



Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie

Ibrahim Kennas

► To cite this version:

Ibrahim Kennas. Comparaison entre le développement du système hospitalier français et algérien : les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie. Ethique. Université Paris Cité, 2022. Français. ⟨NNT : 2022UNIP7162⟩. ⟨tel-04336965⟩

HAL Id: tel-04336965

<https://theses.hal.science/tel-04336965v1>

Submitted on 12 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Université Paris Cité

Ecole doctorale "Sciences juridiques, politiques, économiques et de gestion"

ED 262

Centre de recherche Cordeliers des, CRC (UMR-S 1138)

Equipe de recherche ETREs Éthique, recherches, translations

**comparaison entre le développement du système hospitalier
français et algérien :**

**« Les questions éthiques de la transposition du management
public hospitalier français en Algérie ».**

Par Ibrahim KENNAS

Thèse de doctorat d'éthique médicale

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2022

Devant un jury composé de :

MEYOHAS Marie-Caroline	PU-PH	Sorbonne Université	Directrice
SAIHI Abdelhak	PU	Université Alger 3	Codirecteur
LYONNET DU MOUTIER Michel	PU Émérite	Université Paris-Nanterre	Rapporteur
NUSS Philippe	PhD HDR	Sorbonne Université	Rapporteur
MAMZER Marie-France	PU-PH	Université Paris Cité	Examinatrice
MOUFFOK Najet	PU	Université Oran 1	Examinatrice
BERTRAND Dominique	PU Émérite	Université Paris Cité	Invité

« À l'amitié des peuples »



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Dédicaces

Je dédie cette thèse à ma famille en particulier

À mon cher père Ahcene qui m'a doté d'une éducation digne

À ma chère mère Mahdjouba exemple de sagesse, qui a œuvré pour ma réussite. ...

En leur souhaitant la bonne santé et la longue vie

À ma chère épouse Fella qui m'a toujours soutenu et encouragé ...

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord le **Professeure Marie-Caroline MEYOHAS** ma directrice de thèse pour la confiance qu'elle m'a accordée en acceptant d'encadrer ce travail, pour la qualité de son accompagnement, pour son écoute attentive à chacune des étapes de mon cheminement, pour ses contributions et ses conseils précieux comme pour son soutien indéfectible tout au long de cette recherche. Merci d'avoir cru en moi !

Je remercie chaleureusement les **Professeurs Abdelhak SAIHI** Codirecteur de la thèse, pour m'avoir donné l'occasion de concrétiser mon projet de thèse et de m'avoir permis sous son précieux parrainage de déboucher sur ce modeste travail de recherche.

Mes remerciements vont aussi au **Professeur Michel LYONNET DU MOUTIER,**

Docteur Philippe NUSS, Professeur Marie-France MAMZER, Professeur Najet

MOUFFOK , Professeur Dominique BERTRAND ; d'avoir accepté de participer à mon jury de soutenance.

Mes remerciements vont aussi au **Professeur HERVÉ Christian** et **Professeur Marie-France MAMZER** directeurs successifs de l' Equipe Ethique, Politique et Santé, devenue Equipe ETREs ; d'avoir accepté de m'accueillir au sein de leur honorable laboratoire.

Mes remerciements s'adressent aussi à tous les membres de leur équipe.

Mes remerciements s'adressent, bien entendu, l'ensemble des Directeurs du Groupe

Hôpitaux *Universitaires Est Parisien*, **M. Jean TOURET, M PELLE, M. ALLAIN, M**

DELAMARE, Mme GOLDSZTEJN, Mme BARAT-CLERC ainsi que **M Zouhir Khaldi**

Directeur des études au ministère de la santé sans oublier **M Khaled DEHIA** Directeur du CHU Mustapha et son équipe de direction qui ont répondu favorablement à ma demande et ont accepté mon stage au sein de leur CHU et participer aux entretiens de recherche. Sans leur contribution, cette recherche n'aurait jamais pu être conduite.

Résumé

Le système de santé français a la réputation d'être l'un des meilleurs systèmes de santé au monde. Il est classé parmi les cinq premiers systèmes les plus performants. Durant son développement ce dernier siècle, il s'est inspiré des meilleures expériences étrangères internationales. Ce système est coûteux, l'assurance maladie constitue un pilier fondamental de ce modèle. Le système de santé algérien, quant à lui, a certainement beaucoup progressé pour améliorer la santé des citoyens depuis l'indépendance, mais il reste toujours largement en retard par rapport aux pays de l'OCDE. Selon plusieurs classements OMS, il figure entre la 80ème et la 90ème position. Durant son développement, ce système de santé n'a pas connu de grandes réformes managériales dans sa gestion administrative, étant toujours resté sous le modèle de santé socialiste « médecine gratuite ». Ce modèle est coûteux à l'État et à l'assurance maladie, bien que l'Algérie soit passée du socialisme à l'économie de marché depuis 30 ans. Dans cette thèse, nous posons des questions sur l'éventuelle transposition du management public hospitalier français en Algérie, à l'échelle macroéconomique et microéconomique, en gardant en tête les dimensions éthiques. La mise en comparaison de la gouvernance hospitalière entre la France et l'Algérie, domaine par domaine (financement, ressources humaines, performance, qualité...), donne des jalons pour la construction d'un projet, respectant les valeurs éthiques, pour dessiner les contours d'une gouvernance future.

Mots-clés : management, sciences de gestion, éthique, santé publique

Abstract :

Comparison between the development of French and Algerian hospital system : the ethical questions of the transposition of french public hospital management in Algeria.

The French health care system is one of the best world's health system, it's ranked among the top five best performing systems. During its development this last century, it's inspired by the best of international experiences. It's so expensive, the health insurance is among the main foundation of this model. The Algerian health care system, meanwhile, has certainly made great strides in improving the health of citizens since independence, according to several epidemiological indicators, But at least it is still much lower compared to OECD countries. Several WHO rankings, it's between the 80th and 90th position. Inherited from the French health care system of the sixties, During its development this healthcare system has not experienced any major managerial reforms. It's always under the socialist health model (Free Care), (Expensive model at the state and health insurance). Although Algeria has passed from socialism to the market economy since 30 years. In this thesis we will ask the ethical questions on the possible transposition of French public management in Algeria, although on a macroeconomics scale concerning the national management of the hospital system, that at the microeconomics scale, that is to say internal governance at the level of the various departments of hospitals (finances, human resources, performance, quality...). This comparison shows the main lines to follow, respecting ethical values, for a possible future governance.

Keywords : Management, ethics, public health

Sommaire

Remerciements	4
Résumé	5
Sommaire	7
Avertissement	12
Liste des abréviations	13
AVANT-PROPOS	17
I. Introduction générale :	19
A. La problématique de recherche :	20
B. Objectifs scientifiques de la recherche :	21
C. Originalité du sujet :	21
D. Méthodologie :	23
E. Intérêts de la comparaison internationale	23
II. Première Partie : « le développement, l'organisation et les réformes des deux systèmes hospitaliers »	25
A. Introduction :	26
B. Résumé de la première partie :	27
C. Données de santé publique	32
1. L'état de santé des populations et données épidémiologiques :	32
2. Le système de protection sociale : (Bismarckien, Beveridge, Privé)	34
3. Financement des dépenses de santé et données macroéconomiques	35
D. La comparaison de la performance des deux systèmes de santé	35
1. Classement de l'OMS :	35
a) Indicateurs et critères de classification	36
b) Résultats	37
2. Classement de l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) :	37
a) Indicateurs et critères de classification	38
b) Résultats	38
E. Comparaison de forme des normes juridiques de la santé :	39
1. Systèmes juridiques et droit comparé	39
2. Hiérarchie des normes juridiques	40
3. Comparaison entre le code de la santé publique français, les lois sanitaires algériennes. ..	41
4. Normes juridiques en santé dans le contexte Européen	43

F. Politiques et réformes hospitalières :	44
1. France :	44
▪ Historique	44
▪ Les établissements d'hébergement et de charité	44
▪ Le temps de l'initiative non étatique	44
▪ Le temps de la période étatique : la révolution française (1789)	45
▪ Le temps des établissements de soins	46
▪ L'avènement de l'hôpital sanitaire et social	46
▪ • Loi 21 décembre 1941 et décret 17 avril 1943	47
▪ • Ordonnances 11 et 30 décembre 1958 : socle de l'organisation médicale	48
▪ • Loi 31 décembre 1970 : loi BOULIN	48
▪ • Loi 4 janvier 1978	50
▪ • Loi 29 décembre 1979	50
▪ • Loi 3 janvier 1984	50
▪ • Loi 31 décembre 1985	51
▪ • Loi 27 janvier 1987	51
▪ • Loi 24 juillet 1987	51
▪ • Loi 31 juillet 1991 : loi EVIN Première grande modification de la loi 1970	52
▪ • Ordonnance 24 Avril 1996 : JUPPE	52
▪ • Loi 4 mars 2002 : KOUCHNER	53
▪ • Ordonnances 2003 et 2005 : plan MATTEI	53
▪ Plan hôpital 2007 :	53
▪ • Loi 21 juillet 2009 : réforme hôpital, patients, santé et territoires HPST	54
▪ • Réforme Fourcade	61
▪ • Le PLAN HÔPITAL 2012	62
▪ • Loi « Modernisation du système de santé » de Marisol Touraine 2016	63
▪ Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	64
▪ Loi « Ma santé 2022 :	65
▪ L'environnement hospitalier	66
▪ 1. Les institutions étatiques : les services centraux :	66
▪ 2. Les institutions étatiques : les instances consultatives	67
▪ 3. Les institutions étatiques : les agences et les établissements publics	67
▪ 4. Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés	69

