entre personnel du domaine hôtelier et celui de l'administration ou bien entre différents corps de métiers regroupés ainsi qu'entre patients et tout intervenant directement ou indirectement dans le domaine de la santé. « Toute l'organisation hospitalière est fondée sur la cohérence des actes de chacune des catégories de personnel impliquées dans le processus de soins et qui, toutes ont un contact plus ou moins direct avec le malade <sup>15</sup>».

La communication est le liant permanent de toutes les actions qui participent à la recherche du meilleur service public hospitalier. Il n'y a pas de mission de soins de qualité ni de corps social mobilisé sans communication organisée et management participatif.

La communication est centrale puisque l'organisation au sein de l'hôpital n'est rendue possible que par l'interaction d'une multitude d'acteurs agissant en vue d'un objectif institutionnel.

L'autonomie d'un hôpital au niveau financier et juridique est, certes, une vérité mais encore faut-il composer avec les groupes qui y exercent. L'hôpital est aussi une entité, une personne qui peut « disparaître ». Il a une identité, une tradition, une culture. A supposer que l'hôpital dispose une identité, donc, il est alors nécessaire de réfléchir à la cohérence de pensée autour de cette identité qui n'est pas donnée d'emblée mais en perpétuelle construction. Or, pour qu'il y ait cohérence, il faut qu'il y ait une forme de partage collectif et d'identification, ce qui suppose un investissement préalable en termes de temps passé à la communication interne et à l'apprentissage de modes de relations entre les acteurs. Donc, il faut consacrer

<sup>12</sup>Strauss. A, **La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste**, L'Harmattan, 1992, P95.

<sup>13</sup>Moisdon. JC, Tonneau. D, **La démarche gestionnaire à l'hôpital**, Seli Arslan, 1999.

<sup>14</sup>Véronique H-K *et al.* Op.cit., P10

<sup>15</sup> Tonneau. D, **L'organisation du travail dans les services de soins**, Anact ; 1996, p35.

énormément de temps ou, du moins, suffisamment de temps à la communication pour arriver, plus ou moins, au partage collectif. De fil en aiguille, les groupes concernés vont prendre conscience d'un sentiment d'adhésion qui les anime grâce à la communication. Ce sentiment d'appartenance fait grandement partie de l'identification à l'institution et est façonné selon la nature des communications et de ses caractéristiques au sein d'un groupe donné.

La communication interne dans les établissements hospitaliers est à elle seule une discipline en bonne et due forme qui n'est pas à la portée de tous les acteurs. On en est arrivés à cette conclusion en constatant le développement des technologies de la communication et de l'information, la vulgarisation des connaissances en matière de santé le retour au service de base (autrement dit, la considération des habilités de communication interpersonnelle du professionnel de la santé comme partie intégrante du service médical offert au patient), le travail en équipe...etc.

La communication interne, autrement dit la communication interpersonnelle et institutionnelle qui a lieu dans les installations de l'hôpital, peut aider les managers à mieux faire leur travail. « *La communication interne prend toute sa part du management : elle informe sur le cadre stratégique, elle facilite les échanges, accompagne les changements humains et professionnels* ». <sup>16</sup> La communication interne vient à la rescousse du néo- management quelque peu défaillant. Le procès de travail, le dialogue organisationnel, la gestion des connaissances, la qualité du produit et la cohérence institutionnelle sont les cinq domaines où la communication interne devient stratégique pour le management hospitalier.

Vient en premier le processus de travail où la communication constitue un canal pour informer les travailleurs sur tout ce qui touche à leurs aspirations, leurs formations, les moyens de diminution des problèmes physiques et psychologiques liés à l'exercice du travail... En deuxième lieu, la communication interne promeut le dialogue organisationnel. Elle rend le contact facile entre tous les acteurs horizontalement et verticalement. Elle permet de supprimer les barrières, de tisser des liens solides entre les acteurs et de dépasser les conflits. La communication interne encourage le dialogue et contribue à créer une atmosphère d'entente et de compréhension entre l'administration et le reste du personnel.

En troisième position la communication interne donne la possibilité à l'organisation de maîtriser les connaissances en arrêtant des stratégies organisationnelles, en diffusant des informations concernant les usagers et les employés, en exploitant ces mêmes informations à bon escient, tout ceci dans le cadre d'un esprit de solidarité. En somme, la diffusion de connaissances est un moyen de promouvoir la solidarité entre les employés.

En quatrième position la communication interne contribue à améliorer la qualité du service médical et par ricochet, le bien-être des patients. Evidemment, la qualité des soins est fonction du progrès de la science et de la technologie médicale et, il ne faut pas le négliger, de l'aspect psychologique et émotionnel du malade et de l'accueil qui lui est réservé. Ceci fait de la communication interne un élément essentiel dans l'opération de l'offre de soins aux malades. Enfin, en cinquième position, la communication fait conserver à l'hôpital son identité, empêche d'écorner son image de marque, ce qui contribue grandement à prévenir les problèmes liés à la communication et aide à installer une confiance réciproque. La confiance en entreprise est le fruit du partage des valeurs, de la responsabilité mutuelle, de l'entr'aide et, pourquoi pas, de

---

<sup>16</sup>Medina. P, Lahmadi. G, « **La dimension communicationnelle du management hospitalier** », Communication et organisation [En ligne], 41 | 2012, mis en ligne le 01 juin 2015, consulté le 30septembre 2016. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/3790>, p163.



l'amitié tout simplement. La confiance mutuelle est un facteur favorable à l'engagement sincère des acteurs.

Néanmoins, nos établissements hospitaliers donnent l'impression d'être sclérosés, isolés, que les relations entre les médecins et l'administration sont tendues, que ces deux parties se rejettent la responsabilité d'une situation éventuellement boiteuse, notamment en ce qui concerne les conditions de travail, que les employés portent un regard méfiant à l'endroit de l'administration, que le personnel soignant se penche plutôt du côté des médecins que celui de l'administration.

D'autre part, l'organisation de la communication est malmenée par des foisonnements intestinaux et par le refus du dialogue. La confrontation ne favorise nullement le dialogue et la concertation et fait le lit des conflits sociaux, notamment quand il s'agit des aspects techniques que tout le monde ne saisit pas.

Afin de libérer la communication du carcan dans lequel elle placée, alors qu'elle est censée être un moyen contribuant à moderniser l'hôpital, il est recommandé de prendre quelques mesures dont nous citerons ce qui suit :

- ✓ L'adoption d'une véritable et sincère politique de communication ayant acquis l'approbation de tous les concernées, destinée aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital, à condition d'avoir les moyens de sa mise en œuvre.
- ✓ Il ne faut pas que la concertation soit à sens unique et docilement acceptée. Dans ce cas, même les objectifs poursuivis seraient non crédibles et c'est donc l'échec assuré de la réforme, Ceci nous emmène à dire qu'il ne peut y avoir de dialogue sans responsabiliser les parties négociatrices et sans informer les agents et/ou les partenaires sociaux.
- ✓ La coopération avec les hôpitaux passe par l'accueil et l'acceptation au sein même de ses structures de tous les acteurs intervenants (médecins, associations...) et la décentralisation des services (par spécialités). Faciliter le contact avec la population concernée, vulgariser l'information sur les activités des secteurs public et privé et de toutes les parties institutionnelles concernées sont les conditions permettant à faire sauter les barrières entre l'hôpital et le reste des usagers et partenaires.
- ✓ Il ne faut pas se contenter des instances officielles de participation et de dialogue social mais il faut surtout partir en quête de formes de relations collectives et individuelles inédites pour établir de solides et bonnes relations sociales. L'objectif est d'orienter la marche de l'institution hospitalière vers la recherche de la qualité et d'expérimenter, dans ce contexte, un nouveau mode de management participatif.
- ✓ La qualité des prestations est nécessairement conditionnée par les processus communicationnels et relationnels des hôpitaux, à commencer par la coordination des soins, la définition des conditions de catégorisation des prises en charge médico-sociales, la mise en route et la redynamisation des projets de soins, des projets de vie et des projets socio-éducatifs, le fonctionnement d'un travail de liaison et en réseau et la qualité de la fonction transversale d'accueil,

- ✓ Enfin, pour la fonction publique hospitalière, une instance de dialogue social au niveau départemental ou régional, en tout cas d'un niveau supérieur à l'établissement hospitalier, devrait être instituée avec comme contrepartie la mise en place d'un organe de pilotage à ce niveau.

Le management moderne trouve sa source dans la nouvelle dynamique sociale répondant à la fois et sur un même pied d'égalité aux impératifs de l'institution, des patients et des partenaires sociaux en général.

### 3-L'éthique du care

Un autre levier est bien la question de l'éthique managériale. Après une volonté de rationalisation des process, d'élaboration de protocoles et de référentiels, que ce soit pour des motifs économiques de qualité ou de gestion des ressources humaines, il est important de se recentrer sur l'humain et les relations humaines. La vie ne se « protocolise » pas, les relations humaines, non plus. Aussi, chacun, quel que soit son métier et sa fonction, est là avec ses compétences et ses émotions, ses sentiments et ses valeurs. La gouvernance de l'hôpital doit considérer les hommes et les femmes comme « *sujets* » et non comme simples objets/acteurs. « *Ce qui est méconnu dans les approches managériales, c'est que le sujet n'est pas seulement un acteur positif dans une optique de production. Le sujet est un sujet de désir, confronté à des manques, pris dans des conflits internes, défendant son intégrité, c'est-à-dire un sujet vivant et psychiquement pris dans un ensemble intersubjectif et non réductible à un objet de management, si participatif soit-il* ». <sup>17</sup>

Le « *care* » n'a de sens que si le manager agit en intégrant la dimension de « *care about* ». Abstraction faite des compétences du professionnel de la santé, celui-ci doit être perçu en englobant « *l'éthique du care* » quand il s'agit, lors de l'accomplissement de sa mission, de mettre l'intérêt supérieur de l'institution au-dessus de tout par ces temps de disette.

Les managers doivent être faire siennes les règles de déontologie dans le cadre d'un dialogue social et d'un code d'éthique comportant des dispositions fortement partagées, aidé par un comportement exemplaire des acteurs, quel que soit leur statut et leur profession.

L'éthique managériale et plus spécifiquement l'éthique du « *care* », à savoir une sollicitude, un « prendre soin », institués comme principes de management, peut créer de la valeur et du sens. Elle peut aussi participer à atténuer les effets délétères reliés à l'intensification du travail (faire plus avec moins) et à une dégradation des relations interprofessionnelles inhérentes au NMP<sup>18</sup>.

L'éthique du « *care* » apporterait de la congruence entre la bienveillance attendue par le patient et la reconnaissance recherchée par les professionnels<sup>19</sup>.

Il y en a qui estime que la gestion de l'hôpital est différente de celle d'une entreprise. L'éthique du care dans le management n'est possible que s'il y a respect mutuel entre le personnel soignant et les usagers de l'hôpital. L'attention à l'autre ne se déclinera au cœur même de la relation de soins que si les soignants médecins et paramédicaux se sentent eux aussi

---

<sup>17</sup>Simon.B, « **le management face aux crises : la représentation d'un sujet défaillant** », in, Le management hors sujet ? Nouvelle Revue de psychologie, Eres, Paris, 2012, p185.

<sup>18</sup>Miremont.M-C, Valax.M, op.cit, p16.

<sup>19</sup>GILLIGAN. C, **Une voix différente. Pour une éthique du care**, Champs essais, Paris : Flammarion, 2008.

respectés, s'ils ressentent du « *care about* » envers eux-mêmes. « L'éthique du care » peut alors être une caractéristique du management hospitalier en tenant compte sur sa spécificité.

De ce qui précède et à travers la littérature et les entretiens, nous avons brossé un large tableau des changements et transformations que subit le système hospitalier. La survie de l'hôpital dépend de la quête du rendement et donc, de moyens financiers. Mais encore faut-il concilier cette exigence avec l'intérêt des patients auxquels on doit offrir des soins de qualité rapidement, 24 heures sur 24.

D'aucun, tous intervenants confondus dans le domaine de la santé, estime que l'adoption d'un nouveau management public comporte des risques. Les méthodes du monde de la production industrielle des services et du profit ne peuvent s'adapter à la lettre à l'hôpital qui, lui, a affaire à une population parfois, voire souvent, en état de vulnérabilité et de précarité

Nous sommes alors tentés de revenir à l'éthique, c'est-à-dire à la bienveillance, à la prévenance, à l'humanisme, à une politique sociale contrôlée, à la solidarité sociale envers ces derniers cas plutôt qu'à un nouveau management public dont le seul souci est d'être performant et de réaliser des profits avant toutes autres considérations. Nous pensons également que le « *care* » peut efficacement contribuer au développement d'une éthique managériale à l'hôpital.

Le « *care* » emporte une attitude de bienveillance. Cette attitude est certainement nécessaire aujourd'hui pour instaurer ou promouvoir la confiance tout au long de la chaîne des relations entre différents acteurs, entre les intervenants et les usagers, entre les professionnels de la même fonction médicale et les relations avec la hiérarchie.

Néanmoins, un management qui met le « *le care* » au-devant de ses préoccupations est perçu comme un manager « affectif ». « Le care » doit être de toutes les actions et les activités (prévoir, organiser, évaluer...). Cette réflexion devient un élément incontournable de la conception du projet managérial pour un management qui intègre « *le care* » sans pour autant faire perdre le cap des axes stratégiques à atteindre.

Marie-Claude Miremont et Marc Valax décrivent quatre niveaux de manifestations du *care* au sein du management. Le premier niveau correspond à celui de la personne avec un « *care about* » qui soit attentif à l'autre en tant qu'être singulier. Le deuxième niveau professionnel est un « *care about* » centré sur les compétences mais également les talents individuels dans une perspective de développement, d'épanouissement et de mise en synergie vers les objectifs à atteindre collectivement. Le troisième niveau est un prendre soin de l'intégration et de la socialisation de chacun au sein de l'équipe. Enfin le quatrième niveau vise l'attention toute particulière à permettre à chacun de s'impliquer, en regard de ses compétences et des talents personnels dans les projets institutionnels à la recherche du juste et fort engagement de chacun<sup>20</sup>

Notre approche ne consiste pas à aller vers la préconisation d'un leadership unique représenté en la personne du directeur, du boss. Elle ne consiste pas non plus à responsabiliser économiquement le personnel soignant mais à développer un leadership partagé, convergeant vers les mêmes objectifs en agissant en symbiose. Ceci est le modèle préconisé car répondant aux valeurs, aux moyens et aux spécificités que l'hôpital, avec ses trois groupes d'acteurs, peut

---

<sup>20</sup>Miremont-C, Valax. M, op.cit, p31

procurer, à savoir l'administration, les médecins et les paramédicaux. Il ne préconise pas forcément un système hiérarchisé. Il est seulement question que chaque groupe d'une même nature de profession puisse représenter ses propres valeurs, libère son énergie pour l'intérêt général de la structure hospitalière, laquelle saura ainsi résoudre ses problèmes et se remettre toujours en cause.

