

# LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN

KERBACHE Laoucine<sup>1</sup>  
KERBOUA ZIARI Yasmina<sup>2</sup>

## RESUME :

La santé de la population d'un pays et son développement économique va de pair. L'organisation hospitalière est actuellement dans une phase de transition entre un système économique dirigé et l'introduction d'une économie de marché. Ainsi, Les insuffisances qui caractérisent l'organisation, la gestion, et le financement des structures publiques de santé ont amené le gouvernement à inscrire la réforme hospitalière parmi ses priorités d'action. La réforme hospitalière se doit d'être une nécessité impérieuse. Elle se doit, tout en veillant à la consolidation des acquis que sont la solidarité, l'équité et l'accessibilité au service de soins, d'apporter les correctifs indispensables pour une réelle adaptation de nos structures de santé aux changements socio-économiques que connaît le pays. La nécessité de réformer au plus vite le système de santé est devenue évidente et ce en introduisant des méthodes de gestion modernes. L'objet de cet article est l'étude de l'hôpital algérien et la proposition d'outils d'aide à la décision aux gestionnaires hospitaliers, leur permettant de répondre aux nouveaux besoins de santé dans un nouveau contexte économique (mondialisation, concurrence).

## Mots clés :

Système de santé, réforme hospitalière, gestion hospitalière, aide à la décision

---

<sup>1</sup> HEC Paris France

<sup>2</sup> USTHB Alger

## INTRODUCTION

Les systèmes de santé connaissent de nombreux bouleversements depuis le début des années 80 [Lamri 1986]. L'Algérie n'échappe pas à ce mouvement. Bien plus, la crise qu'elle affronte semble plus complexe à résoudre, car son système de santé ressemble à la fois à celui des pays pauvres et à celui des pays industrialisés. La comparaison des indicateurs de santé en Algérie, avec ceux des autres pays à revenu comparable et ceux des pays industrialisés fait ressortir quelques réalités [OCDE 2005].

Bien que L'Algérie dépense une grande part de son PIB à la santé, son système de santé est en crise. Les dépenses de santé représentent 4.9 % du PIB, soit un pourcentage des plus bas parmi ceux des pays ayant un développement économique similaire (6.5% du PIB pour le Maroc, 7.2% pour la Tunisie) ainsi par rapport aux pays industrialisés (13.8% pour la France, 18.5 % pour les USA). Il est donc impératif que des réformes soient mises en place, pour cela inspirons-nous d'autres expériences. Chaque système de santé est organisé selon une logique qui lui est propre par exemple

- Le système américain privilégie la recherche et la haute technologie, suréquipé il absorbe 18.5% du PIB, alors qu'il néglige 10% de la population.

- Le système anglais est depuis 1947 un système national de santé, il connaît des réussites notoires dans le domaine de la recherche biomédicale. Ce système absorbe 6% du PIB mais étant sous-équipé il se traduit par des attentes souvent longues.

- Le système Français est un compromis entre le système américain et le système anglais. Il absorbe 13.8 % du PIB Avant toutes propositions de changements, analysons tout d'abord le système de santé algérien qui a pour objectif de prendre totalement en charge le patient.

## 1 LE CONTEXTE DE GRATUITE DES SOINS

Le projet d'instaurer la « médecine gratuite pour tous est inscrit dans tous les textes doctrinaux de la Révolution Algérienne [Oufriha 1994a]. Le service hospitalier obéit à une idée fondamentale, les établissements qui assurent le service public hospitalier ne sont

ouverts à toute personne dont l'état requiert ses services. Cette idée se trouve dans les trois principes qui s'appliquent à tout service public, à savoir, les principes d'égalité, de continuité et d'adaptation continue.

### **1.1 LE PRINCIPE D'EGALITE**

L'établissement public hospitalier ne peut établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins, il ne peut organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires. Il convient donc de distinguer deux aspects de l'égalité :

- l'égalité dans les soins qui est absolue, quelque soit la situation du malade,
- l'égalité dans l'hébergement selon un régime commun

### **1.2 LE PRINCIPE DE CONTINUITE**

Les établissements qui assurent le service public doivent être en mesure d'accueillir les malades de jour et de nuit. L'admission des malades doit être assurée en permanence, ce principe impose à l'établissement un service minimum particulièrement les jours de grève. La continuité des services d'urgence notamment est impérieuse ; ils doivent être organisés dans chaque établissement soit par la création d'un service spécialisé, soit par une organisation et une coordination particulière des moyens dont dispose l'établissement.