▪ Les organismes péris hospitaliers.....	69
▪ Les établissements de santé.....	70
▪ 1. Les structures hospitalières.....	70
▪ 2. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux	71
▪ Algérie :.....	71
▪ Historique des réformes de santé	71
▪ La période coloniale Française	71
▪ La période 1962-1972 :	73
▪ La période 1973-1986	74
▪ La période 1987-2003	77
▪ La période de 2004 à 2018.....	82
▪ Environnement hospitalier.....	85
▪ 1. Les institutions étatiques : les services centraux	85
▪ Les institutions étatiques : les instances consultatives et les agences et établissements de l'état :	86
▪ Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés.....	86
▪ Les établissements de santé.....	88
▪ Les structures hospitalières.....	88
▪ Les établissements et services sociaux et médico-sociaux	90
G. Conclusion de la première partie	91
III. Deuxième partie : « Évolution de la gestion des deux systèmes hospitaliers, c'est-à-dire les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison ».....	94
A. Introduction.....	96
B. Définitions : Administration, Gestion, Management, Gouvernance :.....	100
C. Evolution du management des entreprises en capitalisme	106
D. Objectif :	110
E. Méthodologie :	110
F. Résultats : Évolution de la gouvernance Hospitalière :.....	111
▪ L'Organisation :.....	116
▪ La gouvernance interne des établissements de santé	118
▪ Gouvernance externe des établissements de santé	130
▪ Financement des établissements hospitaliers :	138
▪ Prix de journée (1893 -1983) :.....	139
▪ Facturation analytique : (hôpitaux privés à but lucratif jusqu'à 2003)	140
▪ Budget global de fonctionnement : (1984-2003)	140

▪ La tarification à l'activité T2A : un financement hybride	141
▪ Vers un modèle de paiement combiné 2018 -2022 :	144
▪ La fiabilisation et la certification des comptes des établissements publics de santé :	147
▪ Gestion du personnel (Ressources humaines) :	151
▪ La politique de la rémunération du personnel :.....	157
▪ La performance hospitalière :	157
▪ Systèmes d'informations : PMSI, dossier patient numérique, hôpital numérique	158
▪ Management de la qualité, démarche qualité en santé :	163
▪ Création de l'ANAES 1996 (HAS en 2004)	163
▪ L'accréditation HAS V1 1996	163
▪ La certification HAS V2 2004	163
▪ La certification HAS V3 2010	163
▪ La certification HAS V2020	163
▪ L'accréditation du personnel, Les EPP, instauration des CRU	163
▪ Les autres certifications non gouvernementales (ISO, EFQM...) en santé... ..	163
▪ L'architecture et l'hôtellerie hospitalière :	190
▪ La gestion des achats :	192
▪ La gestion du parcours du patient :	197
▪ Le marketing en santé :	202
G. Conclusion : Perspectives et pistes de progrès :	206
IV. Troisième partie : Les questions éthiques de la transposition du management hospitalier français en Algérie.....	209
A. Introduction :	210
B. Ethique, morale et déontologie : un concept polysémique	211
C. De la philosophie morale à l'éthique managériale contemporaine.....	213
D. Le cocktail éthique : Éthique et management : une pratique hypocrite ?	216
E. L'évaluation des aspects éthiques : Le guide de la HAS	217
F. Renforcer l'éthique dans le service public, les Recommandations du Conseil de l'OCDE :	220
G. Approche et démarche méthodologique « personnelle » sur la comparaison du point de vue éthique :	224
H. Objectifs et impératifs vertueux d'un « bon » système de santé	225
I. Valeurs et vertus d'un système de santé :	228
J. Réflexion à partir des pratiques :Expériences sur le terrain AP-HP HUEP, CHU Mustapha	230
▪ L'organisation des établissements hospitaliers.....	230

▪ La gouvernance interne.....	232
▪ Financement des établissements hospitaliers	233
▪ Management de la qualité et gestion des risques.....	235
▪ La gestion du personnel, Ressources humaines :.....	236
▪ Gestion des systèmes d'information.....	237
▪ Achats, équipement, Investissement et des prestations logistiques.....	238
▪ La gestion et l'organisation et Parcours du patient	240
▪ Le bien-être au travail	240
▪ Le management environnemental vers des hôpitaux écologiques :	241
▪ Le marketing, la publicité et la communication :	243
K. Réflexion sur les méthodes d'évaluations quantitatives et qualitatives de l'éthique managériale.....	245
L. Les leviers et outils d'une éthique managériale en santé :	245
▪ L'institutionnalisation de la démarche éthique en management :	245
▪ Projets de valeurs managériales	246
▪ Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de l'éthique managériale	246
▪ Comités de réflexions éthiques d'analyse des pratiques managériales :.....	247
▪ Développer la formation au management éthique et coaching au leadership éthique ...	247
▪ Développer une stratégie de communication au management éthique	248
▪ Donner un rôle important des représentants des usagers RU.....	248
M. Conclusion de la troisième partie	250
V. Conclusion générale et perspectives :	252
Annexes	262
Bibliographie	269
Table des matières	278

Avertissement

Cette thèse comprend trois parties. Chacune de ces parties comporte une Introduction et une Conclusion.

Les introductions résument les objectifs poursuivis et annoncent les questions traitées.

Les conclusions rappellent, dans une forme résumée, les détours de la recherche, le cheminement de la réflexion, les résultats principaux ainsi que les interprétations et conclusions retenues ainsi que d'éventuelles nouvelles réflexions et pistes de recherches.

Ces introductions et ces conclusions peuvent être lues indépendamment. En cela, elles constituent une forme de guide de lecture.

Dans le corps du texte, les conventions suivantes ont été retenues. Les phrases « *en caractères italiques et entre guillemets* » désignent :

- Des citations d'auteurs dont les textes, référencés en note de bas de page, renvoient à la bibliographie,
- Des extraits d'entretiens.

Lorsque les personnes citées mettent elles-mêmes un terme en italiques ou entre guillemets, le texte figure alors entre les signes suivants : “ ”.

La mise « entre guillemets et sans italiques » de certains termes ou de certaines expressions signale :

- Une acception précise de ces termes et expressions, en référence à un auteur ou à un contexte qui est toujours explicité,
- Un terme familier ou une expression familière.

Sont en caractères italiques et sans guillemets :

- Les titres des ouvrages figurant dans le corps du texte,
- Les termes et expressions de langue étrangère.

Liste des abréviations

AE Affection Etiologique (SSR)

AGIRR Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ALD Affection de Longue Durée

AM, AMO Assurance Maladie Obligatoire

AMC Assurance Maladie Complémentaire

APHP Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de santé

ATIH Agence Technique de l'Information Hospitalière

ATU Forfaits d'Accueil et de Traitement des Urgences (Externe)

AVQ Activités de la Vie Quotidienne (SSR, HAD, PSY)

CA Conseil d'Administration

CAC Centre d'Activité Clinique

CDU La Commission des usagers (ex CRUQ-PC)

CM, CMD Catégorie Majeure (Diagnostic) (MCO)

CMA Complications et Morbidités Associées (MCO)

CMAS Complications et Morbidités Associées Sévères (MCO)

CMC Catégories Majeures Cliniques (SSR)

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CS Conseil de Surveillance

CSIRMT La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

DA Diagnostic Associé

DAD Diagnostics Associés Documentaires (MCO)

DAS Diagnostics Associés Significatifs (MCO, SSR)

DATIM Détection des ATypies de l'Information Médicale

DGF Dotation globale de financement (ex-DGF désigne public et PSPH)

DMI Dispositifs Médicaux Implantables

DP Diagnostic principal (MCO, HAD, PSY)

DR Diagnostic relié (MCO)

DRG Diagnoses Related Group (équivalent GHM)

EDGAR Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique (PSY)

ENC Échelle Nationale des Coûts

ENT Échelle Nationale des Tarifs

FAU Forfait Annuel Urgences (MCO)

FFM Forfaits petit matériel (Externe)

FINESS Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux

FOIN Fonction d'Occulation des Identifiants Nominatifs

FP Finalité Principale de prise en charge (SSR)

GCAP Grille Commune Autonomie/dépendance et PMSI (SSR)

GHJ Groupes Homogènes de Journées (désuet, SSR)

GHM Groupe Homogène de Malades (MCO)

GHPC Groupe Homogène de Prise en Charge (HAD)

GHS Groupe Homogène de Séjours (MCO)

GHT Groupements hospitaliers de territoire

GMD Groupe de Morbidité Dominante (SSR)

HAD Hospitalisation A Domicile

HAS Haute Autorité en Santé

HDT Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (PSY)

HO Hospitalisation d'Office (PSY)

IPP Identifiant Permanent du Patient

IPT Indice de Pondération Totale (HAD)

ISA Indice Synthétique d'Activité (désuet, MCO)

IVA Indice de Valorisation de l'Activité (SSR)

LPP Liste des Produits et Prestations

MA Motif de prise en charge Associé (HAD)

MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

MMP Manifestation Morbide Principale (SSR)

MON, MOLON Molécules Onéreuses

MP Motif de prise en charge Principal (HAD)

MSA Mutualité Sociale Agricole

OMS Organisation Mondiale de la Santé

OPP Ordonnance Provisoire de Placement (PSY)

OQN Objectif quantifié national (désuet ; ex-OQN désigne le privé lucratif)

PEC Prise En Charge (=taux couverture assurance maladie)

PERNNS Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé

PMSI Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSPH Secteur privé participant au service public hospitalier (privé non lucratif)

R3A Résumé par Acte Ambulatoire Anonymisé (=RPA anonymisé ; PSY)

RAPSS Résumé Anonymisé Par Sous-Séquence (HAD)

REA supplément Réanimation (MCO)

RHA Résumé Hebdomadaire Anonymisé (SSR)

RHS Résumé Hebdomadaire Standardisé (SSR)

RIMP Recueil de l'Information Médicale en Psychiatrie

RPA Résumé par Acte (PSY)

RPS Résumé par Séquence (PSY)

RPSA Résumé par Séquence Anonymisé (PSY)

RPSS Résumé Par Sous-Séquence (HAD)

RSA Résumé de Sortie Anonymisé (MCO)

RSF Résumé de Facturation Standardisé

RSFA Résumé de Facturation Standardisé Anonymisé

RSS Résumé de Sortie Standardisé (MCO)

RUM Résumé d'Unité Médicale (MCO)

SE Forfaits Sécurité et Environnement (Externe)

SI supplément Soins Intensifs (MCO)

SLD Soins de Longue Durée

SNIIR Système National de l'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

SSRHA Suite Semestrielle de Résumés Hebdomadaires Anonymisés (SSR)

T2A Tarification à l'Activité

TJP Tarif Journalier de Prestation

TM Ticket Modérateur

UCD Unités Communes de Dispensation

UF Unité Fonctionnelle

UHCD Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UM Unité Médicale

VAP Valorisation de l'Activité de Psychiatrie

AVANT-PROPOS

*«There are not underdeveloped countries any more,
There are only mis-managed countries»*
Peter F. Drucker¹

«Il n’y a pas de pays sous-développés, il y a seulement des pays sous-gérés» Cette phrase est une citation d’un célèbre professeur et théoricien en management **Peter Ferdinand Drucker**, connue par les dirigeants et les intellectuels dans les pays du tiers monde qui stipule que la cause la plus explicative au phénomène du sous-développement demeure en premier lieu un problème d’administration , de management, de gestion et de gouvernance des institutions d’une nation.