Chacun aura ainsi un rôle dynamique à jouer afin de réaliser les objectifs de l'hôpital selon ses propres valeurs. Le rôle des dirigeants consiste alors à canaliser toutes les énergies dans une forme de symbiose et dans le sens politique général de l'hôpital. Les médecins auront à charger leur leadership en ce qui concerne l'aspect clinique en relation avec les besoins de la population et le développement technologique et scientifique en matière de santé. Les autres corps de métier, les collaborateurs, qui complètent le travail des médecins doivent être aux petits soins avec les patients et attentifs avec eux dans un élan d'humanisme. Ceci se fera en comptant avec l'intelligence de ces collaborateurs et avec leur disposition à aller dans le sens de l'autonomie et de la sérénité en s'alignant sur le modèle du « *servant leadership* ».

L'hôpital d'aujourd'hui ne s'accommode plus de gestionnaires incompetents et devra être pourvu de cadres formés, compétents, sérieux dans leur travail, réalistes et conscients des enjeux et des objectifs à atteindre. Pour compléter l'acte médical et le rôle des managers, nous n'insisterons jamais assez sur l'obligation de la conduite à tenir par les assistants et les collaborateurs et qui consiste à se comporter avec bienveillance à l'égard des patients.

Enfin, et avant toute entreprise dans le domaine des soins médicaux, tout intervenant doit tout d'abord croire en lui-même, être véritablement digne de confiance et reconnu compétent par ses pairs, ses assistants et sa hiérarchie, et surtout être bienveillant à l'égard des patients.

## Conclusion

Notre approche dans la perspective d'un changement dont les professionnels de santé seront au centre d'intérêt, gagnera à être plus élargie et plus approfondie. L'hôpital est aussi une « arène » de joutes politiques entre acteurs qui tentent de faire valoir leurs convictions respectives. C'est ainsi qu'il faudrait conjuguer l'approche par la structure ou encore *top-down* de la réforme et l'approche *bottom-up* par acteurs, tel que préconisé par la sociologie de l'action. Et pour cause, la réforme s'est arrêtée au stade prématuré de la fécondation sans pouvoir atteindre le stade final de la gestation.

Selon Keramidas et Rochet, la réussite de la réforme est conditionnée par « la capacité de conjuguer deux stratégies, celle de la gestion et celle de la création de valeur<sup>21</sup> ». A travers la stratégie de création de valeurs, les auteurs sous-entendent le management des systèmes d'information, le management participatif, la capacité à manager les équipes...

La réforme des hôpitaux publics passe obligatoirement par l'engagement de tous les acteurs, tous rangs confondus et tous corps de métier. « La réforme n'est pas du seul ressort de la puissance publique. Les mesures de politiques publiques ne dictent pas l'entière situation du système car c'est la base qui la met ou non en œuvre ».

En somme, nous avons porté notre dévolu sur le management participatif comme modèle managérial performant garant de la réforme hospitalière. La spécificité et la nature de l'hôpital et du travail de ses acteurs perçus globalement et individuellement exige un nouveau mode de management et un engagement de ces acteurs qui doivent aussi être au fait des défis à relever.

Il est donc tout-à-fait évident qu'au lieu de se confondre dans des rapports conflictuels, ces derniers doivent exister dans un climat d'entente et d'interaction positive entre les groupes professionnels. Comme nous l'avons relaté plus haut, chaque groupe, abstraction faite de son appartenance professionnelle, a sa propre perception du système de valeurs et intègre la stratégie de l'établissement hospitalier. En outre, un management qui userait du « care » est en mesure d'aller dans le sens du changement vécu par l'hôpital et l'accompagner pour surmonter la crise.

---

<sup>21</sup> Abid. L, « *La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens* », revue management & avenir N°54, 2012, P122.

# Conclusion Générale

Le système de santé algérien a traversé plusieurs étapes s'étalant sur différentes périodes. Le souci des pouvoirs publics de 1962 à 1973 était d'unifier et d'uniformiser l'organisation héritée de la période coloniale en vertu d'une batterie de textes réglementant et organisant le fonctionnement des établissements hospitaliers et autres structures de la santé publique nationaux et locaux. La gratuité des soins depuis 1974 constitue un fait historique marquant dans le domaine de la santé, remettant en cause le système de santé existant et changeant les comportements des praticiens et autres personnels de la santé. C'est ainsi que le forfait hospitalier est instauré et la tarification en termes de journées d'hospitalisation est supprimée.

Suite à moult expériences, les contours d'un système de santé publique nationale commençaient à se dessiner pour la première fois en 1980 et ce, en tenant compte du souci d'harmonie et de cohésion en relation avec le système socio-économique protectionniste adopté par l'État algérien.

Le système de santé actuel en Algérie est structuré sous une forme pyramidale aux niveaux hiérarchiques multiples. La manne financière et l'amélioration de la situation économique en Algérie ont fait que le secteur de la santé s'est considérablement agrandi en termes d'infrastructures, de formation de personnel, de salaires, d'équipements... Le budget alloué au secteur de la santé en 2015 est de 381,97 milliards de dinars. Il vient à la troisième place après celui de la Défense et de l'intérieur. Malgré l'atout dont dispose le secteur de la santé, il reste perfectible au niveau de l'organisation, de financement et de gestion.

Le talon d'Achille du secteur public de la santé réside particulièrement dans son mode de gestion. Ceci dit, les problèmes d'organisation et de financement ne sont pas en reste. Ces contraintes touchent toute la hiérarchie.

Déjà, le système de santé algérien accuse un retard en matière d'avancées technologiques médicales comparé aux pays émergents. Les contraintes que l'on vient de citer plus haut empêchent la mise en place des réformes projetées. Donc, la levée de ces contraintes est un préalable pour espérer mettre en œuvre les réformes escomptées.

Le monde hospitalier a énormément changé durant le dernier demi-siècle et encore davantage durant ces vingt dernières années. Les responsables au niveau des structures hospitalières ont carrément changé de cap à celles-ci à tel point que De Gaulejac qualifie cela de véritable « révolution managériale », et ce, dans un souci d'obligation de résultat. Autrement dit, dans un souci de rentabilité, même s'ils (les responsables) ne doivent pas manquer de venir en aide aux plus démunis. Donc, les décideurs des structures hospitalières doivent obéir aux mêmes règles qui sont le propre des entrepreneurs privés, maîtriser au maximum les budgets alloués et être « comptables » devant la tutelle. Les dotations budgétaires et la pérennité de ces établissements hospitaliers dépendent tout d'abord de cette rigueur de gestion financière, et ce, sur la base d'indicateurs de gestion. Pour nombre d'entreprises du secteur public, le temps est maintenant plus aux pratiques de gestion du secteur privé. Aussi, ces établissements de santé doivent changer de modes d'organisation, de gestion et de fonctionnement.

Les pouvoirs publics ont pris les devants en adoptant une batterie de réformes du système de santé afin d'y remédier, d'enclencher et de poursuivre un processus de développement en termes de prestations et de gestion des infrastructures sanitaires et de ressources humaines.

Essentiellement, notre but était de donner une vision du périmètre et des fonctions du nouveau management public et en particulier du management hospitalier et de montrer empiriquement quel rôle peut jouer ce dernier dans la réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière.

Dans le contenu de cette dernière de notre recherche, nous allons mettre la lumière sur les apports académiques managériaux de ce travail doctoral et leurs limites et espérer défricher le terrain à d'autres perspectives de recherches dans les aspects non explorés ou non complétés jusqu'ici.

### **Les apports de notre étude :**

Arrivés au terme de ce travail doctoral, nous estimons que nous devons faire une récapitulation, voire un bilan de ce que cette recherche peut apporter et ajouter. Il est donc si important de rappeler le caractère de nouveauté, d'originalité et de contribution.

Un travail crédible doit obligatoirement passer par une analyse, voire un diagnostic, de ce qui s'est déjà fait dans le système de santé algérien pour arriver à la situation actuelle de ce même système en soulignant le mode d'organisation administrative et les moyens financiers dont il dispose. En conclusion, il importe de faire une analyse, même sommaire et générale, des problèmes liés à l'organisation, aux moyens financiers et à la gestion.

Nous publions ci-après les conclusions que nous avons tirées de l'analyse des problèmes et des incohérences constatées dans la gestion des établissements de santé publique :

La première contrainte réside dans la mauvaise gestion hospitalière, caractérisée par la multiplication des centres de décisions et donc, par un mauvais contrôle des ressources. Aussi, il est tout à fait normal que les usagers réagissent mal à cette situation.

Les contraintes les plus visibles que subissent les organisations hospitalières sont, au plan de leur organisation, de leurs moyens humains, de leur financement, de leur système d'information et de formation de leur personnel.

La charge de la tutelle se dilue et devient d'autant plus lourde lorsque les centres de décision et d'intervention commencent à se multiplier à différents niveaux. À cela s'ajoute l'inadaptation des statuts, les mauvaises conditions de travail et la rémunération démotivante. Les prestations offertes, associées à une organisation incohérente de l'offre financière de soins, restent insuffisantes lorsqu'on sait que les moyens sont en deçà des besoins sans cesse grandissants en matière de soins. L'information circulant aujourd'hui dans les hôpitaux s'adapte au niveau de la collecte, de l'exploitation et de l'analyse aux technologies modernes. Dans le domaine de la formation, le système d'éducation et de formation est aux antipodes des besoins du secteur de la santé. Les écoles de formation paramédicale répondent peu aux besoins du personnel qui doit davantage avoir besoin de perfectionner et d'affiner ses connaissances et



les développer en matière de soins. La formation du corps administratif (les gestionnaires) est, elle aussi, en décalage avec les besoins de la gestion hospitalière.

En général, ces contraintes sont dues au pouvoir central tutélaire qui répartit les budgets de fonctionnement inadaptés et en deçà des besoins exprimés. Quant au personnel de santé et autres gestionnaires, rien ne peut être décidé, voire initié, sans l'aval du département ministériel en charge de la santé ni en matière de recrutement ni en matière de promotion ni encore en matière de formation. Tout ceci est le fait du carcan des dispositions réglementaires contraignantes et d'un regroupement des pouvoirs aux mains du dit département ministériel, en bref, à une gestion bureaucratique.

Donc, la question se pose d'elle-même et consiste à se demander si on peut ignorer la nécessité d'une autonomie de gestion et continuer à tout décider au niveau de l'administration centrale. Comment peut-on continuer à l'orée du troisième millénaire à pratiquer un modèle de gestion centralisé et désuet dans les hôpitaux ? Comment traiter sur un même pied d'égalité des personnes de niveaux sociaux diamétralement opposés en matière de soins ?

Même si la gratuité des soins semble être une bonne et louable chose en soi, décidée dans le cadre d'une politique protectionniste et d'aide sociale, la question demeure toujours posée quant à savoir si cette gratuité rime avec efficacité. La réponse est qu'il reste beaucoup à faire face à certains dysfonctionnements des hôpitaux.

Devant ce constat, les pouvoirs publics ont entamé une série de réformes du système de santé pour y remédier. Ils se sont mis à promouvoir activement et sans répit la santé publique et à apporter des améliorations aussi bien au niveau du personnel soignant qu'au niveau des infrastructures sanitaires dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. Hélas, la réforme hospitalière en Algérie, entamée en 2002, n'a pas atteint les objectifs escomptés et a un goût d'inachevé. Donc, il va falloir revoir la copie de cette réforme. Et ce n'est pas en légiférant sûr de nouvelles dispositions qu'on va résoudre ce problème. Donc, il ne faut pas trop s'attendre aux miracles avec la récente et dernière loi N° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé.

À travers cette recherche, on a insisté sur le fait que tout doit commencer par le sommet de la pyramide, c'est-à-dire la tutelle. Il appartient à celle-ci de superviser, réguler et unifier les pratiques des initiatives locales jugées bonnes pour l'ensemble du pays.

Le rôle qui doit être le sien consiste à accompagner, en tant qu'observateur actif, et à assurer la continuité, la cohérence et la pérennité de la réforme quel que soit les acteurs et les gouvernements en place.

Pour consolider cette réforme hospitalière tant espérée, il faudra adopter une batterie de mesures, quitte à prendre des décisions pas forcément populaires, voire contraignantes, conformément à l'adage qui dit : « pour faire des omelettes, il faut casser les œufs », mais qui, au final, apportera ses fruits. Nous n'avons qu'à prendre l'exemple des pays qui ont beaucoup plus de moyens que nous, mais qui ne badinent pas avec la rigueur économique et la discipline, surtout quand il s'agit de la santé humaine.

Comme nous l'avons rappelé plus haut, nos ressources proviennent essentiellement de la manne pétrolière et notre système de santé dépend dangereusement de celle-ci. Par voie de conséquence, l'instabilité de ce système de santé est fonction de la fluctuation des cours des hydrocarbures ; ce qui amène à prendre courageusement les décisions politiques courageuses qui s'imposent.

L'État n'a qu'à s'aligner nécessairement sur ce qui se fait ailleurs, c'est-à-dire rénover la politique sanitaire dans le bon sens.

La politique de santé doit aller au fond des choses, à l'essentiel, au lieu de rafistoler et de bricoler. Elle doit, notamment, inclure le statut des établissements sanitaires, le financement du système de santé et la gestion du personnel de santé.

L'aspect financier demeure le nerf de la guerre du système de santé au regard des dépenses que cela induit partout dans le monde à cause de la démographie galopante, des besoins des populations sans cesse grandissants et des épidémies. L'État Algérien est connu pour sa politique de pourvoyeur de fonds à destination des structures de santé, mais il le fait mal. Aussi, est-il plus approprié que l'aide aille directement aux plus démunis par le biais des centres de soins de proximité et de disponibilités financières arrêtées minutieusement par programmes de prévention. Les soins gratuits ne sont pas si gratuits qu'ils n'y paraissent si on prend en considération les frais occasionnés tels que le transport, la restauration, les examens... Surtout pour ceux qui se déplacent de loin.

On ne le répétera jamais assez, l'Etat ne doit pas intervenir directement en offrant lui-même des soins, mais gagnerait à se contenter de payer ces soins pour les plus démunis et de s'occuper des programmes de prévention.

Les personnes travaillant dans le domaine de la santé interrogées pensent que la contractualisation, la communication et la modernisation de la gestion et de l'organisation de nos établissements de santé sont incontournables pour réussir la réforme hospitalière en Algérie.

La seconde contribution théorique de la thèse est l'analyse des principales réformes proposées par la nouvelle loi sanitaire N° 18-11 du 2 juillet 2018 relative à la santé. Cette loi ne doit pas uniquement « corriger » la loi N° 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé, mais devait avoir une valeur prémonitoire, visionnaire des événements à venir. C'est la condition sine qua non pour que cette loi permette à prendre la mesure des réformes, des opportunités, des enjeux et des contraintes dans les deux décennies à venir. Cette loi a manqué l'occasion d'introduire des dispositions et des règles impératives obligeant les responsables des structures hospitalières à rendre compte des ressources allouées par rapport aux prestations effectuées et à la gestion de ces structures en général. L'amélioration des performances du système de santé n'est pas une affaire de chiffre et de quantité en termes de ressources humaines ou de moyens techniques ou de dotations budgétaires, mais plutôt en termes d'efficacité. Ce sont les notions de responsabilité et de performance qui doivent prévaloir.