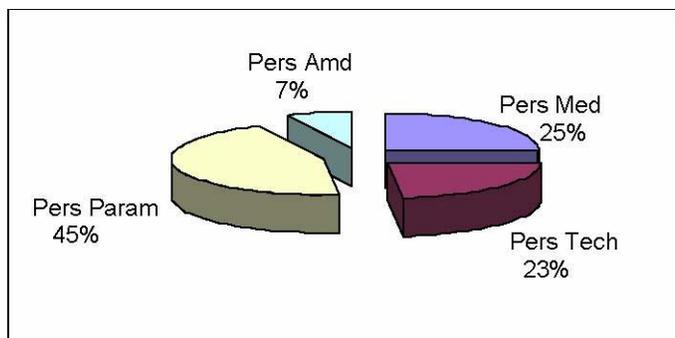
### **1.3 LE PRINCIPE D'ADAPTATION CONTINUE**

Le service hospitalier doit s'adapter en permanence aux besoins de la population tels qu'ils résultent des mouvements démographiques ou de l'évolution de son état sanitaire.

## **2 L'HOSPITALISATION DANS LE SYSTEME DE SANTE ALGERIEN**

Avec ses 13 centres hospitalo-universitaires (CHU), ses 31 établissements hospitaliers spécialisés (EHS) et ses 185 secteurs sanitaires (SS) d'une capacité totale de 52 500 lits répartis sur

l'ensemble du territoire national, le secteur public hospitalier est à l'évidence le secteur essentiel et incontournable dans toute politique de protection, de promotion de la santé et d'offre équitable de soins primaires, secondaires et tertiaires (voir figure 2) pour une population de 31.2666 millions d'habitants [MRSRH 2005]. On compte actuellement dans le secteur public 49.270 praticiens médicaux, avec une densité d'un médecin pour 900 habitants, 87.084 paramédicaux, avec une densité d'un paramédical pour 673 habitants, 13.433 agents administratifs et 44.777 agents techniques et de service, ce qui est illustré par le graphe suivant :



**Figure 2 : Répartition du personnel**

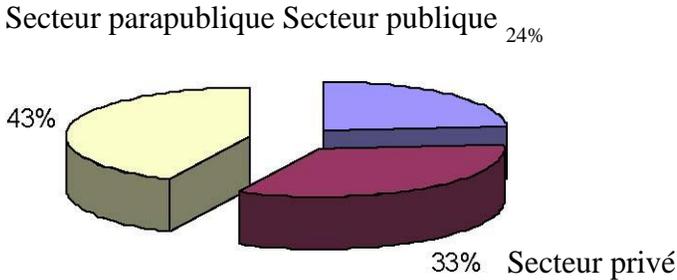
Les derniers chiffres publiés par le Ministère de santé [MSRH 2005], montrent que cette répartition est très inégale à travers le pays, puisque la majorité de ces agents se trouvent au nord.

## 2.1 ADMINISTRATION DE L'HOPITAL ALGERIEN

Dans le système de santé algérien cohabitent trois secteurs de santé [decret 1997] (figure3) ce sont :

- Le secteur parapublique (HCA, Clinique , DGSN....) qui représente 0.5% du personnel médical ;
- Le secteur public où cohabitent trois modes d'organisations et de

fonctionnement : -Le secteur sanitaire, le centre hospitalo-universitaire et l'établissement hospitalier spécialisé :



**Figure3 : Répartition du système de santé Algérien**

### 3 CARACTERISTIQUES DE L'HOPITAL ALGERIEN

Les hôpitaux publics constituent un élément essentiel de l'appareil de protection sociale, par l'importance de leur rôle dans la santé publique et des moyens budgétaires et humains qui y sont investis. Pourtant, depuis quelques années, du fait de l'aggravation des déficits, les hôpitaux sont de plus en plus critiqués tant par les usagers que par les experts et les professionnels de santé. On leur reproche une dégradation de la qualité des soins, au regard notamment des exigences croissantes des patients et dans le même temps, il leur est demandé de réduire leurs coûts de fonctionnement, ce qui contribue à l'augmentation des déficits budgétaires et à leur endettement.