En effet Cette réflexion considère que le management est plus important que les ressources d’un pays, il constitue un savoir-faire humain qui permet d’obtenir des avancées économiques, scientifiques et sociales avec un minimum de ressources.

D’autre part, Déverser des montagnes d’argent et de ressources sur des hommes et des institutions où les administrations sont sous-gérées induit corruption, gabegie, gaspillage, une extraordinaire déperdition de ressources et en retour une médiocrité des résultats escomptés.²

A partir de cette réflexion, et mes constatations personnelles en tant que médecin-dentiste clinicien de la réalité que j’ai pu observer, même arbitrairement, dans les établissements de santé en Algérie et ailleurs notamment en France, que j’ai eu l’ambition et la motivation pour à faire des études en management en santé publique, en commençant par le master 1 «éthique et management en santé publique » puis le master 2 « Analyse et management des établissements de santé ».

Durant ces trois années d’études en management en santé enseignées à l’université et à l’EHESP, j’ai remarqué que :

- Il y a un écart entre le management des entreprises et son évolution qui est dans une logique libérale, capitaliste ou d’économie de marché tandis que le management hospitalier s’inscrit toujours dans une logique plutôt d’économie dirigée et de dépenses socialisées.
- Il y a un écart entre l’état de santé et les données de santé publique entre l’Algérie et la

¹ Drucker et Nakauchi, *Drucker on Asia*.

² LAMIRI, « “Il n’y a pas de pays sous-développés, il y a des pays mal gérés” : Toute l’actualité sur liberte-algerie.com ».

France qui peut être une des conséquences de l'écart de l'évolution de la gestion du système de la santé dans les deux pays.

-L'éthique enseignée dans ces master en santé publique est plutôt l'éthique médicale clinique (procès de Nuremberg, soins palliatifs, IVG, la loi Kouchner, loi Bertrand...) Ou l'éthique de la recherche scientifique, mais il n'y pas de modules d'enseignement explicites sur l'éthique managériale en santé publique.

D'autres parts, Si l'évolution du management des entreprises et des organisations économiques était caractérisée par plus de réflexion sur l'étude de la psychologie, la sociologie du travail et l'amélioration au bien-être des ressources humaines, et justice sociale afin d'optimiser le rendement économique. J'ai pu constater aussi que Le concept d'éthique a vu le jour aux États-Unis dans les années 1950 ³ et que depuis une trentaine d'année il y a eu un véritable engouement pour l'éthique managériale dans les entreprises et les administrations, et l'éthique de care ou de la sollicitude, La gestion éthique, la démarche éthique, et l'éthique de la régulation de la gestion... Dans l'année 2000 l'OCDE a publié son premier rapport intitulé « **Renforcer l'éthique dans le service public** » ⁴ le fruit de deux années de réflexion d'un groupe de travail consultatif sur l'éthique managériale des institutions publiques ainsi que des recommandations pour chaque pays membre. Cependant qu'après une dizaine d'année que les acteurs de la gouvernance de la santé ont commencé à s'intéresser à cette thématique dans leurs établissements de santé, qui a débuté concrètement en 2010 par le colloque « **Ethique et management hospitalier** » ⁵ organisé par la conférence des directeurs généraux de CHRU, le CAPPS de l'EHESP, la chaire santé de Sciences Po et la Fédération Hospitalière de France à l'hôpital Européen Georges-Pompidou (Paris 15eme).

Et si on peut considérer que la recherche scientifique consiste à la repousse des limites de l'inconnu j'ai pensé à faire ce modeste travail de recherche pour donner une valeur ajoutée à cette thématique encore en plein développement dans le but de comparer les pratiques managériales de la santé des deux pays, non pas du point de vu de l'efficacité ou l'efficacité ou l'économie mais plutôt par le 4eme « E » du management qui est l'éthique.

³ Hantem, « Éthique et management public ».

⁴ « Renforcer l'éthique dans le service public | READ online ».

⁵ « Colloque « Ethique et management hospitalier » - Fédération Hospitalière de France (FHF) ».

I. Introduction générale :

Le système de santé français, est réputé l'un des meilleurs systèmes de santé au monde, classé parmi les cinq premiers systèmes les plus performants, considéré comme une fierté nationale (du moins avant la pandémie du Covid-19)⁶, durant son développement ce dernier siècle, il s'est inspiré des meilleures expériences étrangères internationales. Coûteux, l'assurance maladie constitue un pilier fondamental de ce modèle. Le système de santé algérien, quant à lui, a certainement fait d'énormes progrès pour améliorer la santé des citoyens depuis l'indépendance, selon plusieurs indicateurs épidémiologiques, mais du moins ça reste toujours largement inférieurs par rapport au pays de l'OCDE. Selon plusieurs classement OMS, il figure entre la 80ème et la 90ème position, Hérité du système de santé français des années soixante. Durant son développement ce système de santé n'a pas connu de grandes réformes managériales (gestion administrative), il est toujours sous le modèle de santé socialiste « médecine gratuite »⁷ (modèle coûteux à l'État et à l'assurance maladie), bien que l'Algérie soit passée du socialisme à l'économie de marché depuis 30 ans.

D'autre part, le management et les sciences de gestion et les organisations du travail des entreprises ont connus beaucoup évolutions, le siècle dernier, d'une manière non linéaire, ces évolutions managériales sont plus ou moins introduites en domaine de la santé publique avec un écart de temps par rapport aux entreprises.

Dans cette thèse nous avons posé les questions éthiques sur l'éventuelle transposition du management public hospitalier français en Algérie, Bien qu'à l'échelle macroéconomique concernant la gestion nationale du système hospitalier, qu'à l'échelle microéconomique, c'est-à-dire la gouvernance interne aux seins des différents directions des établissements hospitaliers.

La thématique développée dans cette recherche concerne l'intersection et la convergence de trois disciplines : l'éthique et le management en santé publique



⁶ « Covid-19 : Allemagne, Corée du Sud... Quels meilleurs systèmes de santé ? | Pour l'Éco ».

⁷ Larbi, « La fin de la médecine gratuite en Algérie ? »

Dans une **première partie**, nous allons étudier l'état de santé des deux populations, le développement, l'organisation et les réformes des deux systèmes hospitaliers, durant ces 50 dernières années, en citant le contexte juridique, socio-économique, afin de mettre en évidence les disparités entre l'évolution du système de santé et en particulier système hospitalier des deux pays.

Dans **une seconde partie**, nous abordons l'évolution de la gouvernance des deux systèmes hospitaliers durant le siècle dernier, c'est-à-dire les principales leçons managériales à tirer de la comparaison ; en se basant sur une comparaison des pratiques managériales dans deux Hôpitaux (français et algérien). Concernant les différentes directions de l'établissement hospitalier, ainsi que la gestion globale des deux systèmes hospitaliers

Hôpitaux concernés :

- France : Hôpitaux universitaires Est Parisien AP-HP :
(Les hôpitaux : Saint-Antoine, Rothschild, Trousseau (Paris,12e), La Roche-Guyon (Val d'Oise) et Tenon (Paris, 20e)).
- Algérie : Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha Pacha.

La troisième et dernière partie qui sera consacrée aux questionnements éthiques concernant l'éventuelle transposition du management public et des modes de gestion hospitalières françaises en Algérie, en faisant une revue de littérature sur l'éthique managériale, tout en donnant des réflexions sur les objectifs et les valeurs de la santé, dans chaque pays

A. La problématique de recherche :

Le système de santé Français est l'un des plus performant et efficace système de santé dans le monde, selon plusieurs classements OMS, il a été classé 1er au rang mondial, en 2000, l'Algérie doit-elle s'inspirer de ce modèle ? Ce modèle n'est pas excessivement coûteux et cher pour un pays en voie de développement tel l'Algérie ? Dans un monde non dépourvu de risque de crises économiques ?

En termes de gestion du système hospitalier Y-a-t-il des enseignements importants à tirer des grandes réformes de santé en France ? Peut-on appliquer ces enseignements tout en évitant la croissance des dépenses de santé ?

Au sein des différentes directions, la volonté d'amélioration de la qualité, ou les objectifs du

développement durable, n'est pas défavorable pour les autres paramètres de la gestion comme l'efficacité ou l'efficience ou l'accessibilité des soins ?

Le mode actuel de la gestion « administrative » du système de soins en Algérie est-t-il le même qui existait en France y'a 50 ans ? Doit-on rattraper le retard en matière de gestion du système de soins et management des établissements santé ?

D'autre part, à l'échelle macroéconomique, les décideurs en tant que politiques ou technocrates, ne jouent-t-ils le rôle de « dépensiers de l'état » ? Sont-ils dans une logique de dépense publique qui ne cesse pas d'augmenter ?

B. Objectifs scientifiques de la recherche :

D'abord décrire les deux systèmes de santé, faire une comparaison des deux systèmes de santé publique.

Ensuite poser un questionnement éthique sur les systèmes de gouvernance hospitalière et de leur évolution en Algérie et en France dans le but de tirer des enseignements pour définir des pistes de progrès dans la gestion des moyens publics et dans la qualité des prises en charge.