Concernant les apports empiriques de cette recherche, on évoque en premier lieu, l'analyse du modèle managérial et organisationnel de nos hôpitaux à travers une évaluation des différentes rubriques du management à savoir ; la planification, l'organisation, le processus

décisionnel, la motivation et le contrôle, par le biais d'une étude par questionnaire destinée aux « directeurs, sous directeurs, chefs de services » et qui a été complétée par des entretiens semi-directifs afin de pouvoir toucher d'autres acteurs essentiels de santé, en l'occurrence les DSP, afin de connaître leurs avis et perceptions de la place donnée au management dans la réforme hospitalière. Cette analyse nous a permis de connaître le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière où on a pu prouver à travers cette étude qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le modèle managérial de l'hôpital et la réussite de la réforme. On a pu ainsi approuver toutes nos hypothèses de recherche et confirmer notre hypothèse générale « **La réussite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière en Algérie dépend principalement de la place accordée à l'organisation et au management de l'hôpital** ».

Les résultats de cette étude ont permis, à partir des éléments recueillis, de déterminer l'attitude et la perception des acteurs de santé par rapport aux réformes hospitalières, d'identifier la place accordée au management dans ces réformes, les préalables à résoudre impérativement pour réussir la réforme hospitalière et de préciser leur représentation d'une bonne gestion hospitalière et d'un modèle managérial souhaité pour l'hôpital algérien.

Nous avons fait le parallèle entre tous les avis sur une bonne gestion hospitalière et décliné cela à l'aide d'une carte heuristique.

Les acteurs interrogés estiment que « **la bonne gestion hospitalière** » doit impérativement passer par les ressources humaines où le recrutement et la formation doivent être de la compétence des décideurs au niveau des hôpitaux et au niveau local. Le financement est, quant à lui, une affaire d'environnement social synonyme de protection sociale amenant à la contractualisation. S'agissant de la communication, celle-ci doit se faire au mieux possible entre les acteurs au sein même des établissements hospitaliers et dans le cadre de la relation tutelle- personnels hospitaliers. Au registre de la gestion et de l'organisation, il faut impérativement mettre à contribution tous les acteurs à tous les niveaux de la hiérarchie et par nature de profession et de métier. Par ailleurs, il faut adopter et user de nouvelles procédures et outils de gestion, à savoir l'évaluation, du projet de l'établissement, pour avoir les indicateurs nécessaires qui nous permettent d'établir une bonne gestion hospitalière.

Notre étude nous amène à orienter le pilotage de l'hôpital non vers un leadership unique, mais à préconiser l'existence d'un centre de décisions partagé (direction/administration, médecins et paramédicaux) et représentatif de tous les corps de profession au lieu d'un chef au bout de la pyramide appelé directeur ou communément patron. Ceci, à notre avis, est le meilleur moyen permettant de réaliser les objectifs tracés. Il ne s'agit pas là d'opter pour un système pyramidal, mais plutôt pour un système qui engloberait les trois types de fonctions (direction/administration, médecins et paramédicaux) pour que chaque intervenant puisse contribuer, à partir de son statut et des valeurs qu'il véhicule, à créer un concept homogène et unique permettant de résoudre les problèmes et d'aller de l'avant. Chaque intervenant doit apporter sa pierre à l'édifice afin que les objectifs tracés soient atteints pour le bien des patients et autres usagers. Ainsi, chacun aura son rôle à jouer : au staff dirigeant de montrer les grandes orientations à suivre et aux médecins de s'occuper exclusivement de l'aspect clinique, des besoins et des nouveautés en termes de soins. Les paramédicaux et les autres intervenants auront le rôle d'organiseurs et d'agents d'accueil dans un élan empreint d'humanisme.

Le management des hôpitaux doit être évidemment public, mais pour que la réussite de la réforme soit au rendez-vous, il faut réussir en même temps la gestion et la création des valeurs. Par création de valeurs, on entend le management des systèmes d'information, le management participatif, la capacité à manager les équipes...

À propos de réforme des hôpitaux proprement dite, tous les acteurs intervenants, quel que soit le groupe professionnel auquel ils appartiennent, doivent être mis à contribution sans exclusion aucune. La réforme n'est pas uniquement l'apanage des pouvoirs publics. Les mesures de politiques publiques ne dictent pas l'entière situation du système, car c'est la base qui la met ou non en œuvre.

Il est crucial que les décideurs au niveau des hôpitaux privilégient la voie salutaire de la communication interne et interpersonnelle allant dans le sens d'une satisfaction, à la fois du personnel de la santé, celle des patients et des autres usagers. C'est la dimension communicationnelle du management hospitalier qui met l'individu au centre d'intérêt dans tout procès de travail ; ce qui répond parfaitement aux attentes sans cesse renouvelées des collègues et des patients.

Au final, l'engouement du personnel, ses compétences et sa capacité à saisir les enjeux de l'hôpital sont des appuis non négligeables permettant de mettre en œuvre la réforme de l'hôpital.

Notre vœu est que les conclusions auxquelles nous avons abouti dans le présent travail doctoral fassent l'objet d'un intérêt particulier de la part des praticiens qui doivent considérer le management hospitalier comme un gage pour l'amélioration de la qualité des soins offerts, car il constitue un baromètre de mise en œuvre des réformes hospitalières.

## **Les limites de notre étude**

À l'instar de toutes autres recherches, il subsiste quelques zones d'ombre sur lesquelles il va falloir mettre la lumière dans le cadre de nouvelles études à entamer.

Ce sont là des limites d'ordre aussi bien théorique que pratique. L'aspect théorique réside dans le fait qu'il existe d'autres systèmes de santé en dehors de l'Algérie (pourquoi pas la Tunisie qui dispose de moins de moyens que nous ?) qui n'ont pas été évoqués et qui aurait pu constituer un parallèle à notre travail et même des expériences avérées et concluantes desquelles nous pourrions tirer profit. Par ailleurs, d'autres outils du management hospitalier devraient être évoqués en profondeur tels que le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens et les outils du contrôle de gestion vu leur poids dans le processus décisionnel de l'hôpital.

Notre étude révèle également des limites pratiques concernant l'échantillon. L'étude du modèle managérial et organisationnel de l'hôpital demande à questionner la catégorie gestionnaire de l'établissement de la santé concernée par l'utilisation de ce système (directeurs généraux, sous-directeurs et chefs de départements). Notre enquête a été menée uniquement sur les wilayas du centre (Alger, Blida, Tipaza, Médéa, Boumerdes et Tizi-Ouzou) faute de moyens permettant d'atteindre d'autres usagers, d'autant plus que le Ministère de la santé et de la population ne permet pas l'utilisation des sites électroniques pour collecter rapidement et à grande échelle les données ; ce qui aurait étayé davantage nos conclusions.

## **Les prolongements à envisager**

Nous pensons avoir révélé l'importance de cette étude en admettant ses limites. Nous pensons également avoir déblayé le terrain à des recherches complémentaires. C'est pourquoi nous exhortons les chercheurs à compléter l'étude de ce thème. C'est ainsi que plusieurs possibilités de recherches peuvent être dégagées :

Notre travail à savoir quelle est la place que peut prendre le management hospitalier dans les réformes hospitalières. Ici, il s'agit plutôt de chercher comment le management hospitalier influe sur la réussite de la réforme. Surtout qu'avec l'approbation de la nouvelle loi sanitaire, on pourra d'ici deux ans ou trois ans mesurer réellement son degré de mise en œuvre.

Le management participatif peut aller dans le sens d'un changement dans les hôpitaux et accompagner ceux-ci à surmonter les obstacles. Il va donc falloir aller au fond des choses en se posant moult questions. Ce management peut réellement changer la manière de voir et rend les tâches plus aisées pour les dirigeants et les managers hospitaliers, mais encore, devons-nous le rappeler, il faut avoir à l'esprit que la démarche n'est qu'embryonnaire.

En conclusion, nous dirons que notre travail de recherche n'est qu'un coup d'envoi, une invitation à d'autres études encore plus poussées, ô combien importantes de nos jours. En clair, notre vœu est de voir d'autres chercheurs se pencher sérieusement et profondément à l'avenir sur l'objet de notre thème.

# Bibliographie

## Bibliographie

### ❖ Livres

**A**bbad.J, **organisation et management hospitalier**, berger- Levrault, paris, 2001.

Anthony R.N., **The management control function**, The Harvard Business School Press, 1988.

**B**ersniak.A, Duru.G, **économies de la santé**, Edition Masson, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, 2000.

Brahmia.B, **économie de la santé, évolution et tendances des systèmes de santé**, BAHAEDDINE EDITION, 1<sup>ère</sup> édition, 2010.

**C**arricano et al, **analyse de données avec SPSS**, Pearson, 2 éditions, Paris, 2010.

Cieutat. B, Tenzer.N, **fonctions publiques : enjeux et stratégies pour le renouvellement**, la documentation française, 25 mars 2000.

CLEMENT. J-M, **Réflexions pour l'hôpital**, Les études hospitalières, ED coll, Bordeaux,1998.

Contandrio poulos, André-pierre, **l'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins**, Euronext, Montrouge, 1996.

Cremadez.M et Grateau.F, **le management stratégique hospitaliers**, 2eme edition Masson, PARIS, 1992.

Crozier M et Friedberg E, **l'acteur et le système**. Paris : seuil ; 1977.

**E**lisabeth Chamorand, **le système de santé Américain, poids du passé et perspectives**, la documentation française, paris, 1996.

**G**illigan. C, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Champs essais, Paris, Flammarion, 2008.

**K**rasovec K, Paul Shaw.R, **reproductive health end health sector reform: linking outcomes to action**, world Bank institute, Washington, 1999.

**L**e Petit Robert 1, paris, 1983.

Le Faou Anne Laurence, **les systèmes de santé en question, Allemagne, France, Royaume uni, Etats-Unis et Canada**, Edition Ellipses, Paris, 2003,

Leteurtre.H, Perret.F, **l'essentiel du management hospitalier à l'usage des médecins et des cadres soignants**, collection audit hôpital, Berger levrault, paris, janvier 2000.

Lamarzelle.D, **le mangement public en Europe**, janvier 2008.

**M**intzberg.H, **structure et dynamiques des organisations**, Editions d'organisation, paris,1982.

Moison. J-CI, Tonneau. D, **La démarche gestionnaire à l'hôpital**, De Boeck Supérieur, volume 1, 1999.

**O**ufriha. F-Z, **cette chère santé : une analyse économique du système de soins en Algérie**, OPU, Alger, 1992.

Oufriha.F-Z, **système de santé et population en Algérie**, ED. ANEP, 2002.

Oufriha.F-Z et Collaborateurs, **un système de santé à la croisée des chemins**, doc de recherche, CREAD 2006.

**P**alier.B, **la réforme des systèmes de santé**, éd PU, 5<sup>ème</sup> édition, collection que sais-je ?2010.

Perrow.C, **hospitals, technology, structure, and goals**, in J.G March Edition, handbook of organizations, chapter22.

Peter B. Guy, « **Nouveau management public (New public management)** » in Laurie Boussaguet et al., *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po « Références Gouvernances », 2010.

Poilroux .R, **management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux**, BERGER-LEVRAULT, 2000.

**R**oemer MI, **National health systems of the world**, volume1, New york, oxford, University Press, 1991.

Ribaut.M &Aromatario.c, **l'hôpital entreprise, pourquoi pas**, Edition Lamarre,1991.

**S**égal, J., **Contractualisation à l'hôpital**, Masson, Paris, 2000

Strauss. A, **La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionniste**, L'Harmattan, 1992.

**T**ONNEAU.D, **L'organisation du travail dans les services de soins**, Ed Anact,1996.

**V**ogt W. P, **Dictionary of statistics and methodology: A nontechnical guide for the social sciences**. Newbury Park, CA: Sage,1993.



## ❖ Revues

**Abid. L, La greffe des outils de gestion dans les hôpitaux publics tunisiens**, revue management & avenir N°54, 2012/4, PP 107-125.

Alain.G, Mannarini.M, **l'hôpital, un système organisé de territoires et de processus oriente performance et contrôle**. Comptabilité sans Frontières. The French Connection, Canada, May 2013.

Amar.A, Berthier.L, **le nouveau management public : avantage et limite**, la revue de RECEMAP, janvier 2007,

Anne-Laurence Le Faou, **la cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins**, les tribunes de la santé 2008/1, N° 18, P69-75.

Avele.D, Bikourane.N, **la mise en œuvre d'outils de contrôle de gestion et management de la performance en milieu hospitalier : une approche par étude de cas dans les hôpitaux publics camerounais**, p5, in [intercostos.org/documentos/congreso-15/AVELE.pdf](http://intercostos.org/documentos/congreso-15/AVELE.pdf).

**Blaid.H, le projet d'établissement hospitalier revu sous l'angle du management de projet**, la cible N°95, dossier projets hospitaliers, février2003, PP26-28.

Baillargeon.J, **L'analyse en composantes principales**. Stratégies d'analyse quantitative en psychologie II SRP-6020, Université uqtr, 2003.

Benmansour.S, **la contractualisation dans le système de santé Algérien : son impact sur le financement des hôpitaux publics**, revue critique.

Bérard.e, Steyer.v, **La responsabilité contractuelle à l'hôpital Un modèle fonctionnel malgré tout ?** Revue française de gestion – N° 237/2013, PP 148-167.

Berman P A, **Health sector reform: making health development sustainable**, Heath Policy 1995, PP 13-29.

Bonneau.C, **La production de soins, un enjeu managérial**, Gestion hospitalière, Février,1998.

Boussetta.M, Alami.S, **L'adoption du Contrôle de Gestion à l'Hôpital Marocain : Explication par l'approche PLS**, European Scientific Journal, Vol.13, No.4, February 2017, PP167-181.

Bussr.R, Riesberg.A, **système de santé en transition : Allemagne**, observatoire européen des systèmes et politiques de santé, Copenhague, 2005.

Budet.J-M, **Les clés de la gouvernance hospitalière**, Gestions Hospitalières, n°430, novembre, cahier 181, 2003.

**Cassels.A, health sector reform, keys issues in less developed countries**, journal of international development, may 1995, P329-347.

**Chevrier-Fatome, le système de santé en Angleterre, actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses ambulatoire**, inspection générale des affaires sociales, rapport 2002-105, Carine, 2002.

**Chauvancy Marie-Claire, Performance hospitalière / sécurité des soins : deux objectifs antinomiques ?** janvier 2009, in <https://carnetdesanté.fr/IMG/PDF>., « Chapitre 3. Le NHS : bilan de santé économique », *Etudes économiques de l'OCDE*, vol. 9, no. 9, 2009, pp. 79-108.

**Chougrani.S, Miloud.K, expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé**, Journal d'Economie Médicale, vol28, N°5, 2010, PP 179-193.

**Cheroute-bonneau, La production de soins, un enjeu managérial**, Gestion hospitalière, Février,1998.

**Chougrani.S et al, Evaluation du système d'information hospitalier de l'établissement hospitalier universitaire d'Oran**, santé publique 2013/5 (vol.25), PP617-626.