#### 3.1 LES DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Deux indicateurs paraissent fondamentaux. L'espérance de vie est passée de 52,6 ans en 1970 à 70,7 ans en 2001 [Ouchtati 2004b]. En parallèle, on a assisté depuis le début des années 90 à une diminution de l'accroissement démographique qui a chuté de près de moitié. Ces deux phénomènes conjugués ont eu pour résultat une modification de la pyramide des âges. En effet, si les moins de vingt ans constituent encore une part importante de la population algérienne, pour la première fois depuis l'indépendance, ils ne représentent que 50 % de la population. Les conséquences directes en terme de santé vont se traduire par une augmentation des pathologies liées à l'âge (affections

cardiovasculaires, cancers, ...) et par l'émergence d'une pathologie gériatrique dont il faudra prévoir la prise en charge et ce d'autant qu'elle nécessite souvent des soins spécialisés spécifiques.

### **3.2 LES EFFETS DE LA TRANSITION EPIDEMIOLOGIQUE**

Pendant longtemps, la situation sanitaire prévalent en Algérie a été dominée par les maladies transmissibles. L'effort consenti en matière de couverture vaccinale contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole a permis de réduire la morbidité et la mortalité liées à ces maladies. On assiste, depuis une vingtaine d'années, à une modification des problèmes de santé donnant une place de plus en plus grande aux maladies non transmissibles.

Sur la base des données démographiques, économiques, sociales et épidémiologiques actuelles et prédictives, il est fortement probable, dans les années à venir, que les structures d'hospitalisation seront encore plus sollicitées pour la prise en charge :

- des maladies à transmission hydrique et des zoonoses, des maladies sexuellement transmissibles et du SIDA, des hépatites virales, de la tuberculose, des infections respiratoires aiguës et des méningites purulentes ;
- des affections cardio-vasculaires. En l'an 2000, un décès sur trois est attribué aux maladies cardio-vasculaires ;
- du diabète et de ses complications, notamment rénales et ophtalmiques. On peut estimer à plus de trois millions de sujets les personnes qui souffriront de diabète en 2010 ;
- des maladies respiratoires chroniques, dont l'asthme qui est en pleine extension et qui touche actuellement près de 600 000 personnes ;
- de l'insuffisance rénale chronique, dont le nombre augmente de 500 cas par an et nous mènera à l'horizon 2010 autour de 10 000 malades à prendre en charge ;
- des cancers. Il est attendu, à l'orée de l'année 2010 entre 15 000 et 30 000 nouveaux cas de cancer chaque année en Algérie. Les centres

anticancéreux existants arrivent difficilement à répondre à la demande actuelle au vu du diagnostic tardif de ces affections. Ce sont des hospitalisations longues et très coûteuses.

Les capacités d'accueil actuelles des structures hospitalières sont insuffisantes. Cette situation ne pourrait être maîtrisée que si les hôpitaux publics sont assainis et préparés à ces nouveaux défis. Une nouvelle approche de la prévention (maladies transmissibles et non transmissibles) allégerait la charge financière à terme mais resterait en tout état de cause financièrement lourde. Le poids financier que représente la prise en charge de ces nouvelles pathologies ne pourra être supporté si les hôpitaux continuent de souffrir des dysfonctionnements actuels.

## **4 LES CONTRAINTES ET LES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LE SECTEUR PUBLIC HOSPITALIER.**

### **4.1 LES CONTRAINTES ET LES DYSFONCTIONNEMENTS LIES A L'ORGANISATION**

L'évolution de l'hôpital est majoritairement centrifuge si bien que sa légitimité se construit autant à sa périphérie qu'en son centre. Qu'il s'agisse de Santé Publique dont les priorités sont décidées au niveau national par des experts, ou du respect des enveloppes budgétaires fixées d'abord par le Parlement et le ministère de tutelle, la marge de manœuvre de l'hôpital demeure étroite. Les outils de gestion restent fondamentalement centrés sur une conception fermée de l'établissement.