Aborder Les aspects pratiques et théoriques des systèmes de gouvernances hospitaliers en France et en Algérie

Analyser les valeurs du système de santé des deux pays

Faire une revue de littérature concernant l'éthique du management hospitalier

C. Originalité du sujet :

La thématique principale de recherche concerne la comparaison du management hospitalier français et algérien du point de vue éthique :

- En littérature il existe beaucoup de théories sur l'évolution du management en général, et les sciences de gestion, et dans cette thèse nous traitons le sujet de l'évolution du management appliqué à la santé publique.
- Il existe beaucoup de travaux de comparaison internationales entre le système de santé français et les pays développés (ou de l'OCDE), dans cette thèse la comparaison sera avec un pays francophone en voie de développement.

- La comparaison ne se fait pas que sur l'état actuel du système de santé mais sur son développement.
- Un travail original est nécessaire à la comparaison des chiffres :
- D'abord, concernant les indicateurs économiques utilisés en Algérie, calculer les indicateurs économiques selon les normes universelles ou celles de l'OCDE (DCS, DTS, CSBM...)

Exemple : en 2019 ⁸

France : La dépense courante de la santé au sens international = 225.63 Mrds euros ⁹

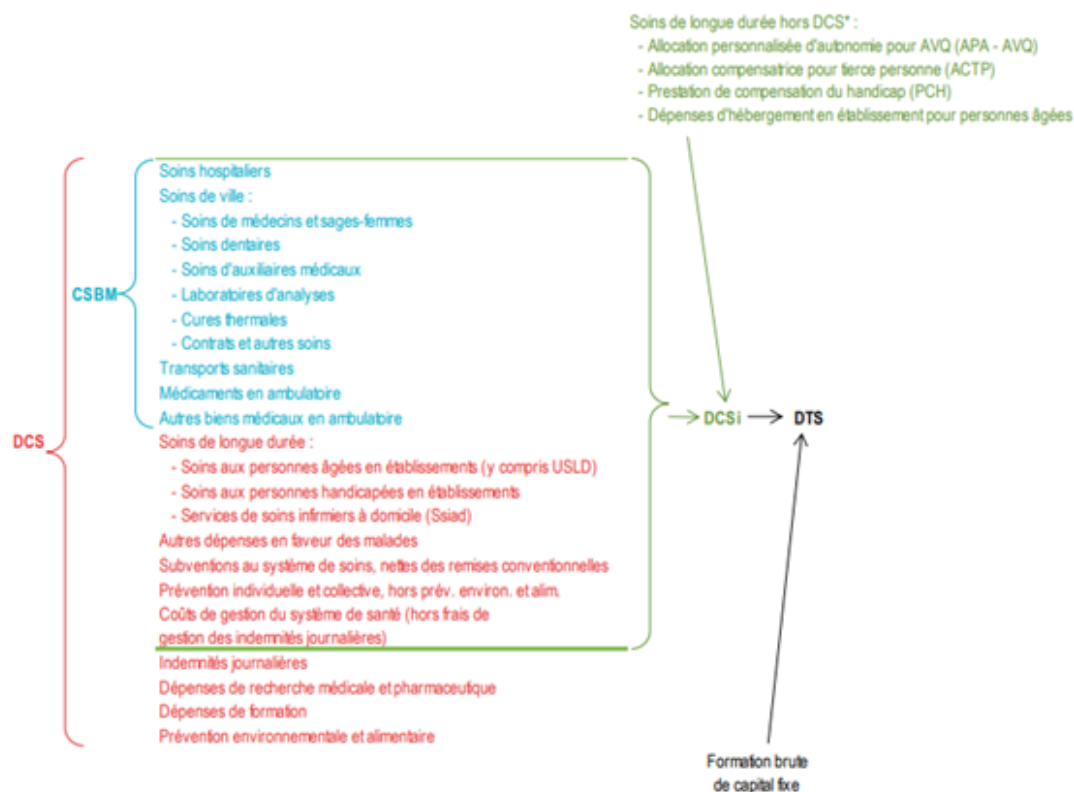
Le budget du ministère de la santé = 1,3 Mrds euros

Algérie : La dépense courante de la santé au sens international est de 6.35Mrds EUROS

La dépense courante de la santé, n'est pas connue à calculer (entre 12 et 15 Mrds \$?)

Comparaison des chiffres comparable, en convertissant la valeur nominale en valeur réelle (1\$ en 1990 = environ 2 \$ aujourd'hui ?), et en prenant compte de la parité du pouvoir d'achat (PPA).

Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



Source : Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé ¹⁰

⁸ « Dépenses publiques en santé 2020 ».

⁹ « Dépenses publiques en santé 2020 ».

¹⁰ « Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé ».

D. Méthodologie :

Comparaison des textes et de leur évolution, relatifs à l'organisation et à la gouvernance du système hospitalier au niveau national et régional ainsi qu'au niveau des hôpitaux

Observer les pratiques de management dans un établissement hospitalier français et un établissement hospitalier algérien :

- auprès d'une équipe de direction : effectuer des entretiens auprès des chefs d'établissement et des directeurs adjoints chargés des différents secteurs
- effectuer des entretiens auprès de chefs de pôle, de responsables de structure interne (chefs de services ou responsables d'unité fonctionnelle), de cadres de santé et administratifs (pôle et structures internes), en France
- effectuer des entretiens auprès de quelques chefs de service dans un établissement hospitalier algérien
- assister à des instances de direction
- étudier les documents (rapport d'activité, tableaux financiers, tableau des emplois, tableau prévisionnel des emplois rémunérés, Analyse budgétaire, tableaux des emplois, organigrammes, fiches de poste, comptes rendus d'instances...)
- Faire une revue de littérature.

E. Intérêts de la comparaison internationale

Les analyses et études comparatives internationale sont inévitables pour ceux qui veulent gérer leur système de santé. Ces comparaisons encouragent la prise en compte des enseignements des expériences étrangers, et permettent une rationalisation des politiques publiques. Mais on peut s'interroger sur son véritable rôle. En fait, les comparaisons internationales en apparence sont des outils neutres et apolitiques de l'action publique. Mais elles cachent derrière ces apparences des opinions politiques et idéologiques, des

expressions sociales, des valeurs, des intérêts et des rapports de force. En effet, la comparaison internationale peut devenir une arme politique puissante.¹¹

En étudiant les expériences des autres pays, il sera possible de garantir la réussite des politiques appliquées, d'éviter les risques d'échecs, et développer des stratégies et des connaissances qui ne peuvent être obtenues autrement ; donc vaut mieux apprendre des autres ou de sa propre expérience.

Les limites de comparaison des chiffres :

Mesure-t-on les mêmes phénomènes dans les mêmes agrégats ?

Utilise-t-on les mêmes méthodes pour obtenir les chiffres ?

Les données identiques pour chaque pays ont-elles la même signification ?

Ces données sont-elles fiables ?

La conversion entre les différentes monnaies et la fluctuation des monnaies oblige à l'utilisation de la parité de Pouvoir d'Achat (PPA)

Il existe des « valeurs » importantes dans certains systèmes de santé, qui n'apparaissent pas sur les indicateurs.

Dans cette thèse nous procédons à la fois à des comparaisons notamment dans la première partie, et à des transpositions dans la seconde et la troisième partie.

Le terme transposition que nous utilisons n'est pas employé par son sens juridique, mais plutôt au sens littéral.

¹¹ Guigner, « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé ».

II. Première Partie : « le développement, l'organisation et les réformes des deux systèmes hospitaliers »

*« Les imbéciles apprennent par l'expérience, je préfère apprendre de l'expérience des autres » **Otto von Bismarck***

A. Introduction :

Il est communément admis que le premier objectif d'un système de santé est d'améliorer l'état de santé des populations (OMS). Afin d'aboutir à la réalisation de cette étude sur les questions éthiques de la transposition du management public hospitalier français en Algérie, dans le but de tirer des enseignements et des pistes de progrès pour améliorer l'état de santé publique en Algérie, il est nécessaire de commencer d'étudier les composants l'organisation l'histoire et l'évolution de chaque système hospitalier :

- D'abord sur le plan épidémiologique pour mettre en évidence les disparités de l'état de santé entre les deux pays et montrer les points forts et faibles de chaque pays, en analysant deux classements internationaux de la performance de santé et les indicateurs utilisés.

- Sur le plan social concernant l'efficacité et la performance des systèmes de protections sociale

- Sur le plan d'économie de la santé et le financement des deux systèmes ainsi que sur la maîtrise de dépenses de santé.

- Aussi parler du contexte des 2 systèmes juridiques encadrant les réformes et politique de santé,

- Puis dans un second temps aborder les politiques et les réformes de santé de santé publique qui organisent les deux systèmes hospitaliers et mettre l'accent plus sur les points qui concerne cette étude.

- Et en fin comparer l'organisation des acteurs de la santé, c'est à dire les institutions, les agences les établissements de la santé des deux pays.