**Chouikha.S, Benmansour.A, le nouveau management public et la modernisation de l'administration publique, agrégats des connaissances**, revue semestrielle N° 03 /Octobre 2016.

**Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. intégration des soins : dimension et mise en œuvre**, Rupture, revue transdisciplinaire en santé, 2001.

**Denis J.L., Valette A, Changement de structure de régulation et performance du mandat : examen des enjeux à travers la création des Agences régionales de l'hospitalisation**, *Finance Contrôle Stratégie*, vol. 3, n° 2, 2000, PP 57-79.

**Edouard Couty, Camille Kouchner, Anne Laude et autres, la loi HPST**, droit& santé, presses de l'EHESP, 2012.

**Ellen M Immergut, le système de santé allemand : impasse ou révolution ?** Carnet de Santé de la France 2009, ed. by J. de Kervasdoué (trans.). Dunod, Mutualité Française, chap04, pp. 135-154.

**Étienne Minvielle, Management en santé : recherches actuelles et enjeux de demain**, in Pierre-Louis Bras *et al.*, *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.) « Hors collection »,2009.

Ewald Eisenberg, **le système de santé en France et en Allemagne**, Institut Euro, septembre 2007.

Eric Brathlon, **une lecture européenne du système de santé Américain**, conjoncture, février 2000.

Exworthy. M, Halford. S, **Professionals and Managers in a Changing Public Sector: Conflict, Compromise and Collaboration?** in *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*, Open University Press, Buckingham et Philadelphia, 1999.

**F**aou A.L, **la cogestion de l'assurance maladie en Allemagne par les associations de médecins**, les tribunes de la santé 2008/1, N° 18, PP69-75.

Florence.P, **La production politique de l'indifférence dans le Nouveau management public**, Anthropologie et Sociétés, vol. 27, n° 3, 2003,

Fiol M., **Le contrôle de gestion est-il encore un mode de convergence des buts ?** in Questions de contrôle, sous la dir. de Collins L., PUF, Coll. Gestion, 1999, pp.97-122.

Fray.A-M, **Nouvelles pratiques de gouvernance dans le milieu hospitalier : conséquences managériales sur les acteurs**, *Management & Avenir* 2009/8 (n° 28), PP142-159.

**J**acque Auger, **une Approche comparative des systèmes de santé dans quatre pays « Allemagne, Etats-Unis, France, Royaume uni »**, observatoire de l'administration publique, ENAP, coup d'œil, Avril 1999, volume 5, N°1.

Jean-Marc lucas, **système de santé Américain : pronostic vital réservé « sans intervention »**, conjoncture, janvier 2007.

Joachim Szecsenyi, **programme de disease management et organisation des soins primaires en Allemagne**, revue Française des Affaires Sociales, 2010/3, PP81-85.

John Libby Eurotext, **Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital ; à-propos des limites de la loi HPST**, l'information psychiatrique, 2009/2, volume 85, PP117-121.

Jocelyne Lentile-Yalenios *et al.*, **Le Nouveau Management Public conduit-il à un rapprochement public-privé ? Une analyse à partir des procédures d'évaluation du personnel**, *Gestion et management public* 2016/2 (Volume 4 / n° 4), PP 121-137.

**H**ood.C, Guy.P, **The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?** Journal of Public Administration Research and Theory 14 (3) (julio 1), 2004, PP 267 -282.

Hood.C, **New public management in the 1980s: variation on a theme**, accounting organizations and society, 1995, PP 93-109.

**I**nfo santé suisse, **les différents systèmes de santé en Europe**, N° 03, Avril 2010

**G**alvis-Narinos.F, Montélimard.A, **le système de santé des Etats Unis**, pratiques et organisations des soins 2009/4, vol40, PP 309-315.

Gangloff. F, **le nouveau management public et la bureaucratie professionnelle, La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit**, May 2009, Strasbourg, France.

Ghedia.A, **Réflexions sur le système de santé algérien**, Juin 2013, (IN [www.agoravox.fr/tribunelibre](http://www.agoravox.fr/tribunelibre)).

Gibert. P, **Les formes du management**, le management public, *Cahiers français* N° 321, Juillet-Aout 2004.

**K**aïd Tilane N : **la problématique du financement des soins en Algérie**, revue internationale de sécurité sociale, N° 4 vol ; 57, Edition spécifique européennes, octobre-décembre 2004

Kaddar.M, **remarque préliminaire sur l'avant-projet de loi sanitaire**, les cahiers du GRAS n° 6, 2015.

Kaiser.H et Rice.J, Little Jiffy, Mark IV. *Journal of Educational and Psychological Measurement*, 34, 111–117,1974.

**L**aplace.L, Kamendje.B, Nizard.J et autres, **les systèmes de santé français et anglais : évolution comparée depuis le milieu des années 90**, santé publique 2002/1, N° 14, PP47-56.  
Laribi.A, **nouvelle carte sanitaire : les secteurs sanitaires se transforment en EPH et EPSP** ; 12/07/2007.in, [www.santémaghreb.com](http://www.santémaghreb.com).

Larbi.A, **dossier sur le financement du secteur de santé**, laboratoire de recherche, école nationale de santé publique, janvier 2009.

Les comptes de la sécurité sociale-juin 2014.

Loannis lianos and laure pubert, « **the english patient** » -**réforme de la régulation du système britannique de santé**, centre for law, economics and society, cles working paper series.

**Les systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie défis nationaux et enjeux partagés**, les notes IPEMED n° 13, Avril 2012.

Limpens J.M, **La gestion d'un hôpital sous l'angle de la corporate gouvernance**, Gestions Hospitalières, n°430, 2003.

Les cahiers du GRAS N° 6, **lecture critique de l'avant-projet de loi relative à la santé en Algérie**,2015 coéditions l'Harmattan/GRAS.

**M**atidle Alonso Pérez, **les réformes des systèmes de santé, le cas de l'Allemagne, du Royaume uni et de l'Espagne**, les mots de la santé, Presses Universitaires de lyon, 2005, PP85-119.

Mason.A, Smith.p, **le système de santé anglais : régulation et rapports entre les différents acteurs**, revues françaises des affaires sociales 2006/2 « N°2-3 », PP 265-284.

Makhloufi.I et autres, **analyse organisationnelle de l'hôpital à travers le modèle de Mintzberg : cas de l'hôpital universitaire Cheikh Zaid**, santé publique 2012/6 (vol24), PP 573-585.

Marty. F, **Le nouveau management public et la transformation des compétences dans la sphère publique**. Laurence Solis-Potvin. Vers un modèle européen de fonction publique ? Bruylant, 2011, PP193- 222.

Meslé.f, Vallin.J, **transition sanitaire : tendance et perspectives**, médecine/séances, N° 11, vol16, novembre2000.

Mekalt.K, Brahamia.B, le système de santé Algérien face à la transition sanitaire : prise en charge et financement, « in [www.eiseverywhere.com](http://www.eiseverywhere.com) ».

Medina.P ,Lahmadi.G, **La dimension communicationnelle du management hospitalier** , communication& organisation, N° 41,2012.

Miremont. M-C, Valax. M, **vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique**, cairin.info, 2015/2 n° 15, pages 15 à 35.

Medina. P, Lahmadi. G, **La dimension communicationnelle du management hospitalier**, Communication et organisation [En ligne], 41 | 2012, mis en ligne le 01 juin 2015, consulté le 30septembre 2016. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/3790>, PP 157-168.

**O**uchtati .M, **réforme hospitalière : la nécessaire mutation du système de santé Algérien**, journal Algérien de médecine, volume XII, N°3, mai/juin, 2004.

**P**atrick Hassenteufel, **les transformations du mode de gouvernement de l'assurance maladie : une comparaison France/Allemagne**, la revue de l'Ires 2011/3 (N°70), PP3-32.

Prieur.C, **la réforme du système de santé américain**, pratiques et organisation des soins, 2011/4, vol42, PP 265-275.

Pesqueux.y, **le nouveau management public ou le new public management**, 2006, Hal-00510878.

**R**olf Schmucker, **le financement de la politique de santé de l'Allemagne enjeux et perspectives**, Note du Cerfa N°77, Ifri, Aout 2010.

**S**TEUDLER. F, **Le management hospitalier de demain : approche sociologique**, revue hospitalière de France, n° 497-Mars-Avril, 2004.

Schneider Markus, **le financement de l'assurance maladie en Allemagne**, revue d'économie financière, N° 34, 1995.

Saihi.A, **le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives**, *gestion hospitalière*, avril 2006.

Stuedler.F, **le management hospitalier de demain : approche sociologique**, revue hospitalière de France, N° 497-Mars-Avril, 2004,

Saihi, A., **la contractualisation « l'expérience étrangère »**, Ecole national de santé public, Revue le Gestionnaire, N° 2, Alger, Juillet 1998

Segouin, C., Bérard, A., **Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles**, In la revue du praticien, Paris, 2005.

Snoussi.Z, **Marché des médicaments génériques en Algérie : quelle régulation pour quelle promotion**, revue nouvelle économie, N° 07- septembre 2012, PP17-36.

Simon.B, **le management face aux crises : la représentation d'un sujet défaillant**, in, Le management hors sujet ? *Nouvelle Revue de psychologie*, Eres, Paris, 2012.

**Terry.L, Why should we abandon the Misconceived Quest to Reconcile Public Entrepreneurship with Democracy?**, Public Administration Review, 53 (4), 1993, PP 393-395.

**Véronique H-K et al., L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier**, Recherche en soins infirmiers 2013/4 (N° 115), PP 8-18.

**Yves Guillermo, médecine gratuite aux santés pour tous, réflexion sur l'expérience Algérienne**, sciences sociales et santé, volume 21, N° 02, 2003

Yves Emery Et David Giauque, **différentiation et intégration de l'emploi public en mutation**, Processus de différenciation – intégration entre l'emploi public et privé, [soc.kuleuven.be/io/egpa/HRM/ljubljana/Emery&Giauque.pdf](http://soc.kuleuven.be/io/egpa/HRM/ljubljana/Emery&Giauque.pdf).

**Zenati A, l'émergence et l'expansion des cliniques privées en Algérie**. In, [www.ebanque-pdf.com/fr\\_système-de--santé-algerien.html](http://www.ebanque-pdf.com/fr_système-de--santé-algerien.html).

Ziani.F, Brahmia.B, **La consommation de médicaments en Algérie entre croissance, financement et maîtrise**, les cahiers du MECAS N°13 décembre 2016, PP 191-209

### ❖ **Thèses de doctorat**

- Barr Djamila, **la réforme hospitalière en Algérie : une analyse critique**, thèse de doctorat, université d'Alger, Faculté des Sciences économique et des sciences de gestion, 2008-2009.

- Berard.E, **Rôle des instruments de gestion au sein des organisations : une approche socio matérielle. Le cas de l'usage des comptes de résultat analytique et des budgets dans un hôpital public français**, thèse de doctorat en Gestion et management, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I'ESCP Europe, 2013.

- Chaabane.S, **Gestion prédictive des blocs opératoires**, Institut National des sciences appliquées de Lyon, thèse de doctorat, 2004.
- Holcman.R, **l'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail, l'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital**, thèse de doctorat, soutenue à l'université paris dauphine, 2008.
- Graindorge .A.M, **Politique de santé en Algérie**, Université de paris VII, doctorat en médecine, 1985.
- Ghrisi.L, **le management des ressources humaines dans l'hôpital public ; cas : CHU d'Oran**, thèse de doctorat en sciences commerciales, université d'Oran, année 2011/2012.
- Grevin. A, **Les transformations du management des établissements de santé et leur impact sur la santé au travail : l'enjeu de la reconnaissance des dynamiques de don. Étude d'un centre de soins de suite et d'une clinique privée malades de "gestionniste"**, thèse de doctorat, Université de Nantes,2011
- Kaid N, **le système de santé Algérien entre efficacité et équité**, thèse de doctorat, université d'Alger, facultés de science commerciale et de gestion, année 2003.
- Lallouche.S, **le système hospitalier Algérien : une évolution nécessaire**, thèse de doctorat en droit privé, l'école doctorale INTER-MED Perpignan, 2016.
- Makhloufi. A, **système de soins et politique de santé en Algérie**, thèse de doctorat, université Paris-Dauphine, 1987.
- Miremont. M-C, **la dynamique « éthique du care » nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital**, thèse de doctorat, université de Pau et des pays de l'ADOUR, 2014.
- Mahyaoui, Y., **Etude juridico-économique de la contractualisation dans le système de soins**, Thèse de doctorat, Université de Paris VII, 2003,
- Oganesyanyan. Ani, **les réformes du système de santé en France et leurs impact**, thèse de doctorat, université Nice Sophia antipolis,2016.
- Saihi.A, **analyse critique de la gestion de l'institution sanitaire Algérienne : aspects organisationnels et impact du pouvoir central**, thèse de doctorat, université paris IX Dauphine, 1999.
- Sanogo.M, **Analyse des nouvelles formes organisationnelles hospitalières en émergence au Mali**, thèse de doctorat en santé publique, université de Montréal, 2012
- Vinot.D, **le projet d'établissement à l'hôpital : de la formalisation du concept à son instrumentalisation**, thèse de doctorat en science de gestion, université Jean Moulin, lyon3, 1999,

-Zehnati.A, **analyse économique de l'émergence et du développement d'une offre privée de soins en Algérie**, thèse de doctorat, université de Bedjaia, juin 2014.