Une étude du système de santé a révélé deux constats communs [Ouchtati 2004b]: d'une part, le mode de régulation actuelle des hôpitaux s'avère dépassé, et d'autre part, des changements sont aujourd'hui nécessaires.

### **4.2 LES CONTRAINTES ET LES DYSFONCTIONNEMENTS LIES A L'INFORMATION**

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. Il est donc nécessaire de

définir, de concevoir et de mettre en place un système d'information fiable et d'en préciser les objectifs en vue de fournir les outils indispensables à la prise de décision. L'urgence de la mise en place de ce système s'explique en outre par le fait qu'il couvre l'ensemble des domaines du système de santé dont notamment :

- la gestion administrative et financière ;
- la gestion des activités médicales et non médicales ; -la gestion des médicaments et des consommables ; -la gestion des équipements médicaux et non médicaux ; -la gestion des personnels ; -la gestion des plateaux techniques ; -la gestion du circuit des malades. -Bureau des entrées pas encore totalement opérationnel ; -Registres et supports d'enregistrement défaillants ;
- Personnels peu formés à la codification et à la classification internationale des maladies ;
- Mauvaise tenue du dossier médical et des comptes rendus médicaux;
- Inadaptation de certains registres administratifs

Les mesures urgentes seraient de :

- rétablir les supports et les réflexes de transcription obligatoire des tâches accomplies, médicales ou non médicales, c'est le cas notamment de la tenue du dossier du malade, du suivi du malade à l'intérieur de l'hôpital (fiche navette...), des différents registres, des résumés de sortie ou des comptes rendus d'intervention ;
- identifier les domaines à informatiser, le rythme de l'informatisation de ceux-ci et ce, concomitamment au développement des formations nécessaires ;
- créer des structures nationale et régionales chargées de la mise en place du système d'information et dotées de tous les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions ;
- mettre en place les moyens permettant d'assurer la connexion entre les établissements de santé dans une même région et entre les régions

sanitaires.

## **5 LES NOUVEAUX INSTRUMENTS DE GESTION DES HOPITAUX [Palier 2004]**

L'hôpital doit avoir la même vision que l'entreprise, c'est-à-dire minimiser ses coûts et augmenter la qualité de ses services.

### **5.1 L'HOPITAL ENTREPRISE**

Peut-on assimiler l'hôpital à une entreprise [Moison 1999] et bénéficier des outils de gestion de celle-ci ? L'hôpital occupe incontestablement une place importante dans l'environnement économique.

- En tant qu'employeur, vu l'importance de la main-d'œuvre qu'il mobilise, en nombre et avec une qualification toujours importante ;

- En tant que consommateur de biens divers, d'équipements et de matériel médical ;

- En tant que consommateur de ressources financières importantes.

Sur le plan strictement économique, tout comme l'entreprise, l'hôpital met en œuvre divers types de facteurs de production pour obtenir une multiplicité de services-produits. Mais dans le cas des établissements hospitaliers la loi de l'offre et de la demande ne s'applique pas. L'offre dépend en grande partie de la planification hospitalière. La demande est très aléatoire ; celle-ci dépend de l'hospitalisation, le prix échappe au contrôle des gestionnaires, vu la gratuité des soins. L'hôpital ne vend pas ses prestations, il a ses caractéristiques propres qui nécessitent l'adaptation des principes de gestion à la réalité hospitalière. Les objectifs de l'hôpital doivent respecter le cadre politique défini par le Ministère de la santé, à savoir l'optimisation de l'efficacité, la minimisation des coûts et l'accroissement de l'efficience. Nous considérons que l'hôpital se présente comme une entreprise publique qui doit être bien gérée, dans ce contexte, la gestion d'entreprise peut servir de modèle et de référence pour ouvrir de nouveaux horizons et proposer des méthodes et des outils de gestion à la disposition du décideur hospitalier. Les Américains se

sont inspirés des systèmes d'évaluation de l'activité utilisée en entreprise pour mettre en place un nouveau système de santé qui s'est avéré performant tel que :