B. Résumé de la première partie :

Comparaison des principaux indices de santé publique :

	<i>France</i>	<i>Algérie</i>
<i>Popoluation</i>	67 millions	44 millions
<i>PIB/ habitant</i>	39 030 \$	3 306 \$
<i>Espérance de vie</i>	82,4 ans	75,6 ans
<i>Rang esperance de vie</i>	9	59
<i>Depenses de santé /PIBDCS</i>	11,5 %	7,2 %
<i>DCS par habitant</i>	4488 \$	239 \$
<i>L'indice des soins de santé</i>	3eme rang avec un indice de 80,99	74eme rang avec un indice de 55,01
<i>Classement IHME2015</i>	La France classée au 24eme rang Point négatifs/ algérie : alcool Tabac et suicides	l'Algérie 101eme. Points négatifs / France : le reste des criteres
<i>Protection sociale</i>	Hybride Bismarkien Biveridgien et Privé	Hybride Bismarkien Biverigien Privé et traditionnel (familial)
<i>% affiliés à la securité sociale</i>	97%	80%
<i>Systemes juridiques</i>	droit romano-civiliste laïque	système de droit mixte influencé par le droit musulman
<i>Heiarchie des normes juridique</i>	Transposition des normes européennes	
<i>Code de santé publique</i>	Plus de 10 000 articles 3476 pages	Pas de code ,Loi sanitaire 450 articles et 36 pages + quelsque decrets et ordonnances par an

	-Une inflation juridique par rapport l'Algérie -Les réformes et les lois de santé (loi Boulin, Evain, ordonnance Juppé, HPST....) ne modifieront que la partie concernée du code de la santé publique -Relativement beaucoup de réformes ces dernières 50 années, secteur de santé très réglementé. - difficultés pour faire connaître les lois par tous les professionnels de santé (si on est pas spécialiste en droit de la santé)	-Un vide juridique - Normes juridiques sous forme de lois sanitaire, (Absence de vrai code de santé publique et une commission de codification). -Quelques ressemblances sur la forme (parties, livres, chapitres, titres) surtout avec les premiers codes de la santé publique français. -Relativement peu de réformes durant ces 50 dernières années, secteur de santé peu réglementé.
<i>Réformes de santé</i>	France il y a eu elles sont nombreuses, inspirées du contexte socio-économique de chaque époque, elles modifient la façon d'organisation et gestion du système hospitalier, notamment avec le progrès technologique (comme l'informatique) et médicale	il n'y a pas eu de réforme proprement dite le système hospitalier algérien est hérité de l'administration française des années 1950.

Les principales réformes de la santé :

Tableau récapitulatif des principales réformes hospitalières en France

Dates	Lois	Principales orientations
1796	Loi du 7 octobre 1796	Municipalisation des hôpitaux
1838	Loi du 30 juin 1838	Ouverture d'un asile par département
1839	Ordonnance du 18 décembre 1839	Statut d'établissements publics pour les asiles
1851	Loi du 7 août 1851	Autonomie des hospices et hôpitaux rattachés à la commune de leur lieu d'implantation Reconnaissance des établissements privés
1941	Loi du 21 décembre 1941 « Charte hospitalière »	Suite à la naissance des assurances sociales, l'hôpital est ouvert à toutes les classes sociales. Tarification à la journée
1958	3 ordonnances de décembre 1958	Création des CHU et CHRU
1960	Circulaire du 15 mars 1960	Début de la sectorisation psychiatrique
1985	Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985	Officialisation de la sectorisation psychiatrique
1970	Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970	Définition d'un système hospitalier et instauration de la carte sanitaire
1978	Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978	Instauration du forfait soins Création des hôpitaux de long séjour
1979	Loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979	Mise en place de la suppression des lits par

		autorisation du ministère chargé de la santé
1983	Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983	Dotation globale de financement pour les hôpitaux publics ou privés participant au PSPH Tarification à la journée et forfaits liés aux actes réalisés pour les cliniques privées Instauration du forfait journalier à la charge de l'assuré
1984	Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984	Création des départements médicaux Instauration du taux directeur
1991	Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991	Instauration des SROS (Schémas régionaux de l'offre de soins)
1996	Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996	Création des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) et régionalisation du financement Mise en place de groupements de coopération sanitaire
2002	Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002	Réforme du droit des malades
2003	Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003	Plan hôpital 2007 modernisant l'hôpital Remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé Simplification du régime des autorisations Renforcement de la coopération hospitalière
2005	Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005	Nouvelle gouvernance hospitalière Tarification à l'activité (T2A)

2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital patients santé et territoires »	Refonte du statut des établissements hospitaliers Définition des missions de service public hospitalier Création des CHT (Communautés hospitalières territoriales) et des GCSM (Groupements de coopération sanitaire de moyens)
2012	Plan hôpital 2012	Amélioration de l'efficience de l'offre hospitalière Modernisation technique des établissements
2016	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	Réaffirmation du service public hospitalier Création des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) Projet territorial de santé mentale Création des CPT (Communautés professionnelles de territoire)
2019	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	Développement d'une offre hospitalière de proximité Création du projet territorial de santé (PTS) Renforcement des GHT avec obligation des commissions médicales de groupement
2020		GESTION CRISE SANITAIRE COVID 19
2022	La loi Ma Santé 2022	MISE EN PLACE DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ DÉPLOIEMENT DE 400 MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES CRÉATION DES ASSISTANTS MÉDICAUX LABELLISATION DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ RÉFORME DU 1ER ET DU 2ÈME CYCLES DES ÉTUDES MÉDICALES

Tableau récapitulatif des principales réformes de santé en Algérie :

Année	Lois et réformes	Principales orientations
1964	Création de l'Institut national de santé publique	<i>réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé</i>
1966	Instruction ministérielle	rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires
1973	l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins	tout citoyen algérien est en droit d'être soigné

		gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social -la réforme de l'enseignement universitaire 1000 médecins par an.
1975	Instruction programmation sanitaire	-la programmation sanitaire du pays -service civil
1979	Création par décret le <i>secteur sanitaire</i> et les <i>sous-secteurs sanitaires</i> .	-Création des secteurs et sous-secteurs sanitaire -Construction de plus de 40 hôpitaux
1983	La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales	le <i>forfait hôpitaux</i> . Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale
1993	Le décret exécutif 93-140 du 14 juin.	Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. --Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques
1997	le décret 97-262 du 14 juillet Création de cinq régions sanitaires	(Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest),
2007	Le Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé	créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).
2018	loi de santé 2 juillet 2018 : 470 articles 8 titres	Titre I Principes et dispositions fondamentaux Titre II Protection de la santé Titre III Protection des malades Atteints de troubles mentaux ou psychologiques Titre IV Organisation et financement du système de santé Section 1 : Missions des structures et des établissements de sante

		Section 2 : Obligations des structures et établissements de santé. Section 3 : Statut de l'établissement public de santé Section 4 : Structures et établissements privés de santé Section 5 : Coopération et partenariat en matière de santé Section 6 : Système d'information sanitaire Section 7 : Evaluation et audit des structures et établissements de santé Titre V Professions et personnels de santé Titre VI La pharmacie Titre VII Ethique, Déontologie et Bioéthique
--	--	---

C. Données de santé publique

1. L'état de santé des populations et données épidémiologiques :

La liste de référence universelle des cent indicateurs de santé de base est un ensemble d'indicateurs de base classés par ordre de priorité par la communauté internationale. L'objectif principal est de fournir des informations précises sur l'état de santé et les tendances sanitaires, y compris les réponses à l'échelle nationale et internationale. Il comprend des indicateurs pour les rapports nationaux, régionaux et mondiaux et couvre toutes les priorités sanitaires mondiales liées aux objectifs de santé liés aux objectifs de développement durable ; il s'agit de nouvelles priorités telles que l'agenda des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), telles que les maladies non transmissibles, la protection sociale et assurance maladie et beaucoup d'autres questions de santé liées au programme de développement pour l'après-2015.¹²

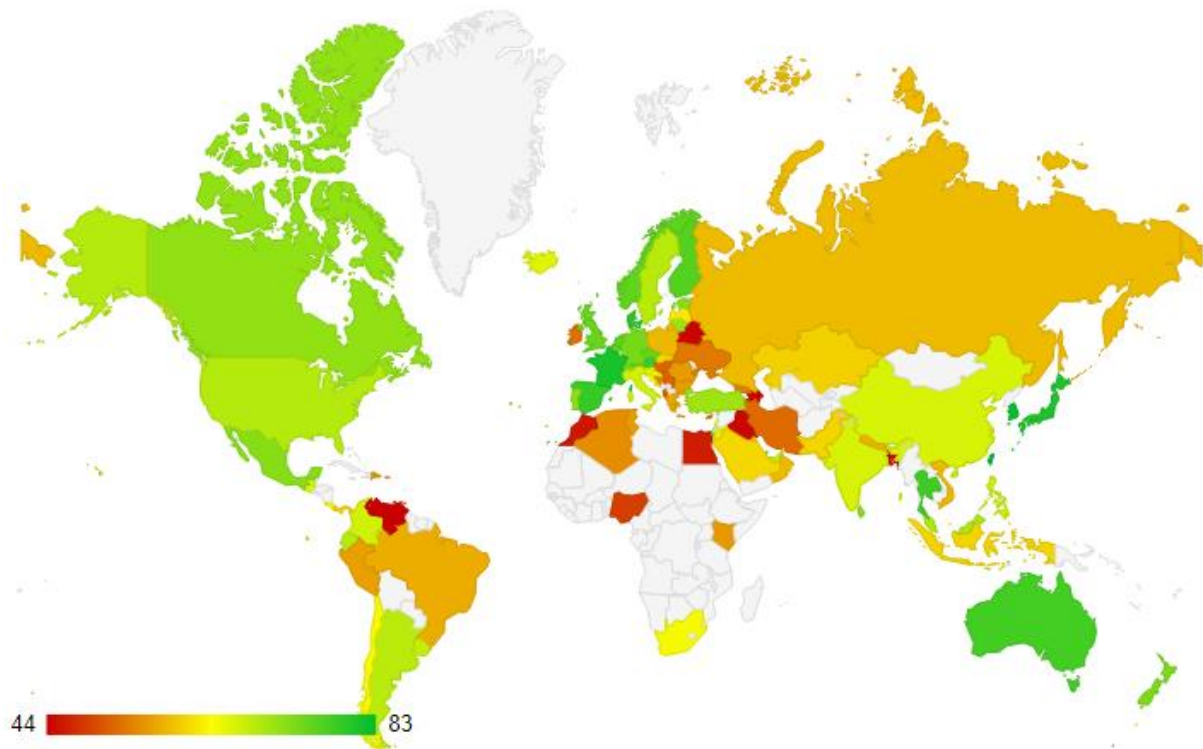
L'Indice des Soins de Santé est une estimation de la qualité globale du système de soins de santé, des professionnels de la santé, de l'équipement, du personnel, des médecins, des coûts, etc.

¹² Santé, « Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base ».