#### ❖ Sites web

- <http://medphar.univ-poitiers.fr/santé pub/>
- <http://données-banquemondiale.org/>
- [http://www.celeiss.fr/docs/régimes/regimes\\_allemande2.html](http://www.celeiss.fr/docs/régimes/regimes_allemande2.html)
- <https://www.hse.ru/pubs/share/direct/document/107288273>
- <http://www.pass-ue.dz>, consulté le 14/08/2017
- [www.who.org](http://www.who.org)
- [www.cleiss.fr](http://www.cleiss.fr)
- [www.Ubifrance.fr](http://www.Ubifrance.fr)
- [www.lemonde.fr](http://www.lemonde.fr)
- <https://slideplayer.fr/>

#### ❖ Rapports, manuels

- ABID.L, **Les déserts médicaux ou inégalité territoriale en matière de l'offre de soins**, *le guide de la médecine et de la santé en Algérie*. In, [www.santemaghreb.com](http://www.santemaghreb.com)
- Benkaci.y, **rapport d'étape sur le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociale-MSPRH** cabinet,2011.
- Banque Mondiale, Région Mena, rapport N° 36270-DZ, **à la recherche d'un investissement public de qualité, une revue des dépenses publiques**, document de la banque mondiale aout 2007. In [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).
- Benkaci.y, rapport d'étape sur **le processus de contractualisation des relations entre les établissements publics de santé et les organismes de sécurité sociales-MSPRH** cabinet, 28-12-2011.
- Haut Conseil de santé Publique, **groupements hospitaliers de territoire et santé publique : un enjeu de la loi de modernisation de notre système de santé**, communiqué de presse, lundi 24 octobre 2016.
- Haute autorité de santé HAS, Direction de l'Accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, **Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé**, janvier, 2005.
- HAS, **Direction de l'amélioration de la qualité de la sécurité des soins**, janvier 2014
- Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, janvier 2005.
- Ministère de la santé, **carte sanitaire nationale**, Tome 1, Alger, 1981



- Ministère de la santé du Royaume du Maroc, Comptes Nationaux de la santé, 2010.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale : présentation des réformes en cours en Algérie en matière d'assurance maladie, 2011.
- MSPRH : mise en œuvre œuvres de la contractualisation des relations entre les établissements publics de santé, les organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale des wilayas, décembre 2003.
- MSPRH, rapport annuelle ; la santé des Algériens et des Algériennes, Alger, 2004,
- MSPRH, Direction des études et de la population, Santé, en chiffres 2015.
- Manuel d'élaboration du projet d'établissement hospitalier, réalisé dans le cadre des activités du PASS, Union Européenne-Algérie, JUIN, 2011.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, les réformes en santé évolution et perspectives, Alger-décembre 2015.
- Nacer.A, organisation et fonctionnement des établissements publics de santé ; analyse et perspective, formation des praticiens inspecteurs, Ecole Nationale de santé publique, el Marsa-Alger, juin 2005, P01.
- OMS, rapport sur la santé dans le monde, 2000.
- Rapport de politique générale : **la réforme du secteur de la santé : comment elle affecte la santé reproductive**, DRH plus, PRB, 2003.
- Rapport MSPRH, Santé des Algériens et des Algériennes, décembre 2004.
- Rapport Nabni, **cinquantième de l'indépendance : enseignants et vision pour l'Algérie de 2020**, 3<sup>ème</sup> thème, santé, janvier 2013.
- Rapport de la Direction de la santé, de la population et de la réforme hospitalière de la wilaya de Constantine « **Contractualisation des relations entre établissements de santé, organismes de sécurité sociale et les directions de l'action sociale** », Le 09/10/2015.
- Rapport préliminaire du conseil national de la réforme hospitalière. In: <http://www.ands.dz/reformehospitalière/rapport-preliminaire.htm>.

- Projections de l'ONS réalisées en 2004 sur la période 2000-2030.

### ❖ Séminaires, colloques

- Audrey Bécuwe1, A.T.E.R., IAE de Lyon 3, **Rationalité Et Management Public de la rationalité limitée d'Herbert Simon, à la rationalité encadrée** Actes du Colloque RECEMAP – Les Grands Auteurs en Management Public, Juin 2005.
- Abord de Chatillon & C. Desmarais, **Le nouveau Management public crée-t-il les conditions de nouvelles souffrances au travail ?** Management International, 2012, P17 (la communication au congrès de l'AGRH).
- Bougherbal.R, **transition épidémiologique en Algérie**, Journée Parlementaire sur la santé, conseil de la Nation, 2010,
- Barghriche.M, **Aperçu sur l'organisation du système de santé en Algérie, état des lieux 2009**, journée parlementaire sur la santé, conseil de la Nation, PP19-30.
- Chachoua.L, **le système national de santé de 1962 à nos jours**, colloque international sur les politiques de santé, Alger le 18 et 19 janvier 2014.
- Ferguene.A, **le new public management et la réforme de l'hôpital public en France avec la loi HPST**, colloque international sur « l'administration publique en Algérie : entre les impératifs de la modernisation et les défis de l'évaluation : regards croisés sur les bonnes pratiques internationales », université de Constantine 2 en collaboration avec le CREXE-Canada et le CREAD Algérie, les 28/29 avril 2014.
- Fortaki Mofida, **La nouvelle loi sur la santé comme moyen de réformer le système de santé en Algérie ; À la lumière de la transition en cours sur la santé**, colloque national sur La créativité et l'innovation comme moyen de réforme du système de santé en Algérie, université Blida 2, 2018
- Ministère de la santé, Séminaire sur **le développement d'un système national de santé : l'expérience algérienne**, journal l'unité, 1983.
- Nobre.T, **l'Hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements**, 20eme congrès de l'AFC, mai 1999, France.
- **Présentation du système national de sécurité sociale**, Rencontre Forum des Chefs d'Entreprises, Alger le 13 janvier 2016.
- Snoussi Zoulikha, Khalida Mohammed Belkebir, **le développement de l'industrie pharmaceutique nationale : un levier fondamental pour améliorer l'accès aux médicaments en Algérie**, colloque national sur La créativité et l'innovation comme moyen de réforme du système de santé en Algérie, université Blida 2, 2018.
- Ziani.L, Achouche.M, **analyse des dépenses de santé en Algérie**, colloque international, Algérie : cinquante ans d'expériences de développement Etat-Economie-Santé.

- Ziani.L, Ziani.Z, **le rôle de la sécurité sociale dans le financement de la santé en Algérie**, 7<sup>ème</sup> colloque National sur L'assurance de l'industrie, la pratique et les perspectives de développement - les expériences des pays-, 03 et 04 décembre 2012, Université de Chelef.
- ZEHNATI. A, **Analyse des inégalités de répartition territoriale des médecins spécialistes libéraux en Algérie**, inégalité de santé et territoire, 2em Atelier du Réseau Africain de Formation en Territoire et Santé, Constantine, 24-25 et 26 mai, 2016.

### ❖ Lois, décrets

- Arrêté interministériel du 4 juillet 1987 fixant la valeur monétaire des lettres clefs relatives aux actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux.
- Décret présidentiel N° 03 270 du 14 jourmada ethania 1424 correspondant au 13 aout 2003 portant création, organisation et fonctionnement de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran.
- Décret 94-10 et 94-11 du 26/05/1994
- Instruction interministérielle du 20/09/97 relative à la mise en œuvre du processus d'expérimentation du système de gestion du dossier médico – administratif du Patient au niveau des établissements publics de santé.
- MSPRH, Lettre de mission N° 121 du 20 avril 2014.

### ❖ Journaux

- EL Moudjahid**- Algérie- 26/07/2003.
- Kadder.M, le projet de loi sanitaire en Algérie : des avancées et des questions, le Quotidien d'Oran, le 05/01/2017.
- Lamri. L, plaidoyer pour une politique de santé renouvelée, EL Watan, dimanche 15 juillet 2018.
- Mellal.F, **Santé : Abdelmalek Boudiaf défend sa feuille de route et promet de « grandes réformes »**, journal reporters,17 juillet 2016.
- Ould Ali.S, Abdelmalek Boudiaf décline sa feuille de route pour 2016, liberté, 29/11/2015.
- Mohamed Brahim Farouk. **Bilan et perspective du système de santé Algérien**, le Quotidien d'Oran du 11-03-2012, in [www.Djazairiess.com](http://www.Djazairiess.com).

# Table des matières

<b>Introduction Générale</b> .....	<b>A</b>
<b>Chapitre I : les modèles de santé et réformes dans le monde : l'expérience de quelques pays</b> .....	<b>01</b>
<b>Introduction du chapitre</b> .....	<b>02</b>
<b>Section I : définition des concepts</b> .....	<b>03</b>
1- Le concept du système de santé .....	<b>03</b>
2- Les modèles de santé dans le monde .....	<b>05</b>
2-1 le modèle bismarckien « assurance maladie obligatoire AMO ».....	<b>05</b>
2-2 le modèle Beveridgien « plnifier, national ».....	<b>08</b>
2-3 le modèle libéral .....	<b>10</b>
2-4 le modèle mixte.....	<b>11</b>
3- La notion de la réforme hospitalière .....	<b>13</b>
3-1 le concept de la réforme hospitalière .....	<b>14</b>
3-2 les objectifs des réformes hospitalières .....	<b>16</b>
3-3 les composantes de la réforme du secteur de la santé .....	<b>18</b>
<b>Section II : organisation des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE : l'expérience de quelques pays européens</b> .....	<b>21</b>
<b>1- Le système de santé allemand : « modèle bismarckien »</b> .....	<b>21</b>
1-1 <i>Présentation rapide du système de soins allemand</i> .....	<b>21</b>
1-2 <i>Mode de financement et organisation du système de santé Allemand</i> .....	<b>23</b>
1-2-1 <i>organisation du système de santé allemand</i> .....	<b>23</b>
1- 2-2 <i>Mode de financement</i> .....	<b>25</b>
1-3 Le système de l'assurance maladie du régime légal.....	<b>26</b>
1-3-1 <i>procédures d'affiliation</i> .....	<b>27</b>
1 3-2 <i>Organisation</i> .....	<b>28</b>
1-3-3 <i>Taux de cotisations</i> .....	<b>28</b>
1-4 les réformes.....	<b>28</b>
<b>2- Le système de santé Britannique : « modèle Beveridgien »</b> .....	<b>34</b>
2-1 <i>Présentation du système de santé</i> .....	<b>34</b>
2-2 <i>Le NHS dans les réformes</i> .....	<b>36</b>
2-2-1 <i>le NHS avant 1991</i> .....	<b>36</b>
2-2-2 <i>l'organisation du NHS après la réforme de 1991</i> .....	<b>36</b>
2-2-3 <i>la seconde réforme du NHS (1999/2002)</i> .....	<b>38</b>
2-3 <i>L'organisation actuelle de NHS</i> .....	<b>39</b>

3- Le système de santé Américain : « <i>l modèle libéral</i> ».....	43
3-1 présentation.....	43
3-2 le fonctionnement du système de santé américain.....	44
3-2-1 <i>l'assurance publique : « Etat fédéral »</i> .....	44
3-2-2 <i>l'assurance privé</i> .....	46
3-2-3 <i>les non assurés</i> .....	48
3-3 Réformes du système de santé américain.....	48
4- Système de santé français : « le modèle mixte ».....	52
4-1 Présentation .....	52
4-2 organisation du système de santé en France .....	54
4-3 Principales réformes du système de santé Français .....	57
5- Analyse comparative des systèmes de santé .....	61
<b>Conclusion du chapitre .....</b>	<b>65</b>
<b>Chapitre II : Principes et fondements du management hospitalier .....</b>	<b>66</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>67</b>
<b>Section I : Cadre conceptuel et théorique de l'organisation hospitalière.....</b>	<b>68</b>
1- Le modèle de la bureaucratie professionnelle .....	68
2- L'hôpital une bureaucratie professionnelle .....	70
2-1 caractéristiques de l'organisation hospitalière .....	70
2-2 particularités de l'organisation hospitalière .....	72
3- Problèmes de la bureaucratie professionnelle .....	74
4- L'approfondissement du modèle de la bureaucratie professionnelle .....	77
<b>Section II : le management dans les établissements publics de santé : introduction du nouveau management public.....</b>	<b>80</b>
1- Le champ de management appliqué à la santé.....	80
1-1 Le management hospitalier .....	82
1-2 Les grandes fonctions du management hospitalier.....	82
2- Du management des bureaucraties à un renouveau managérial .....	85
3- Le nouveau management public.....	88
3-1 l'avènement du nouveau management public.....	88
3-2 les principes développés par le nouveau management public.....	90
3-3 forces et limites du nouveau management public .....	94
4- De la gouvernance des entreprises à la gouvernance des hôpitaux.....	95
<b>Section III : Les déclinaisons du Nouveau Management public au sein de l'hôpital.....</b>	<b>99</b>
1- Le contrôle de gestion en milieu hospitalier.....	99
1-1 Le modèle classique du contrôle de gestion .....	100
1-2 le contrôle de gestion et la performance hospitalière.....	101
2- L'approche contractuelle .....	102
2-1 la notion de la contractualisation .....	102
2-2 la logique de la contractualisation .....	103

2-3 les différentes phases de la contractualisation .....	104
2-4 la contractualisation en Algérie .....	105
3- L'évaluation comme outil de performance .....	108
4- L'accréditation des établissements de sante : un outil de reconnaissance.....	109
<b>Conclusion.....</b>	<b>111</b>
<b>Chapitre III : Historique du modèle organisationnel et managérial de l'hôpital algérien.....</b>	<b>112</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>113</b>
<b>Section I : l'évolution du système de santé algérien .....</b>	<b>114</b>
1- La période de 1962-1972 « reconstruction d'un système de santé dévasté par la guerre ».....	114
1-1 L'état du système en 1962 « l'héritage français ».....	114
1-2 L'évolution du système au cours de la période 1962-1972.....	115
1-2-1 les ressources humaines .....	117
1-2-2 les ressources matérielles .....	117
2- La période de 1973 à 1986 : « vaste programme de développement de la santé dans les établissements publics ».....	118
2-1 l'institution de la gratuité des soins.....	118
2-1-1 présentation .....	118
2-1-2 les différents portés de la gratuité des soins.....	121
2-2 certains aspects du système pendant la période 1974-1986 .....	122
3- La période de 1987-2003 « absence d'adaptation du secteur de la santé à la transition tridimensionnelle » .....	126
4- La période de 2004 jusqu'à ce jour "Volonté de réactiver une politique sanitaire d'envergure sans remettre en place une véritable planification à long terme" .....	128
4-1 la transition démographique .....	130
4-2 transitions épidémiologiques.....	131
<b>Section II : Structure et organisation du système de santé algérien .....</b>	<b>135</b>
1- L'organisation du secteur de la santé (schéma structurel).....	135
1-1 L'organisation Administrative.....	135
1-2 L'organisation de l'offre.....	137
1-2-1 le secteur public .....	137
1-2-2 le secteur parapublic .....	143
1-2-3 le secteur privé .....	143
1-3 les ressources humaines.....	145
2- Le financement du système de soins en Algérie.....	147
2-1 dépenses de santé et mécanismes de financement .....	148
2-1-1 évolution de la DNS en % du PIB.....	150
2-1-2 l'évolution de la DNS en termes d'agents de financement.....	153
2-2 les facteurs explicatifs de la croissance des dépenses de santé en Algérie.....	155
3- Présentation sommaire du système de la sécurité sociale en Algérie.....	157

3-1 l'historique .....	157
3-2 l'organisation actuelle .....	158
3-3 le financement .....	159
3-3-1 les ressources .....	159
3-3-2 les dépenses de la sécurité sociale en Algérie .....	161
<b>Section III : les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur public hospitalier.....</b>	<b>164</b>
1- Les contraintes et les dysfonctionnements liés à l'organisation .....	164
2- Les contraintes et les dysfonctionnements liés au financement.....	165
2-1 Allocation et répartition des ressources financières inadaptées et insuffisante.....	165
2-2 Budgets des hôpitaux non négociés.....	166
3- Les contraintes et les dysfonctionnements liés aux infrastructures et aux ressources humaines.....	167
3-1 les infrastructures.....	167
3-2 les ressources humaines .....	167
4- Les contraintes et les dysfonctionnements dans le secteur hospitalier privé et la dualité du système .....	168
<b>Conclusion .....</b>	<b>170</b>
<b><u>Chapitre IV</u> : Etude empirique de l'influence du management hospitalier sur le degré de mise en œuvre des réformes. ....</b>	<b>171</b>
	172
<b>Introduction du chapitre .....</b>	
<b>Section I : Les principaux axes des réformes du système de santé en Algérie .....</b>	<b>173</b>
1- La réforme hospitalière, rapport préliminaire du CNRH.....	173
2- La nouvelle carte sanitaire .....	176
3- Réforme du médicament générique .....	176
3-1 le tarif de référence.....	177
3-2 droit de substitution.....	177
3-3 les incitation financière.....	178
3-4 l'encouragement de l'industrie locale des génériques .....	178
4- Réforme de l'assurance maladie (Carte Chifa).....	179
5- Le Programme d'Appui au Secteur de la Santé PASS .....	180
6- La feuille de route, les trois plans d'actions et la nouvelle loi sanitaire.....	182
6-1 les vingt-quatre actions de la feuille deroute.....	183
6-2 les trois Plans d'action «3 P ».....	186
6-2-1 plan d'action d'assainissement des carrières.....	186
6-2-2 plan d'action d'assainissement financier .....	187
6-2-3 plan d'action de facilitation pour l'accès aux soins .....	187
6-3 la nouvelle loi sanitaire .....	187