## **5.2 LA MEDICALISATION DES INFORMATIONS**

La méthode consiste à mesurer l'activité de l'hôpital par le nombre de malade appartenant à des catégories significatives du point de vue de la pathologie et du coût [Wade 2003]. On peut ainsi établir une relation entre la maladie et son coût. Il faut dans un premier temps élaborer une base de données en créant des « résumés de sortie standardisés » (RSS) pour chaque malade où figureront des données médicales et économiques. Puis dans un deuxième temps, classer les malades dans des groupes homogènes (GHM). Sur le plan statistique, on aura ainsi un coût standard par diagnostic. Le coût réel pour chaque malade pourra être comparé à ce coût standard.

## **5.3 LE BUDGET**

Le budget est défini comme le document prévisionnel exprimant la valorisation monétaire de la politique poursuivie par l'établissement. Le contrôle budgétaire est l'expression d'objectifs, en tenant compte de certaines contraintes (environnementales, financières, etc..). Sa fonction est de planifier et de permettre un contrôle constant, permettant d'effectuer à temps les redressements nécessaires.

**-Première phase** : Prévoir sur base de données passées et/ou de prévisions et/ou de standards;

**- Deuxième phase** : Contrôler sur base de statistiques et de comptabilité, selon une certaine périodicité, afin d'apporter les corrections nécessaires à temps pour ne pas dépenser plus que prévu ; ce contrôle budgétaire nécessite un suivi régulier, une collaboration étroite entre gestionnaire et cadres responsables des divers services.

## **5.4 LE MANAGEMENT PUBLIC**

Les chefs de service doivent s'intéresser aux problèmes de gestion [Beye 1999], non pas uniquement par rapport aux budgets alloués à son activité, mais aussi pour la conception et le suivi de la réalisation

des objectifs, et l'application des principes de gestion et d'efficacité des entreprises à la gestion des hôpitaux, dans ce cas on parle de management public.

### **5.5 CONTROLE DE GESTION :**

L'objectif poursuivi est l'amélioration de la performance, mais pour faire face à la complexité de l'hôpital, le gestionnaire doit faire appel à des outils de gestion de plus en plus rationnels. On cherche à maîtriser le fonctionnement et à contrôler la gestion (plutôt que de la subir). C'est pourquoi l'accent doit être mis sur l'information. Le système d'information doit être structuré, complet, cohérent et adéquat. Les critères qui doivent être choisis pour évaluer la performance porteront, non seulement sur des paramètres quantitatifs, mais aussi qualitatifs tels que :

- Le coût par élément constitutif le plus précis ;
- L'activité avec des indicateurs les plus fiables possibles ;
- La structure de la population soignée (données sociologiques sur les patients, sur les pathologies) ;
- Les moyens employés, humains et matériels ;
- La qualité du travail, mais aussi des résultats obtenus par les soins ;
- La structure physique et organisationnelle de l'établissement.

Tous ces paramètres sont complémentaires dans l'appréciation correcte de l'évaluation de la performance souhaitée.

## **6 PROPOSITIONS DU CHANGEMENT DE GESTION DE L'HOPITAL ALGERIEN**

Depuis de nombreuses années, l'hôpital fait des efforts pour s'adapter, évoluer, 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. En effet, au sein des services de santé, il n'y a que peu d'articulation.

Tout d'abord, il est nécessaire qu'une réflexion commune soit menée en amont avec les deux mondes de l'hôpital (le monde médical et le monde administratif, infirmier et technique), ayant abouti à une base minimale de définition d'objectifs communs. Nous proposons les changements suivants :

-le découpage en centres de responsabilité doit être réaliste et homogène en terme de processus ;

-nous penchons pour les regroupements des services plus ou moins homogènes en terme de métier pour constituer un centre de responsabilité ;

- les dirigeants administratifs soignants et médicaux doivent être convaincus que le système actuel est dépassé par rapport aux contraintes nouvelles de l'environnement, de ce fait, il est incontournable d'intégrer la dimension économique du soin, mais aussi de l'administration et de la logistique des pratiques quotidiennes ;

- passer d'une comptabilité souvent opaque à une lecture transparente, notamment dans les répartitions du budget sanitaire et social ;

- disposition d'une comptabilité analytique solide pour effectuer les évaluations et les simulations de budget par centre de responsabilité sur des bases incontestables ;

- développer une pratique participative et renégocier les objectifs budgétaires, alors que bien souvent elle est descendante et imposée.