L'indice des soins de santé est une étude basée sur un recueil statistique des données concernant la qualité globale du système de soins de santé, l'offre de soins à travers le nombre des infrastructures sanitaires; la disponibilité de médicaments de qualité, la compétence des professionnels de la santé (personnel soignant); le coût; et la performance de la gestion nationale du système de soins. Il tient aussi en compte d'autres facteurs, notamment l'écologie, l'accès à l'eau potable, l'hygiène publique, les politiques nationales contre certains fléaux tels que le tabagisme, l'alcoolisme et l'obésité. Le classement concerne une centaine de pays à travers le monde en fonction de cinq variables de santé différentes.

Indice des soins de santé par Pays 2021

Ces indices sont historiques et sont publiés périodiquement.



Graphique: Indice des soins de santé

13

Selon l'indice des soins de santé, l'indice est dérivé de la compilation de données fournies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le ministère de la Santé et l'agence de surveillance indépendante du secteur de la santé :

¹³ « Indice des soins de santé par Pays 2021 ».

La France classée au 3eme rang avec un indice de 80,99

L'Algérie classée au 74eme rang avec un indice de 55,01

L'indice des soins de santé est une estimation de la qualité globale du système de soins, des professionnels de la santé, de l'équipement, du personnel, des médecins et des coûts.

Une comparaison plus détaillée dans le chapitre « comparaison de la performance des 2 systèmes de santé ».

2. Le système de protection sociale : (Bismarckien, Beveridge, Privé)

Le conseil de l'Europe définit la protection sociale comme étant *une couverture basée sur des droits contre un risque social prédéterminé comprenant tous les régimes de transfert collectif permettant de protéger les individus et ménages contre les risques sociaux*.¹⁴

La protection sociale concerne tous les mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux personnes de faire face aux conséquences financières des risques sociaux. Ces situations de risques sociaux peuvent mettre en péril économiquement un ménage ou sa famille, par un déséquilibre provoqué par une diminution des recettes et une hausse des charges. Ces risques sociaux concernent, les accidents du travail, la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage, la maternité, le risque de prostitution...etc. La protection sociale, par ce système de solidarité permet de compenser la perte de revenu.

Les deux pays ont un système de protection sociale hybride inspiré de deux modèles : le modèle Bismarckien (basé sur les cotisations des travailleurs) et le modèle Beveridgien (basé sur les impôts) mais aussi par le modèle de protection sociale privé. Cependant il existe une disparité entre les deux pays concernant le taux de la population recouverte par la sécurité sociale, et l'accessibilité aux soins, et la nature des prestations (en espèces ou en nature) ce système algérien couvre 8 millions d'assurés sociaux(travailleurs cotisants), avec les ayants droit, cela fait environ 80 % de la population.

Quant au profil des non-affiliés, il s'agit d'une population essentiellement jeune et sans qualifications : 88 % des jeunes âgés entre 15 et 24 ans travaillant dans le secteur privé ne sont pas affiliés à la sécurité sociale ; cette part régresse à mesure que s'élève l'âge pour atteindre 61 % chez les travailleurs âgés de 55 ans et plus. Par contre, trois employés sur quatre travaillant non diplômés dans le privé ne sont pas affiliés, et cette part baisse à 64,2% pour les diplômés des établissements de formation professionnelle et chute

¹⁴ « La protection sociale dans la charte sociale européenne (Cahiers de la Charte sociale n°7) ».

d'avantage encore pour les diplômés de l'enseignement supérieur à 31,2 % seulement. À terme, cette situation peut nuire aux équilibres financiers de la sécurité sociale.¹⁵

3. **Financement des dépenses de santé et données macroéconomiques**

Financement de la santé en Algérie : Comme le montre le tableau ci-dessous, les dépenses totales de santé ont été multipliées par près de six entre 1995 et 2012, entraînant par là-même une augmentation des dépenses par habitant pour passer de 53 à 279 dollars courants (+425 %). Il s'agit de dépenses essentiellement publiques (84 % des dépenses totales de santé) qui consomment près de 10 % du budget de l'État (contre 8,5 % en 1995) et atteignent 5,2% du PIB. Les données désagrégées par région ne sont pas disponibles ¹⁶

Évolution des dépenses de santé							
	1995	2000	2005	2010	2011	2012	% 1995-2012
Dépenses totales de santé (en milliards de dollars courants)	1,6	1,9	3,2	6,75	8,8	10,8	589
Dépenses de santé par habitant (en dollars courants)	53,1	60,3	95,3	181,4	232,6	278,6	425
Dépenses publiques de santé (% dépenses totales de santé)	72,2	73,3	72,7	79,2	82,0	84,1	16
Dépenses publiques de santé (% du budget)	8,5	8,8	8,2	8,9	9,0	9,8	14
Dépenses totales de santé (% du PIB)	3,7	3,5	3,1	4,2	4,4	5,2	42

Tableau évolution des dépenses de santé en Algérie source : ¹⁷

D. La comparaison de la performance des deux systèmes de santé

1 **Classement de l'OMS :**

Dans un long rapport de plus de 200 pages l'OMS publie en l'an 2000 un classement des systèmes de santé dans le monde. La France arrive en tête, suivie par ordre, par l'Italie,

¹⁵ « Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie : 2016-2020 ».

¹⁶ « Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie: 2016-2020 ».

¹⁷ « Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie: 2016-2020 ».

l'Espagne, Oman, l'Autriche et le Japon.¹⁸

France avait le plus performant système de santé du monde, selon cette publication, ce n'est pas un hasard mais bien parce qu'elle refuse d'adhérer à une maîtrise "comptable" de la santé.

Le rapport n'évalue pas seulement la qualité de la médecine pour chaque pays mais bien le système de santé, à savoir *"la totalité des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'interventions sanitaires"*. Le rôle d'un système de santé étant de parvenir au "meilleur niveau de santé possible" et de "réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes", il s'agit donc d'un double objectif de qualité et d'équité.

Les Etats sont classés d'après les indices de la performance des systèmes de santé nationaux dans la réalisation de trois objectifs :

1. L'amélioration de la santé
2. La réponse aux attentes de la population
3. La répartition équitable de la contribution financière.

L'accomplissement de ces objectifs dépend, de l'aptitude de chaque Etat à exercer quatre fonctions :

1. La prestation de service
2. La production de ressources,
3. Le financement
4. L'administration générale.

a) Indicateurs et critères de classification

Les informations contenues dans le rapport permettent de classer les Etats en fonction de cinq indicateurs de performance :

- Le niveau de santé général de la population. Pour évaluer le degré de réalisation de l'objectif de bonne santé, l'OMS mesure l'espérance de vie corrigée de l'incapacité ;
- Inégalités (ou disparités) de santé dans la population ;
- Degré général de réactivité du système de santé (satisfaction des malades conjugée au bon fonctionnement du système).

¹⁸ « OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant ».

- Distribution de la réactivité dans la population (satisfaction des personnes de niveaux économiques divers vis-à-vis des services fournis par le système de santé).
- Répartition de la charge du financement du système de santé au sein de la population (qui assume les coûts). Un financement équitable dépend seulement de la répartition

b) Résultats

La France occupe la première place du classement concernant la performance globale, l'Algérie au 81ème rang ¹⁹

Tableau 1 de l'annexe Résultats et performance du système de santé dans l'ensemble des Etats Membres, avec les rangs de classement d'après huit mesures, estimations pour 1997

Etats Membres	REALISATION DES OBJECTIFS						Dépenses de santé par habitant en dollars internationaux	PERFORMANCE	
	Santé		Réactivité		Equité de la contribution financière	Réalisation globale des objectifs		D'après les effets sur le niveau de santé	Performance globale du système de santé
	Niveau (EVC)	Distribution	Degré	Distribution					
France	3	12	16 – 17	3 – 38	26 – 29	6	4	4	1
Algérie	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99	114	45	81

Source : « OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant ».

Le but avoué du rapport est de permettre aux pays de prendre conscience des expériences étrangères afin que chacun puisse s'en inspirer. Doit-on en déduire que le système de santé français devrait devenir le modèle à suivre parmi tous ? Faut-il pour autant freiner toute réforme en France ? La réponse est assurément négative. Si le système de santé anglais est montré du doigt pour les listes d'attente qui s'allongent pour subir une opération dans le secteur hospitalier public, la France n'est pas mieux lotie en ce qui concerne le remboursement des soins dentaires et oculaires. Depuis 20 ans les cotisations augmentent et les remboursements diminuent, ou pour résumer plus les Français paient, moins ils reçoivent.

2 Classement de l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) :²⁰

Réalisée par l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) à Seattle et financée par la fondation Bill et Melinda Gates, l'étude est la première évaluation annuelle

¹⁹ « OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant ».

²⁰ Lim et al., « Measuring the Health-Related Sustainable Development Goals in 188 Countries ».

des performances de santé relatives aux Objectifs de développement durable (ODD/SDG) des Nations Unies, étude réalisée sur 188 pays.

La santé fait partie des 17 objectifs de développement durable (ODD/SDG) à l'horizon 2030, adoptés par les Nations Unies en septembre 2015.

a) Indicateurs et critères de classification

Le score est établi à partir d'un index complexe intégrant 33 indicateurs de santé (voir 2eme tableau annexe) pour mesurer les progrès de ces pays entre 1990 et 2015. Chacun des indicateurs est noté de 0 (le moins bon) à 100 (le meilleur).