<b>Section II : Cadre méthodologique de l'enquête .....</b>	<b>193</b>
1- L'enquête réalisée .....	193
1-1 Enquête par questionnaire .....	193
1-2 La réalisation des entretiens semi-directifs .....	195
2- Identification des variables de l'étude .....	195
2-1 Analyse des facteurs influençant la réussite de la réforme hospitalière « variable relative à la réforme hospitalière ».....	195
2-2 variables relatives au management hospitalier.....	196
3- Méthodologie de recherche.....	199
3-1 Méthodologie d'épuration et de validation des échelles de mesure.....	199
3-1-1 Adéquation de la méthode aux données.....	200
3-1-2 Principes d'analyse.....	200
3-1-3 résultats de l'analyse factorielle en composante principale.....	201
3-2 la méthodologie de test des hypothèses de la recherche.....	207
<b>Section III : présentation et discussion des résultats .....</b>	<b>208</b>
1- Dépouillement des résultats de l'enquête par questionnaire .....	208
1-1 résultat du test de normalité (coefficient Skewness et Kurtosis).....	208
1-3 tests des hypothèses de recherche .....	208
1-2-1 test de l'hypothèse N° 1.....	208
1-2-2 test de l'hypothèse N° 2.....	211
1-2-3 test de l'hypothèse N° 3.....	213
2- Présentation et discussion des résultats de l'enquête par entretien.....	217
2-1 présentation de l'étude par entretien .....	217
2-2 discussion des résultats.....	225
2-2-1 le support des acteurs aux réformes hospitalières.....	225
2-2-2 la place accordée au management dans les réformes hospitalières.....	225
2-2-3 l'avis des acteurs sur la nouvelle loi et les conditions de réussite de la réforme hospitalière.....	226
2-2-4 les déterminants d'une bonne gestion hospitalière .....	228
<b>Conclusion .....</b>	<b>231</b>
<b><u>Chapitre V : Recommandations et essai de mise au point d'un modèle d'organisation et de management de l'hôpital Algérien.....</u></b>	<b>232</b>
<b>Introduction du chapitre .....</b>	<b>233</b>
<b><u>Section I : Ce qui reste à faire pour consolider la réforme hospitalière.....</u></b>	<b>234</b>
1- Rénover la politique sanitaire : clé du développement sanitaire.....	234
1-1 Nécessité d'un cadre juridique plus souple .....	235
1-2 La tutelle jouera son rôle de conception, d'animation et de contrôle.....	235
1-3 Débudgétiser .....	235



1-4 Mettre le pilotage par la qualité et la performance au cœur de la politique de santé publique.....	236
2- L'approche contractuelle alternative incontournable de gestion .....	237
3- L'intégration des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans le système d'information sanitaire .....	239
4- La modernisation de la gestion et de l'organisation de l'hôpital.....	240
5- Construire la complémentarité entre les secteurs public et privé.....	241
<b>Section II : Essai de détermination des principales caractéristiques pour un management hospitalier performant.....</b>	<b>243</b>
1- La recherche de synergie entre direction et corps médical ; vers un leadership partagé.....	244
2- L'importance de la dimension communicationnelle à l'hôpital .....	246
3- L'éthique du care .....	249
<b>Conclusion .....</b>	<b>252</b>
<b>Conclusion générale.....</b>	<b>254</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>262</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>281</b>

# ANNEXES

# **Annexe 01 :Guide d'entretien (mai, juin et juillet 2018)**

## **Introduction**

**1-** Que pensez-vous de la réforme hospitalière ? Répond-elle aux attentes des acteurs internes et des usagers ?

## **Section I : attitudes et support des acteurs aux réformes**

**2-**Quelles attitudes ont ces différents acteurs face à la réforme ?

**3-** les acteurs influents ayant une perception positive de la réforme ont-ils ou non consenti des efforts pour renforcer la réforme, la faire accepter ou lutter contre les obstacles à son développement ?

-si oui, quels sont ces efforts, si non pourquoi ?

**4-** l'hôpital utilise -t-il un plan d'action pour la mise en œuvre de la réforme hospitalière ?

-si non, quelles sont les contraintes.

**5-** des activités de sensibilisation et de formation à la réforme sont-elles ou non organisées au profit du personnel des différents établissements hospitaliers ?

-si non quelles sont les contraintes ?

## **Section II : la place des acteurs et du management dans les réformes hospitalières**

**6-** Quelle est la place accordée aux acteurs internes de l'hôpital dans la réforme hospitalière ?

**7-** Quels sont les objectifs de la réforme, surtout celui qui concerne la modernisation du management de l'hôpital ?

**8-** quelles sont les contraintes liées à l'implantation des outils de gestion ?

**9-** Quels sont les compartiments de l'organisation et du management de l'hôpital concernés par la réforme ?

**10-** quelle est la place accordée à l'organisation et au management hospitalier dans ces réformes ?

### **Section III : avis des acteurs sur les conditions de réussite de la réforme hospitalière**

**11-** après trente-deux ans de vide juridique, pensez-vous que ce nouveau projet de loi sanitaire permet de palier à tous les dysfonctionnements dont souffre notre système de santé ?

**12-**quels sont pour -vous les préalables à résoudre impérativement pour voir la réforme hospitalière amener le système hospitalier à remplir son mandat et sa mission ?

#### **Conclusion**

**13-**Quels sont pour vous les deux principaux déterminants de la bonne gestion hospitalière ?

Ces questions n'ont pas été posées de manière chronologique, mais présentées au début de l'entretien afin de laisser à la personne la liberté de rebondir plus particulièrement sur un de ces points.

Au cours de l'entretien pouvaient être posées des questions visant une clarification et/ou une exploration plus précise des propos ou des représentations de la personne. Une question du guide, non abordée par la personne, pouvait aussi être reposée avant la fin de l'entretien. Parfois, au moment de se quitter alors que l'entretien était, à priori, terminé la personne rajoutait des éléments qui pouvaient me sembler importants. Je proposais alors de repartir de cette question lors d'un prochain entretien.



**8- Avez-vous des Appréhensions par rapport à l'application de la réforme ?**

*Oui*     *Non*

**-si Oui, cela revient à :**

- Une planification hospitalière à améliorer
- Aux outils de gestion à implantés
- Des craintes quant aux conséquences qui découlent du statut d'autonomie.
- Des craintes quant au rôle du conseil régional.
- Difficultés d'application de la réforme.

Autres

.....

**9- Avez-vous consenti des efforts pour renforcer la réforme, la faire accepter ou lutter contre les obstacles à son développement ?**

*Oui*     *Non*

Si oui, quels sont ces efforts ?.....

.....

**10-**

<b>Les mesures qui devaient être prises, d'ordre législatifs, réglementaire et d'ordre organisationnel « élaboration et mise en place de nouveaux outils de gestion, projet d'établissement, tableaux de bord » et enfin d'ordre technique « amélioration des infrastructures et équipements » à quel degré sont-elles devenues effective ?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**12-**

<b>L'objectif de conduire à une transformation radicale des méthodes de gestion des hôpitaux, afin d'améliorer leurs performances et la qualité des services et des soins qu'il dispensent, à quel point est-il atteint ?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**13-**

<b>Selon vous, le nouveau projet de loi sanitaire, a quel degré permet-il de résoudre les problèmes et les difficultés dont souffre votre établissement ?</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**14-Selon vous, quelles sont les préalables à résoudre impérativement si le gouvernement souhaite voir la réforme hospitalière amener l'hôpital à remplir efficacement sa mission :**

- L'autonomie de gestion des hôpitaux avec des organes de décision incluant les différentes parties prenantes.*
  - La rationalisation de la gestion des ressources humaines avec un statut spécifique du personnel de santé fonctionnaire*
  - Le financement effectif du système hospitalier*
  - La modernisation de l'organisation et du management de l'hôpital*
  - La mise en place de nouveaux outils de gestion, de suivi et d'évaluation.*
  - Publier le décret et les textes d'application.*
  - Clarifier les relations avec les conseils régionaux.*
  - Mieux associer l'université à la réforme.*
- Autres.....*

**c- le management hospitalier :**

**15- comment évaluez-vous le déroulement de la planification au sein de votre établissement ?**

	1	2	3	4	5
Un diagnostic interne et externe est réalisé préalablement à toute réflexion sur les objectifs et les choix stratégiques.					
Les responsables concernés sont impliqués dans la fixation des objectifs et des choix stratégiques.					
Les objectifs et les choix stratégiques se déclinent à long, moyen et court terme.					
Les objectifs, les choix stratégiques et les moyens nécessaires à leur mise en œuvre sont connus de l'ensemble du personnel.					
La constitution actuelle du conseil d'administration est la meilleure, permettant ainsi la réalisation des objectifs					
La planification à l'hôpital touche tous les niveaux avec des programmes complets de tous les services fournis par l'hôpital.					
Les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés avec précision.					
Les plans et les programmes des hôpitaux se font sur la base des résultats des recherches sur terrain montrant les besoins réels de la communauté.					

**16- Comment juger-vous votre degré d'autonomie par rapport à la gestion de l'hôpital en ce qui concerne les points suivants ?**

	Très limité	Moyennement limité	Neutre	Limité	Pas du tout limité
Autonomie pour embaucher et licencier					
L'application de sanctions ou l'accordement d'encouragement					
Le montant des dépenses sans autorisation					
L'assurance d'une maintenance correcte de vos équipements					
L'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement.					

**17- concernant l'organisation actuelle, veuillez évaluer les dimensions suivantes au sein de votre établissement :**

	1	2	3	4	5
L'organigramme est en adéquation avec les activités, les objectifs et les missions de l'établissement. Il est régulièrement mis à jour et connu de tous.					
L'organigramme reflète la structure de responsabilité et les liens hiérarchiques dans l'établissement.					
L'organisation actuelle est appropriée aux conditions dominantes et aide à la réalisation efficace du travail.					
L'organisation actuelle favorise la sensation d'esprit d'équipe et de coopération entre les différents services.					
Le nombre actuel des niveaux hiérarchiques est approprié à la nature du travail et aide à la synergie entre les différents niveaux.					
La réalisation systématique et périodique d'un audit organisationnel pour améliorer l'efficacité et l'efficacé.					

**18- comment évaluez-vous le processus décisionnel au sein de votre établissement ?**

	1	2	3	4	5
Le processus décisionnel fait l'objet, selon les nécessités, d'une concertation préalable.					
Le champ de décision de chaque responsable est défini et connu de tous.					
Le responsable formalise, explicite et communique ses décisions aux personnes concernés.					
La plupart des décisions relatives au travail quotidien sont centralisées et prises au niveau plus haut.					
L'impact et la pertinence de la décision en termes de contenu et de délai sont évalués.					



**19- concernant la motivation du personnel, trouvez-vous que ?**

	1	2	3	4	5
Chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis.					
Les prises d'initiative et la créativité individuelles et collectives sont encouragées.					
Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.					
Les politiques actuelles de l'organisation permettent le développement des ressources humaines d'une manière efficace.					

**20- comment évaluez-vous la politique de développement des ressources humaines au sein de votre établissement ?**

	1	2	3	4	5
Le système de sélection et de nomination assure qu'il y'a la bonne personne à chaque poste.					
Il y a une évaluation périodique de la performance des groupes de travail.					
Une politique de gestion des emplois et des compétences est définie en lien avec les orientations stratégiques.					
L'adéquation quantitative et qualitative des ressources humaines et régulièrement évaluée et réajustée en fonction de l'activité et de l'évolution des prises en charge.					
Un plan de formation est mis en œuvre					
La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement.					

**21- Concernant le processus d'évaluation et de contrôle, veuillez évaluer les indicateurs suivants tels qu'ils sont dans votre établissement :**

	1	2	3	4	5
Des indicateurs de performance pertinents au regard des missions, de la taille de l'établissement et des différents services sont utilisés.					
Le responsable évalue le degré d'atteinte de ses objectifs en termes d'activité et de moyens (personnels, consommables, équipements). Il mesure le coût de séjour et des prestations dans le cadre d'une comptabilité analytique et met en place des outils de contrôle et d'audit.					
Un processus permettant d'apprécier régulièrement la satisfaction des patients, des médecins correspondants et des personnels est mis en place. Les résultats sont analysés et exploités.					
L'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses, selon une procédure formalisée.					
L'établissement conduit une analyse des couts dans le cadre de ses procédures de responsabilisation budgétaire interne.					
Les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement et donnent lieu, si nécessaire, à des décisions de réajustement.					

**22- Quels sont les outils dont votre établissement dispose actuellement ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contrôle de gestion    | <input type="checkbox"/> tableau de bord       |
| <input type="checkbox"/> Projet d'établissement | <input type="checkbox"/> système d'information |

**23- Par qui sont-ils exploités ?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseil d'administration | <input type="checkbox"/> équipe de direction |
| <input type="checkbox"/> Conseil médicale         | <input type="checkbox"/> chef de service     |
| <input type="checkbox"/> Cadre administratif      | <input type="checkbox"/> cadre de santé      |

**24- Ces outils sont-ils examinés dans les réunions de direction de l'établissement ?**

- OUI                       NON

Si non, pourquoi ?.....

**25-La stratégie d'établissement est-elle réajustée en fonction des informations fournies par ces outils ?**             OUI             NON

Si non, pourquoi ?.....

**26- quel est le rythme des revues des méthodes gestion entre les services et la direction ?**

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bimestriel   | <input type="checkbox"/> semestriel |
| <input type="checkbox"/> Trimestriel  | <input type="checkbox"/> Annuelle   |
| <input type="checkbox"/> Quadrimestre |                                     |

**27- C'est quoi pour vous la modernisation de la gestion hospitalière ?**

.....  
.....

**Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique**  
**L'Ecole Supérieur de Commerce « ESC »**

Dans le cadre de l'élaboration d'une thèse de doctorat en management sous le thème « le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière en Algérie » nous vous adressons ce questionnaire.

Cette enquête rentre dans le cadre d'une recherche scientifique analysant les liens entre d'un côté, le modèle manageriel et organisationnel de l'hôpital algérien et de l'autre côté la réussite de l'application des dispositions de la réforme hospitalière

Les informations que vous nous fournirez seront considérées strictement confidentielle, elles ne seront en aucun cas diffusées, transmises à une tierce partie, ou utilisées pour d'autres fins que celles de la thèse de doctorat, et ce de façon anonyme.