- mettre en place un système d'information qui permettra de favoriser la coordination des soins, d'encourager l'émergence de nouvelles modalités d'exercice pour les professionnels de santé et de répondre aux nouveaux droits du patient ;

- c'est une évidence de souligner qu'une gestion responsable implique une information fiable et immédiate, d'où la nécessité de mettre en place des outils d'aide à la décision qui permettront de disposer en permanence d'informations nécessaires à leur prise de

décision ;

- l'évolution des mentalités et des métiers est incontournable, on ne débouche pas d'une façon spontanée sur un consensus général quant à la nécessaire évolution de l'hôpital. A l'hôpital on peut schématiser la relation entre pouvoir de décision et information de la manière suivante

- celui qui a plus de pouvoir de décision n'est pas forcément celui qui a le plus d'information pour décider;

- celui qui détient l'information n'est pas le plus souvent en position de décideur.

## **CONCLUSION :**

« La santé n'a pas de prix...mais le Ministère de la santé a un budget » Cette constatation a donné l'impulsion au management public, c'est à dire à l'application des principes de gestion et d'efficacité des entreprises à la gestion des hôpitaux des pays développés. Il est indéniable que le système national de santé a pu, malgré les insuffisances recensées, réaliser certains objectifs notamment en investissements et en personnels, mais il reste à prendre des dispositions au niveau organisationnel et opérationnel pour faire face aux problèmes posés, et ce en :

- mettant en œuvre un système de traitement ayant l'information comme matière première ce sont les aspects « managériaux » de l'information qui constituent une base à tout système d'information ;

- en développant des programmes visant à améliorer la qualité des soins et le bon usage de la technologie. Les objectifs de ces programmes seront fixés et leurs résultats évalués en termes d'état de santé, de qualité de vie, de satisfaction des malades et de coût ;

-identifiant les domaines à informatiser, le rythme de l'informatisation de ceux-ci ;

- créant des structures nationales et régionales chargées de la mise en place d'un système d'information et dotées de tous les moyens nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

- en incitant les soignants et les gestionnaires à de tels programmes par la communication d'informations sur les meilleurs résultats obtenus et les méthodes pour les obtenir ;

## **BIBLIOGRAPHIE**

- 1- Beye, S.,(1999)."L'économique et la santé dans une perspective managériale, " Paris : L'Harmattan. Charte de la santé (1998)- Assises
- 2- Nationales de la santé Ministère de la santé et de la population. Décret exécutif n° 97 journal officiel du 10 Décembre 1997.
- 3-Lamri.L.,(1986). Le système de santé algérien, organisation, fonctionnement et tendance, CREAD mémoire de magister Alger.
- 4- MRSH, (2005) Ministère de la santé Réforme hospitalière présentation, lois et décrets
- 5- *Moisdon J.C., Tonneau D., (1999). La démarche gestionnaire à l'hôpital, Editions Seli Arslan*
- 6- Ouchtati M., (2004a)." La réforme hospitalière, » Sotrimp, Université de Constantine. Ouchtati M.,(2004 b) « Qualité des soins :
- 7- Méthodes et outils, Sotrimp Constantine.Oufriha F.Z.(1994) Cette chère santé : Une analyse économique du système de soins en Algérie,
- 8- Office des publications universitaires, Alger. Palier B., (2004). La réforme des systèmes de santé, Paris : PUF, (Que sais-je).
- 9- Perspectives économiques en Afrique « Etudes par pays : Algérie » OCDE 2005 [www.ocde.org](http://www.ocde.org)
- 10- Rapport Préliminaire du Conseil National de la réforme hospitalière (2003).
- 11- Wade E.,(2003)." Le contrôle de gestion et la réforme hospitalière : cas du Sénégal, "Revue Africaine de gestion N°1.