Les progrès varient largement selon les indicateurs. Ainsi, plus de 60% des pays ont déjà atteint les objectifs de réduction de la mortalité maternelle de 2030 (moins de 70 morts pour 100.000 naissances vivantes) et de mortalité infantile (25 décès pour mille naissances vivantes). En revanche, aucun pays n'a réussi à éliminer complètement des maladies comme la tuberculose.

b) Résultats

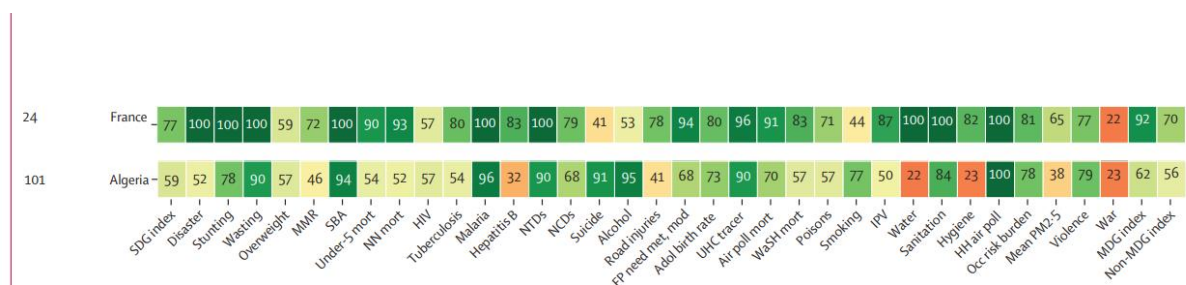


Figure 1: Performance of the health-related SDG index, MDG index, and non-MDG index, and 33 individual health-related indicators, by country, 2015
Countries are ranked by their health-related SDG index from highest to lowest. Indicators have been scaled from 0 to 100. Definitions of health-related SDG indicators are shown in table 1.
SDG=Sustainable Development Goal. MDG=Millennium Development Goal. MMR=maternal mortality ratio. SBA=skilled birth attendance. Mort=mortality. NN mort=neonatal mortality. NTDs=neglected tropical diseases. NCDs=non-communicable diseases. FP need met, mod=family planning need met, modern contraception. Adol=adolescent. UHC=universal health coverage.
Air poll mort=mortality attributable to air pollution. WaSH=water, sanitation, and hygiene. IPV=intimate partner violence. HH air poll=household air pollution. Occ risk burden=burden attributable to occupational risks. PM2.5=fine particulate matter smaller than 2.5 µm.

Source : le journal the Lancet ²¹

La France classée au 24eme rang l'Algérie 101eme.

Le système de santé français apparait meilleur à l'exception dans quelques indicateurs :

Il y a moins de suicide en Algérie, moins de consommation de tabac, et moins de consommation d'alcool (1 décès sur 10 est causé par l'alcool en France).

²¹ Lim et al., « Measuring the Health-Related Sustainable Development Goals in 188 Countries ».

Pour sa part, la France apparaît notamment pénalisée par une lutte anti-tabac nettement moins vigoureuse que celles de Singapour (2e du classement général) de l'Islande (1er), ou de la Suède (3e), mais aussi par un taux de "décès dus à la violence collective" qui pourrait s'expliquer par les attentats de l'an 2015 (*de Charlie Hebdo*). Alors qu'elle a un score pour les violences interpersonnelles (crime, homicide involontaire...) moins défavorable que celui de plusieurs pays qui la précèdent dans ce hit-parade de la santé.²²

E. Comparaison de forme des normes juridiques de la santé :

1. Systèmes juridiques et droit comparé

Il existe 4 grands systèmes juridiques contemporains, auxquels s'ajoute le système juridique mixte :

- « *Le système de droit romano-germanique privilégiant le droit écrit et la codification ;*
- *Le système du Common law avec une place primordiale accordée à la jurisprudence ;*
- *Le système du droit musulman, fortement imprégné de religion ;*
- *Le système du droit coutumier comme complément au droit positif ;*
- *Le système mixte combinant plusieurs systèmes différents. »²³*

Le droit français est, un droit de tradition civiliste appelé aussi droit romano-germanique, ou droit romano-civiliste, cependant le droit Le droit algérien est le droit qui s'est développé en Algérie depuis l'indépendance en 1962. C'est un système de droit mixte, Il est influencé par le droit français et le droit musulman. Si la loi dite 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État était considérée comme la dernière étape de la laïcisation de la France depuis la révolution française, les normes juridiques en Algérie restent influencées par les préceptes de la religion musulmane. Dans le domaine de la santé cette influence apparaît en particulier dans lois éthiques et bioéthiques ou les législateurs se réfèrent souvent aux avis de la jurisprudence islamique. ²⁴

²² « Classement mondial de la santé ».

²³ « Les grands systèmes de droit contemporains ».

²⁴ Ducruet, « La bioéthique dans la société pluriconfessionnelle du Moyen-Orient ».

2 Hiérarchie des normes juridiques

La hiérarchie des normes est une classification hiérarchique de toutes les normes qui composent le système juridique d'un État pour en assurer la cohérence et la rigueur. Il est basé sur le principe que les normes doivent respecter des niveaux de normes plus élevés. Les normes de rang inférieure hiérarchiquement sont mises en œuvre pour détailler et expliquer les normes supérieures. Dans les conflits de normes, il permet de donner la priorité à la supérieure.

Ainsi, une décision administrative doit respecter par ordre : les lois, les traités internationaux et la Constitution qui représente le sommet de la hiérarchie.

La notion de hiérarchie des normes juridiques décrite par Hans Kelsen dans son œuvre "Théorie pure du droit", exige que cette hiérarchie n'est respectée si elle est contrôlée par une juridiction ; ou par voie d'action lors de la saisine d'un organe spécifique comme le Conseil constitutionnel en France ou la Cour suprême des États-Unis.

La Constitution est en général considérée comme la norme la plus élevée, elle réglemente et organise les différentes institutions de l'État. Sa position comme norme supérieure peut cependant entrer en concurrence avec des règles internationales. *En Europe, c'est le cas avec la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) et la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) qui donnent la primauté aux engagements internationaux.* ²⁵

Hiérarchie des normes en droit français (inspiré de Hans Kelsen et du normativisme) :

- le bloc de constitutionnalité,
- le bloc de conventionalités (traités et conventions internationales, droit communautaire),
- le bloc de légalité (lois ordinaires, lois organiques, ordonnances, règlements autonomes),
- le bloc réglementaire (décrets, arrêtés, etc.),
- le bloc contractuel et les actes administratifs (circulaires, directives).

La hiérarchie des normes juridiques dans les deux pays est semblable, à la différence des transpositions des lois européennes dans les normes françaises.

²⁵ « LA PLACE DE LA CONVENTION EUROPÉENNE DES DROITS DE L'HOMME DANS L'ORDRE JURIDIQUE EUROPÉEN ET INTERNATIONAL ».

3 Comparaison entre le code de la santé publique français, les lois sanitaires algériennes.

*« Tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas ».*²⁶ Article 5 de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1789

Le vide juridique est une notion qui désigne l'absence de normes applicables à une situation donnée.

Dans certains contextes, cette notion peut invoquer la notion de zone de non-droit

Cette terminologie du vide juridique est utilisée dans le langage des juristes et théoriciens du droit. Son sens se rapproche à la notion de la lacune juridique en théorie du droit et de l'hypothèse du non-droit décrite par Jean Carbonnier

La notion de la lacune juridique est caractérisée par une insuffisance de la rigueur, obscurité du sens et l'absence de disposition légale applicable.

Le terme « vide juridique » est souvent rencontré dans les débats politiques et les entretiens journalistiques, cependant ce terme est alors utilisé dans un sens spécifique, visant le besoin de l'élaboration de nouvelles lois.²⁷

Le code de la santé publique français, créé en 1953, il comporte deux parties ; partie législative et partie réglementaire , la partie législative a été refondue par ordonnance en l'an 2000 et cinq importants décrets pour reconstituer la partie réglementaire entre 2003 et 2005. Sa publication a entraîné l'abrogation simultanée de plusieurs centaines de textes désormais codifiés. Il est emblématique du renouveau de la codification française depuis la mise en place de la Commission supérieure de codification en 1989.²⁸

Le Code de la santé publique contient notamment le code de déontologie médicale que doivent respecter les professionnels de la santé lors de l'administration des soins de santé en France.

Le code de la santé publique français en son édition 34ème contient Plus de 10 000 articles 3476 pages.²⁹

En Algérie il n'existe pas encore de code de santé publique, il existe un ensemble de lois sanitaires, dont la loi sanitaire de 1985 qui 269 articles 38 pages, remplacée par la loi de 2 juillet 2018 qui contient 450 articles et 36 pages du journal officiel³⁰

²⁶ « Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ».

²⁷ Dinh, « Le « vide juridique » et le « besoin de loi ». pour un recours à l'hypothèse du non-droit ».

²⁸ « Code de la santé publique 2020, annoté commenté en ligne ».

²⁹ « Code de la santé publique 2020, annoté commenté en ligne ».

³⁰ « JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE 29 juillet 2018 ».

En plus de la loi sanitaire chaque année le gouvernement algérien publie quelques ordonnances et décrets chaque année³¹ .

Sur la comparaison de forme on note :

Algérie :

-Un vide juridique

- Normes juridiques sous forme de lois sanitaire, (Absence de vrai code de santé publique et une commission de codification).

-Quelques ressemblances sur la forme (parties, livres, chapitres, titres) surtout avec les premiers codes de la santé publique français.

-Relativement peu de réformes durant ces 50 dernières années, secteur de santé peu réglementé.

France :

-Une inflation juridique par rapport l'Algérie

-Les réformes et les lois de santé (loi Boulin, Evin, ordonnance Juppé, HPST...) ne modifieront que la partie concernée du code de la santé publique

-Relativement beaucoup de réformes ces dernières 50 années, secteur de santé très réglementé.

On peut dire que si les normes juridiques en Algérie sont peu nombreuses et qui peuvent donner par conséquences des vides juridiques, un grand travail est nécessaire pour réglementer d'avantage le système de santé Algérien, (par domaine, secteur, niveau, discipline...), et assurer leur application.

Les lois de santé en France sont caractérisées par une inflation juridique, chaque ministre qui vient promet de réduire le code de santé publique, alors qu'il en ajoute plein d'autres articles.

La surproduction de textes juridiques en France depuis plusieurs dizaines d'années est un sérieux problème, dont les enjeux doivent conduire les institutions françaises revoir cette question.

En outre, l'inflation législative peut porter atteinte aux droits et libertés. *Paradoxalement, la*

³¹ Soulimane, « Lois de santé publique, en Algérie et en France ».