A l'avance, nous vous remerciant de votre collaboration, sans laquelle cette recherche doctorale ne serait aboutir.

Doctorante : lechab selma

FACTOR

```
/VARIABLES planification1 planification3 planification4 planification6 planification7 planification8 planification2 planification5
/MISSING MEANSUB
/ANALYSIS planification1 planification3 planification4 planification6 planification7 planification8 planification2 planification5
/PRINT INITIAL KMO EXTRACTION ROTATION
/PLOT EIGEN
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.
```

### annexe N°3: validation de l'échelle de mesure "planification".

#### Analyse factorielle

Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,804
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	203,768
	ddl	28
	Signification	,000

### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
diagnostic interne et externe	1,000	,787
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	1,000	,956
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	1,000	,920
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	1,000	,744
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	1,000	,909
les plans et les programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	1,000	,717
les responsables sont impliqués dans la fixation des objectifs	1,000	,963
la constitution du CA permet la réalisation des objectifs	1,000	,927

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Variance totale expliquée

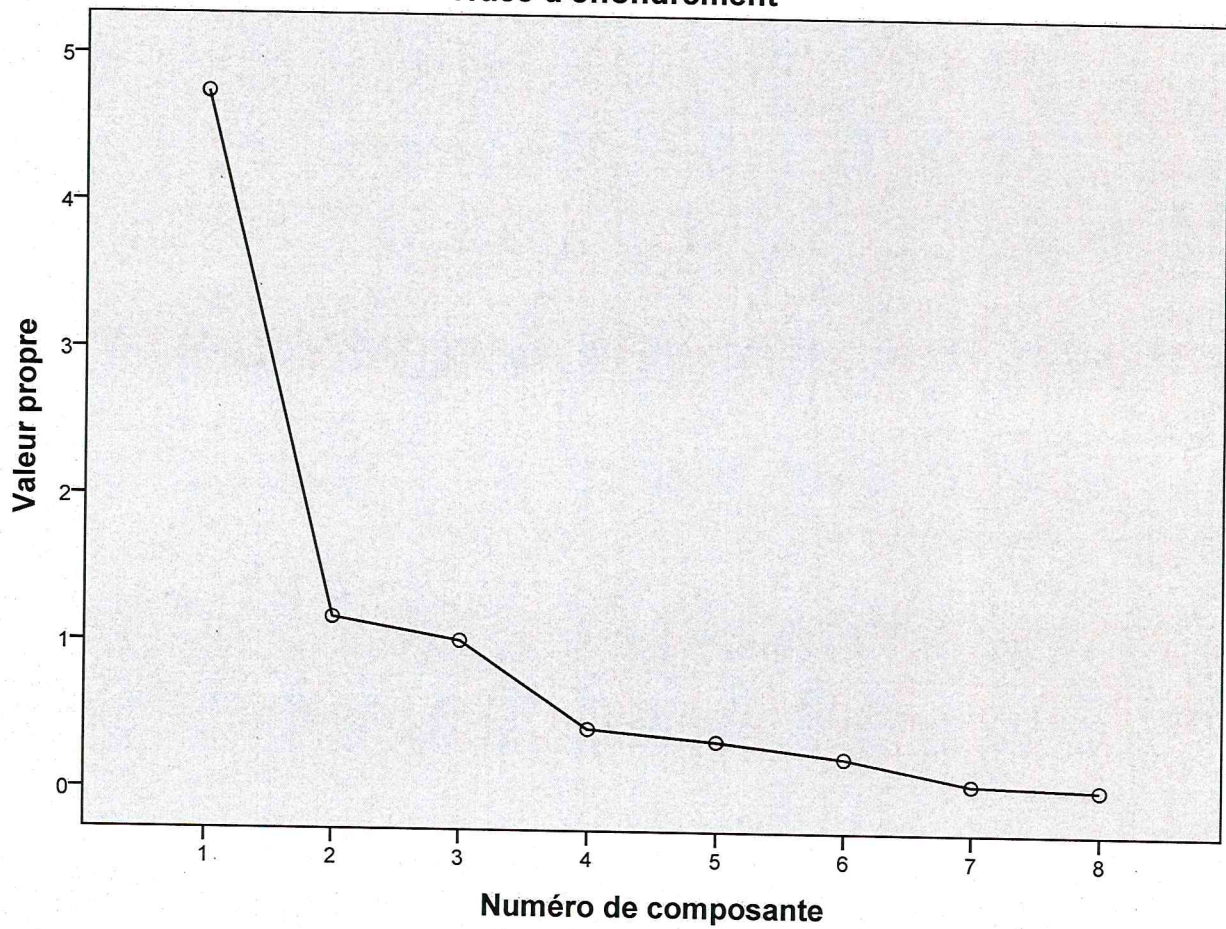
Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,743	59,291	59,291	4,743	59,291	59,291
2	1,168	14,594	73,885	1,168	14,594	73,885
3	1,012	12,651	86,535	1,012	12,651	86,535
4	,417	5,214	91,749			
5	,338	4,228	95,976			
6	,232	2,895	98,872			
7	,059	,736	99,607			
8	,031	,393	100,000			

### Variance totale expliquée

Composante	Sommes de rotation du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,529	56,618	56,618
2	1,308	16,355	72,972
3	1,085	13,563	86,535
4			
5			
6			
7			
8			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Tracé d'effondrement





**Matrice des composantes<sup>a</sup>**

	Composante		
	1	2	3
diagnostic interne et externe	,867	-,173	-,073
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	,968	-,069	,116
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	,956	-,016	,082
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	,818	-,086	,259
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	,880	,368	-,013
les plans et les programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	,737	,389	-,146
les responsables sont impliqués dans la fixation des objectifs	-,236	,096	,947
la constitution du CA permet la réalisation des objectifs	-,313	,911	-,011

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 3 composantes extraites.

**Rotation de la matrice des composantes<sup>a</sup>**

	Composante		
	1	2	3
diagnostic interne et externe	,796	-,337	-,201
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	,940	-,268	-,023
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	,934	-,212	-,053
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	,809	-,265	,139
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	,928	,185	-,120
les plans et les programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	,777	,244	-,231
les responsables sont impliqués dans la fixation des objectifs	-,088	,073	,974
la constitution du CA permet la réalisation des objectifs	-,117	,953	,072

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.  
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.<sup>a</sup>

a. Convergence de la rotation dans 4 itérations.

**Matrice de transformation des composantes**

Composante	1	2	3
1	,970	-,199	-,140
2	,207	,977	,044
3	,128	-,071	,989

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.

FACTOR

/VARIABLES planification1 planification3 planification4 planification6 planification7 planification8

/MISSING MEANSUB

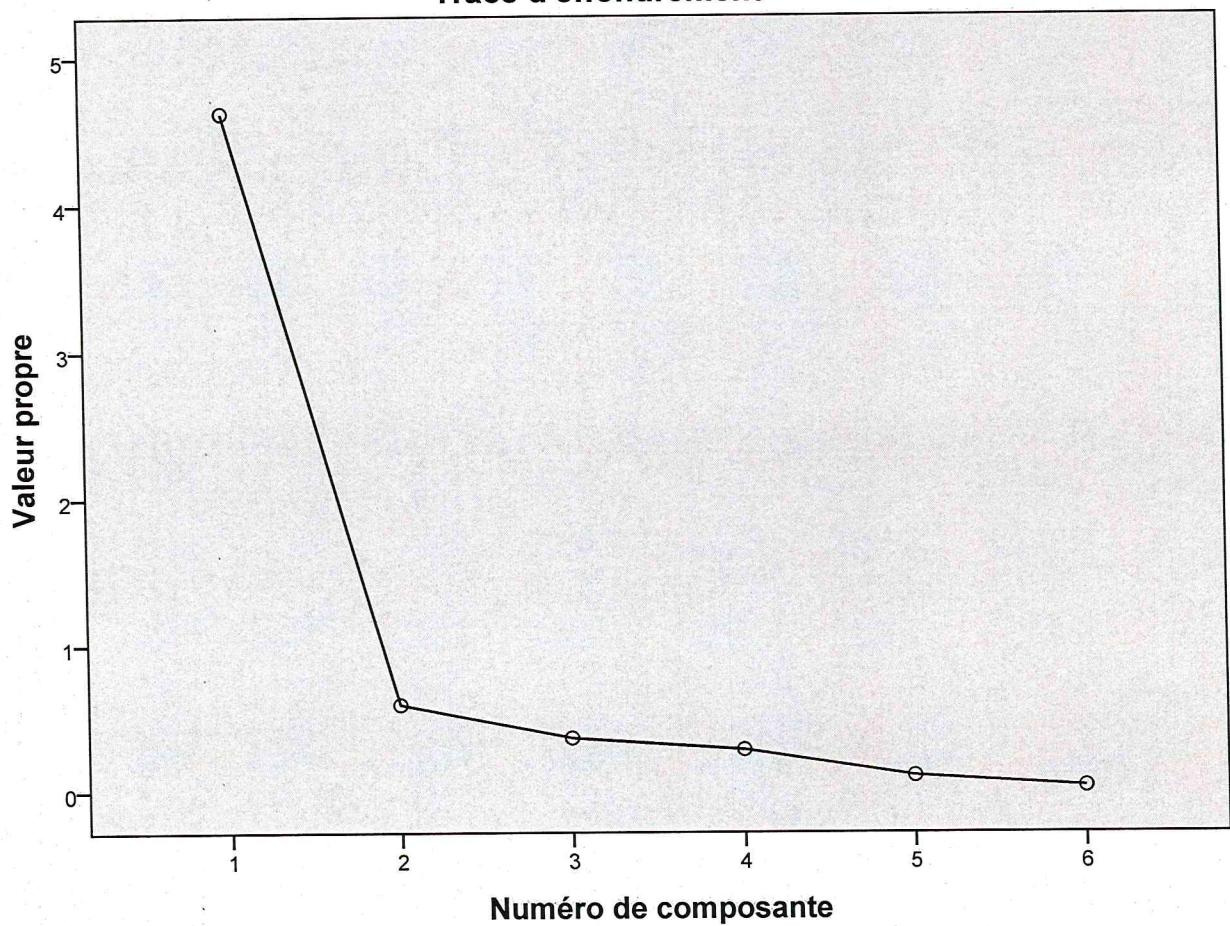


### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,622	77,042	77,042	4,622	77,042	77,042
2	,594	9,902	86,944			
3	,365	6,076	93,020			
4	,284	4,729	97,749			
5	,104	1,727	99,476			
6	,031	,524	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Tracé d'effondrement



### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
diagnostic interne et externe	,852
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	,966
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	,955
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	,822
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	,901
les plans et les programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	,751

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

### Rotation de la matrice des composantes<sup>a</sup>



a. Une seule composante a été extraite. Rotation de la solution impossible.

### RELIABILITY

```
/VARIABLES=planification1 planification3 planification4 planification6 planification7 planification8  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA  
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE  
/SUMMARY=TOTAL.
```

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

	N	%
Observations Valide	30	63,8
Exclue <sup>a</sup>	17	36,2
Total	47	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,938	6

#### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
diagnostic interne et externe	2,8333	1,01992	30
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	2,7667	1,00630	30
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	2,6667	,99424	30
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	2,6667	1,09334	30
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	2,6333	,88992	30
les plans et les programmes de l'hopital se font sur la base des recherches ur terrain	2,8000	,84690	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
diagnostic interne et externe	13,5333	18,395	,786	,930
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	13,6000	17,352	,948	,909
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	13,7000	17,597	,926	,912
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	13,7000	18,148	,748	,937
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	13,7333	18,961	,846	,923
les plans et les programmes de l'hôpital se font sur la base des recherches sur terrain	13,5667	20,530	,660	,944

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
16,3667	26,309	5,12925	6



## annexe 04: validation de l'échelle de mesure degré d'autonomie

### Analyse factorielle

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
autonomie pour embaucher et licencier	1,000	,838
le montant des dépenses sans autorisation	1,000	,579
l'application des sanction ou l'accordement d'encouragement	1,000	,829
l'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement	1,000	,651

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage :		,612
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	91,435
	ddl	6
	Signification	,000

#### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	2,897	72,429	72,429	2,897	72,429	72,429
2	,856	21,391	93,820			
3	,167	4,184	98,004			
4	,080	1,996	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
autonomie pour embaucher et licencier	,915
le montant des dépenses sans autorisation	,761
l'application des sanction ou l'accordement d'encouragement	,911
l'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement	,807

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	96,8
	Exclue <sup>a</sup>	1	3,2
	Total	31	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,873	4

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
autonomie pour embaucher et licencier	2,8333	1,31525	30
l'application des sanction ou l'accordement d'encouragement	2,9333	1,33735	30
le montant des dépenses sans autorisation	2,6333	1,15917	30
l'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement	2,6667	1,21296	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
autonomie pour embaucher et licencier	8,2333	9,771	,832	,793
l'application des sanction ou l'accordement d'encouragement	8,1333	9,706	,822	,798
le montant des dépenses sans autorisation	8,4333	12,116	,605	,882
l'autonomie budgétaire et stratégique en matière d'investissement	8,4000	11,421	,665	,861

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
11,0667	18,340	4,28255	4

## annexe 05: validation de l'échelle de mesure "organisation".

### Analyse factorielle

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,785
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	164,902
	ddl	10
	Signification	,000

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
l'organigramme est en adéquation avec les objectifs de l'établissement	1,000	,817
l'organigramme reflète les liens hiérarchiques	1,000	,873
l'organisation actuelle aide à la réalisation efficace du travail	1,000	,715
l'organisation actuelle favorise la coopération entre les services	1,000	,731
la réalisation systématique d'un audit organisationnel	1,000	,897

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

#### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,033	80,664	80,664	4,033	80,664	80,664
2	,627	12,534	93,197			
3	,211	4,227	97,424			
4	,085	1,704	99,128			
5	,044	,872	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.



### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
l'organigramme est en adéquation avec les objectifs de l'établissement	,904
l'organigramme reflète les liens hiérarchiques	,934
l'organisation actuelle aide à la réalisation efficace du travail	,845
l'organisation actuelle favorise la coopération entre les services	,855
la réalisation systématique d'un audit organisationnel	,947

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	63,8
	Exclue <sup>a</sup>	17	36,2
	Total	47	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,938	5

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
l'organigramme est en adéquation avec les objectifs de l'établissement	2,8000	1,32353	30
l'organigramme reflète les liens hiérarchiques	2,4000	1,24845	30
l'organisation actuelle aide à la réalisation efficace du travail	3,0333	1,12903	30
l'organisation actuelle favorise la coopération entre les services	2,5667	1,33089	30
la réalisation systématique d'un audit organisationnel	2,4667	1,52527	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
l'organigramme est en adéquation avec les objectifs de l'établissement	10,4667	22,533	,839	,923
l'organigramme reflète les liens hiérarchiques	10,8667	22,602	,898	,913
l'organisation actuelle aide à la réalisation efficace du travail	10,2333	24,944	,763	,937
l'organisation actuelle favorise la coopération entre les services	10,7000	23,045	,783	,933
la réalisation systématique d'un audit organisationnel	10,8000	20,028	,913	,910

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
13,2667	34,823	5,90110	5

## annexe 06: validation de l'échelle de mesure "processus décisionnel"

### Analyse factorielle

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,619
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	58,685
	ddl	6
	Signification	,000

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
le processus décisionnel fait l'objet d'une concertation préalable	1,000	,822
le champ de décision de chaque responsable est défini	1,000	,700
le responsable communique ses décisions aux personnes concernés	1,000	,655
la plupart des décisions sont centralisées	1,000	,605

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

#### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	2,782	69,538	69,538	2,782	69,538	69,538
2	,656	16,394	85,931			
3	,414	10,354	96,285			
4	,149	3,715	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
le processus décisionnel fait l'objet d'une concertation préalable	,906
le champ de décision de chaque responsable est défini	,837
le responsable communique ses décisions aux personnes concernés	,809
la plupart des décisions sont centralisées	,778

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	63,8
	Exclue <sup>a</sup>	17	36,2
	Total	47	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,828	4

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
le processus décisionnel fait l'objet d'une concertation préalable	3,4667	,77608	30
le champ de décision de chaque responsable est défini	2,8000	1,09545	30
le responsable communique ses décisions aux personnes concernés	3,4000	1,16264	30
la plupart des décisions sont centralisées	3,4333	1,33089	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
le processus décisionnel fait l'objet d'une concertation préalable	9,6333	8,654	,818	,751
le champ de décision de chaque responsable est défini	10,3000	7,528	,709	,758
le responsable communique ses décisions aux personnes concernés	9,7000	7,666	,617	,801
la plupart des décisions sont centralisées	9,6667	7,057	,588	,830

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
13,1000	12,990	3,60412	4

## annexe 07: validation de l'échelle de mesure "motivation"

### Analyse factorielle

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,789
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	102,561
	ddl	6
	Signification	,000

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs	1,000	,545
la prise d'initiative et la créativité sont encouragées	1,000	,909
des moyens sont mis en oeuvre pour favoriser la motivation	1,000	,894
les politiques actuelles permettent le développement des ressources humaine	1,000	,840

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

#### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	3,187	79,667	79,667	3,187	79,667	79,667
2	,552	13,807	93,474			
3	,198	4,959	98,433			
4	,063	1,567	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.



### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs	,738
la prise d'initiative et la créativité sont encouragées	,953
des moyens sont mis en oeuvre pour favoriser la motivation	,945
les politiques actuelles permettent le développement des ressources humaine	,916

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	96,8
	Exclue <sup>a</sup>	1	3,2
	Total	31	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,911	4

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs	2,7000	1,17884	30
la prise d'initiative et la créativité sont encouragées	1,9667	1,29943	30
des moyens sont mis en oeuvre pour favoriser la motivation	1,9333	1,61743	30
les politiques actuelles permettent le développement des ressources humaine	2,0667	1,57422	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs	5,9667	18,378	,598	,946
la prise d'initiative et la créativité sont encouragées	6,7000	14,976	,910	,851
des moyens sont mis en oeuvre pour favoriser la motivation	6,7333	12,892	,887	,854
les politiques actuelles permettent le développement des ressources humaine	6,6000	13,559	,844	,870

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
8,6667	25,816	5,08095	4



## annexe 08: validation de l'échelle de mesure " gestion ressource humaine "

### Analyse factorielle

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,748
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	104,078
	ddl	6
	Signification	,000

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
il y'a évaluation périodique de la performance du groupe	1,000	,402
une pôtitique de gestion des emplois est définie	1,000	,925
l'adéquation des RH est régulièrement évaluée et réajustée	1,000	,848
un plan de formation est mis en oeuvre	1,000	,901

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

#### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	3,076	76,902	76,902	3,076	76,902	76,902
2	,695	17,380	94,282			
3	,173	4,319	98,601			
4	,056	1,399	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
il y'a évaluation périodique de la performance du groupe	,634
une politique de gestion des emplois est définie	,962
l'adéquation des RH est régulièrement évaluée et réajustée	,921
un plan de formation est mis en oeuvre	,949

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

### Fiabilité

#### Echelle : ALL VARIABLES

##### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	63,8
	Exclue <sup>a</sup>	17	36,2
	Total	47	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

##### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,862	4

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
il y'a évaluation périodique de la performance du groupe	2,9667	1,35146	30
une p̄olitique de gestion des emplois est définie	2,1667	,94989	30
l'adéquation des RH est régulièrement évaluée et réajustée	2,1333	1,22428	30
un plan de formation est mis en oeuvre	2,2333	,85836	30

### Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
il y'a évaluation périodique de la performance du groupe	6,5333	8,464	,478	,944
une p̄olitique de gestion des emplois est définie	7,3333	8,368	,870	,772
l'adéquation des RH est régulièrement évaluée et réajustée	7,3667	7,344	,785	,792
un plan de formation est mis en oeuvre	7,2667	8,892	,864	,787

### Statistiques d'échelle

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
9,5000	14,052	3,74856	4

## annexe 09: validation de l'échelle de mesure "contrôle"

### Analyse factorielle

#### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,785
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	211,610
	ddl	15
	Signification	,000

#### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
des indicateurs de performance pertinents sont utilisés	1,000	,636
le responsable utilise une comptabilité analytique et des outils de contrôle et d'audit	1,000	,732
un processus permettant d'apprécier la satisfaction des médecins et du personnels est mis en place	1,000	,886
l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses	1,000	,798
l'établissement conduit une analyse des coûts	1,000	,804
les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement	1,000	,783

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	4,639	77,309	77,309	4,639	77,309	77,309
2	,836	13,938	91,247			
3	,332	5,529	96,776			
4	,082	1,365	98,141			
5	,070	1,161	99,302			
6	,042	,698	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

### Matrice des composantes<sup>a</sup>

	Composante
	1
des indicateurs de performance pertinents sont utilisés	,798
le responsable utilise une comptabilité analytique et des outils de contrôle et d'audit	,855
un processus permettant d'apprécier la satisfaction des médecins et du personnels est mis en place	,941
l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses	,893
l'établissement conduit une analyse des coûts	,897
les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement	,885

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

a. 1 composantes extraites.

## Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	63,8
	Exclue <sup>a</sup>	17	36,2
	Total	47	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,940	6

### Statistiques d'éléments

	Moyenne	Ecart type	N
des indicateurs de performance pertinents sont utilisés	2,2667	1,25762	30
le responsable utilise une comptabilité analytique et des outils de contrôle et d'audit	2,9000	1,42272	30
un processus permettant d'apprécier la satisfaction des médecins et du personnels est mis en place	2,3000	1,23596	30
l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses	2,1667	1,31525	30
l'établissement conduit une analyse des coûts	2,3667	1,37674	30
les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement	2,3333	1,44636	30



**Statistiques de total des éléments**

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
des indicateurs de performance pertinents sont utilisés	12,0667	37,444	,715	,941
le responsable utilise une comptabilité analytique et des outils de contrôle et d'audit	11,4333	34,806	,786	,933
un processus permettant d'apprécier la satisfaction des médecins et du personnels est mis en place	12,0333	35,137	,912	,918
l'établissement décline en interne des objectifs prévisionnels de dépenses	12,1667	35,109	,846	,925
l'établissement conduit une analyse des coûts	11,9667	34,447	,847	,925
les objectifs prévisionnels de dépenses sont suivis infra-annuellement	12,0000	34,000	,826	,928

**Statistiques d'échelle**

Moyenne	Variance	Ecart type	Nombre d'éléments
14,3333	50,023	7,07269	6

# ANNEXE N° 10

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Le Chef de Cabinet  
Réf : 182 /CC/2017

Alger le 13/05/2018

N°: 182 MS/CC

14 MAI 2018

Mesdames et Messieurs les DSP

Objet : A/S thèse de doctorat.

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir faciliter l'accès à Madame LECHAB Selma, maître assistante à l'université de Blida afin de préparer sa thèse de doctorat qui porte sur « le rôle du management hospitalier dans la réussite de la réforme hospitalière »

Veuillez agréer, mesdames et messieurs les DSP, l'expression de ma parfaite considération.

A.REZGUI



## ANNEXE n°11

الوزير

20 AVR 2014

بالبجاية، في

رقم: 121

### LETTRE DE MISSION

Destinataires :

Madame et Messieurs les Directeurs de la santé et de la population

Dans la continuité du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre des 24 points et dans une action d'ensemble synchrone visant l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les usagers de la santé, l'amélioration des situations socio professionnelles et des contentieux financiers accumulés de nos établissements de santé, j'ai décidé la mise en place de trois (03) plans d'action « 3P » et vous charge expressément de leur mise en œuvre.

- 1- Le premier plan est un plan d'action d'assainissement des carrières des professionnels de santé. Il assurera la prise en charge, fin du 2<sup>ème</sup> semestre 2014, de 95% des cas et situations en contentieux liées à la promotion et l'avancement des professionnels de santé.
- 2- Le second plan d'action est relatif à l'assainissement financier qui conduira, fin du 2<sup>ème</sup> semestre 2014, à la liquidation de 80% des créances détenues par l'IPA et la PCH sur nos établissements de santé.
- 3- Le troisième plan d'action permettra, fin du 2<sup>ème</sup> semestre 2014, à hauteur de 95% de la demande locale, l'amélioration de l'accessibilité aux consultations spécialisées, particulièrement en gynéco-obstétrique et chirurgie générale.

## ANNEXE 12: Analyse statistiques descriptives du questionnaire

### Fréquences

#### support des acteurs

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide moyennement nécessaire	24	11,8	11,8	11,8
nécessaire	111	54,4	54,4	66,2
très nécessaire	69	33,8	33,8	100,0
Total	204	100,0	100,0	

### Fréquences

#### appréhensions par rapport à la réforme

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide oui	162	79,4	79,4	79,4
non	42	20,6	20,6	100,0
Total	204	100,0	100,0	

### Jeu de réponses multiples

#### Tableaux personnalisés

	% Réponses colonne	Nombre
\$appréhensions une planification hospitalière à améliorer	13,4%	54
aux outils de gestion à implantés	20,9%	84
des craintes quant aux conséquences qui découlent du statut d'autonomie	1,5%	6
des craintes quant au rôle du conseil régional	38,1%	153
difficultés d'application de la réforme	26,1%	105
Total	100,0%	177

### Fréquences

**efforts consenti par les acteurs**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide oui	81	39,7	39,7	39,7
non	123	60,3	60,3	100,0
Total	204	100,0	100,0	

**Table de fréquences**

**degré de mise en oeuvre de la réforme**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide pas du tout effective	24	11,8	11,8	11,8
pas effective	66	32,4	32,4	44,1
moyennement effective	93	45,6	45,6	89,7
effective	21	10,3	10,3	100,0
Total	204	100,0	100,0	

**le nouveau projet de loi permet de résoudre les problèmes de l'établissement**

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide pas du tout d'accord	33	16,2	16,2	16,2
pas d'accord	66	32,4	32,4	48,5
neutre	66	32,4	32,4	80,9
d'accord	39	19,1	19,1	100,0
Total	204	100,0	100,0	

\* Tableaux personnalisés.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=\$préalables DISPLAY=LABEL

/TABLE \$préalables [COLPCT.RESPONSES PCT40.1, COUNT F40.0]

/CATEGORIES VARIABLES=\$préalables EMPTY=INCLUDE TOTAL=YES POSITION=AFTER.

**Tableaux personnalisés**

		% Réponses colonne	Nombre
\$préalables	l'autonomie de gestion des hopitaux	11,9%	78
	la rationalisation de la gestion des ressources humaines avec un statut spécifique	7,8%	51
	le financement effectif du système hospitalier	18,8%	123
	la modernisation de l'organisation et du management de l'hopital	24,3%	159
	la mise en place de nouveaux outils de gestion, de suivi et d'évaluation	11,9%	78
	publier le décret et les textes d'application	16,5%	108
	clarifier les relations avec les conseils régionaux	3,2%	21
	mieux associer l'université à la réforme	5,5%	36
	Total	100,0%	198

\* Définir les jeux de réponses multiples.

MRSETS

```
/MDGROUP NAME=$outils CATEGORYLABELS=VARLABELS VARIABLES=outils1 outils2 ou  
til3 outil4 VALUE=1
```

```
/MDGROUP NAME=$exolitation CATEGORYLABELS=VARLABELS VARIABLES=exploité1 exp  
loité2 exploité3 exploité4 exploité5 exploité6 VALUE=1
```

```
/DISPLAY NAME=[$outils $exolitation].
```

## Jeu de réponses multiples

## Tableaux personnalisés

		% Réponses colonne	Nombre
\$outils	controle de gestion	41,9%	171
	tableau de bord	11,8%	48
	projets d'établissement	22,1%	90
	système d'information	24,3%	99
	Total	100,0%	201

### Tableaux personnalisés

		% Réponses colonne	Nombre
\$exolitation	conseil d'administration	24,1%	96
	équipe de direction	31,6%	126
	conseil médicale	12,0%	48
	chef de service	13,5%	54
	cadre administratif	18,8%	75
	cadre santé	0,0%	0
	Total	100,0%	201

### Table de fréquences

#### l'examen des outils dans les réunions de direction

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	150	73,5	73,5	73,5
	non	54	26,5	26,5	100,0
	Total	204	100,0	100,0	

#### le réajustement de la stratégie en fonction des informations fournies par les outils

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	oui	78	38,2	38,2	38,2
	non	126	61,8	61,8	100,0
	Total	204	100,0	100,0	



**rythme des revues des méthodes de gestion**

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bimestriel	18	8,8	8,8	8,8
	trimestriel	57	27,9	27,9	36,8
	quadrimestre	12	5,9	5,9	42,6
	semestriel	12	5,9	5,9	48,5
	6,00	105	51,5	51,5	100,0
	Total	204	100,0	100,0	

**Tableaux croisés**

**Récapitulatif de traitement des observations**

	Observations					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
information sur la réforme * appréhensions par rapport à la réforme	204	100,0%	0	0,0%	204	100,0%

**Tableau croisé information sur la réforme \* appréhensions par rapport à la réforme**

Effectif

		appréhensions par rapport à la réforme		Total
		oui	non	
information sur la réforme	pas du tout informé	24	12	36
	peu informé	42	9	51
	moyennement informé	18	12	30
	bien informé	51	3	54
	très bien informé	27	6	33
Total		162	42	204

```

/ANALYSIS planification1 planification3 planification4 planification6 plani
fication7 planification8
/PRINT INITIAL KMO EXTRACTION ROTATION
/PLOT EIGEN
/CRITERIA MINEIGEN(1) ITERATE(25)
/EXTRACTION PC
/CRITERIA ITERATE(25)
/ROTATION VARIMAX
/METHOD=CORRELATION.

```

## Analyse factorielle

### Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,832
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx. ddl	182,795 15
	Signification	,000

### Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
diagnostic interne et externe	1,000	,727
les objectifs se déclinent à long moyen et court terme	1,000	,932
les objectifs sont connus de l'ensemble du personnel	1,000	,912
la planification touche tous les niveaux avec des programmes complets	1,000	,675
les plans actuels permettent la réalisation des objectifs fixés	1,000	,812
les plans et les programmes de l'hopital se font sur la base des recherches ur terrain	1,000	,564

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.