*surproduction de lois crée un sentiment d'insécurité dans l'esprit des citoyens qui ne savent plus distinguer la frontière entre un comportement juridiquement répréhensible ou non.*³²

4 Normes juridiques en santé dans le contexte Européen

Le secteur de la santé en France, traditionnellement régi par les législations et réformes nationales, est de plus en plus règlementé par les normes juridiques et les directives européennes. Le code européen de la santé rassemble les textes relatifs à la santé qui proviennent du Conseil de l'Europe ou des instances communautaires. Ces textes abordent des questions sanitaires comme : la prévention, les questions bioéthiques, la sécurité sanitaire, l'environnement, la protection du consommateur, l'organisation des institutions européennes de la santé, droits des usagers de la santé, la déontologie médicale, la protection sociale et l'assurance maladie. Ces textes couvrent l'ensemble des domaines de la santé ; ces textes sont expliqués par des commentaires et des études de jurisprudence d'universitaires et de spécialistes de ces questions.

Le code européen de la santé est le premier ouvrage européen réalisé à l'initiative de l'Institut droit et santé de l'ex université Paris Descartes, sous la direction d'Anne Laude et de Didier Tabuteau,³³ Il est composé de plus de 2200 pages qui signifie à quel point le domaine de la santé est règlementé . Le code de santé publique montre bien la dimension européenne prise par la santé sur un plan juridique.

Le code européen de la santé publique a une dimension très large. Il n'aborde pas seulement des droits des patients ou des professionnels de santé, mais aborde des sujets comme santé et environnement, les produits alimentaires santé et travail, ou la protection sociale, Les textes relatifs aux établissements de soins, aux entreprises pharmaceutiques et aux produits de santé y ont, bien entendu, aussi une place de choix. Donc ça concerne un concept large de la santé, Les textes juridiques comprennent les recommandations du Conseil de l'Europe, et les jurisprudences de la Cour de justice des Communautés européennes.

Le code de santé publique européen augmente l'inflation juridique des normes juridiques françaises

³² SOFFER, « Les dangers de l'inflation normative ».

³³ « Code européen de la santé | Droit-medical.com ».

Il est très intéressant pour aux juristes, aux gouvernants en Algérie qui s'investissent au droit de la santé de s'inspirer du code européen de la santé pour créer éventuellement le premier code algérien de la santé publique.

F. Politiques et réformes hospitalières :

La définition de la réforme prends son sens de son étymologie du latin « *reformare* », reconstituer, former à nouveau.

Une réforme est un changement important dans l'organisation institutionnelle ou sociale d'un pays ou d'un secteur d'activité, dans le but d'y apporter des changements positives. *Elle se distingue de la révolution par un aspect limité ou progressif et s'inscrit dans le cadre des institutions existantes.*

*Une réforme structurelle (ou ajustement structurel) désigne une mesure d'ordre économique ayant pour but d'améliorer le fonctionnement d'un pays ou d'un secteur économique.*³⁴

Avertissement : les lois et décrets cités ne sont pas exhaustifs et ne citent que l'essentiel des points importants reformes hospitalières des deux pays

1. France :

▪ Historique

▪ Les établissements d'hébergement et de charité

▪ Le temps de l'initiative non étatique

-C'est l'époque de la charité chrétienne et l'ouverture d'hospices sur les routes des pèlerinages ; Concile d'Orléans, route de Saint-Jacques-de-Compostelle

IVe et Ve siècles : la création maisons d'hospitalité par les Chrétiens pour l'accueil des malheureux, malades très âgés ou les pèlerins sur le chemin de Compostelle

³⁴ « Définition : Réforme ».

-L'an 1260 : Louis IX fonde l'hospice des quinze-vingt

-François 1er (1515-1547) : crée le Grand Bureau des Pauvres = mission : coordonne l'activité des hôpitaux du royaume

- Apparition des lois de sources laïques dans la gestion des hôpitaux :

1543 : officiers royaux = administration hospitalière

- 1551 : création obligatoire d'un Hôtel-Dieu et d'un hospice dans les villes importantes État prend en charge l'hébergement. L'élaboration des taxes communales pour « le droit des pauvres »

-1648 : Saint Vincent de Paul : établissements pour les enfants trouvés

▪ **Le temps de la période étatique : la révolution française (1789)**

- 1794 : la nationalisation des hôpitaux

- 1796 : la municipalisation des hôpitaux : ils deviennent rattachés à la commune, sans personnalité morale ; chaque administration municipale a la surveillance des hospices civils

- Loi 30 juin 1838 : L'obligation d'ouvrir un asile d'aliénés (théories de Pinel, mise en œuvre Esquirol)

- Loi 7 août 1851 : La loi de détachement de gestion aux communes par l'État. Hôpital = autonome, indépendant de la mairie ; personnel composé d'ecclésiastiques « indemnités de reposance »

▪ **Le temps des établissements de soins**

-1860 : Pasteur découvre l'asepsie

- 1863 : Lister découvre l'antisepsie

- Loi 8 avril 1898 : protection des accidentés du travail

- Loi de 1928 - 1930 : création des assurances sociales.

-L'État reprend la main mise sur l'hôpital : fonction de direction relève du préfet/ministre (non plus du président de la commission administrative)

- Décret-loi de 1939 : ouverture des hôpitaux à tous les malades payants

Les médecins libéraux peuvent intervenir à l'hôpital

- Loi 21 décembre 1941 : création juridique de l'hôpital, des établissements sanitaires et sociales autonomes

Le maire est toujours président de droit de la commission administrative

Le directeur nommé par le pouvoir central, peut nommer par son tour le personnel

▪ **L'avènement de l'hôpital sanitaire et social**

-Création hiérarchie hospitalière : Centres hospitaliers régionaux CHR, hôpitaux, hôpitaux hospices, hospices.

- Création d'une commission administrative présidée par maire et chargée d'administrer l'établissements de santé.

- Création fonction de directeur rémunéré dans les établissements disposant du pouvoir de nommer les personnels dans les établissements de plus de 200 lits.

▪ • **Loi 21 décembre 1941 et décret 17 avril 1943** ³⁵

C'est une loi dite « Charte hospitalière » : c'est une copie conforme d'un décret-loi du 28 juillet 1939 non mise en œuvre suite à la déclaration de guerre du 3 septembre 1939 et la chute de la III^e République.

Cette loi est complétée par un décret du 17 avril 1943, elle fixe les nouvelles institutions de l'hôpital.

Cette loi tient compte de la naissance des assurances sociales créées par la loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930, pour ouvrir les hôpitaux à toutes les classes sociales. L'hôpital s'ouvre ainsi aux non-indigents et cela va modifier son organisation et son fonctionnement.

L'Etat reprend la main mise sur l'hôpital : la fonction de direction relève du préfet ou du ministre et non plus du président de la commission administrative.

Le directeur, qui est l'agent appointé par l'établissement, est nommé par le représentant de l'Etat. Il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel, excepté le personnel médical dont la nomination appartient au ministre ou au préfet du département.

La loi reconnaît le classement des établissements en centre hospitalier régional, en hôpital, en hôpital-hospice et hospice.

Pour recevoir dans de bonnes conditions les malades payent eux-mêmes les frais ou par tiers-payant d'un organisme d'Assurance sociale, les hôpitaux étaient autorisés à créer des structures dites « cliniques ouvertes » permettant aux médecins libéraux d'hospitaliser leurs patients en percevant directement les honoraires, même en cliniques privées.

L'organisation médicale actuelle se profile avec l'organisation des services, des chefs de service, et la constitution d'une commission médicale consultative dans chaque établissement.

La commission administrative reste composée en majorité de représentants du conseil municipal de la commune du lieu d'implantation – le maire en reste le président – auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées et des représentants de la commission médicale consultative.

Une ordonnance de 1945 installe un représentant des caisses de Sécurité sociale dans la commission administrative.

³⁵ « Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. | Légifrance ».

▪ • **Ordonnances 11 et 30 décembre 1958 : socle de l'organisation médicale**

- La création de la fonction Hospitalière et Universitaire pour les hôpitaux (enseignement et recherche)

- Création des CHU et du statut de médecin hospitalier à temps plein

- Renforcement du rôle du directeur

- Suppression de la participation de représentants du personnel non médical au conseil d'administration.

- Création d'un comité technique paritaire

- Les Centres Hospitaliers assurent également la mission d'établissement social

- Suppression des hospices et créations des hôpitaux ruraux

L'ordonnance est une délégation du législatif à l'exécutif, elle succède aux décrets et aux lois.

▪ • **Loi 31 décembre 1970 : loi BOULIN**

Organisation et pilotage du système hospitalier sanitaire, temps de la séparation sanitaire et sociale

> Loi exclusivement sanitaire et de rationalisation du système hospitalier

> Planification hospitalière : apparition de la carte sanitaire et la nécessité d'une autorisation pour créer un établissement

Il existe 3 CHR régionaux exclusifs : Metz-Thionville, Orléans, Réunion ; 29 CHRU universitaires.

La France est divisée en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions.

> Classement des établissements hospitaliers en fonction de leurs plateaux techniques

-Au secteur public : en premier les CHR ; puis CH ; puis les hôpitaux locaux

-Au secteur privé, il n'y a pas de hiérarchie

-Etablissement de SSR (soins de suite et réadaptation) et long séjour

-Hôpitaux psychiatriques

> L'instauration du Service Public Hospitalier SPH, il permet l'association et la participation des établissements privés

> Le détachement de la commune se poursuit ; création conseil d'administration, ses compétences sont attribuées en 14 rubriques

> La compétence générale dévolue au directeur (nommé par ministre de la santé) : représentation de l'établissement, nomination des personnels non médicaux, passation des marchés publics...

> La possibilité de créer des syndicats hospitaliers de secteur ou de région :

(Association privée ou publique : linge, cuisine... mais exclus des 3 missions SPH)

> La création obligatoire des groupements inter hospitaliers de secteur et de région (qui a tourné en échec)

> Le début du développement des alternatives à l'hospitalisation (la première hospitalisation ambulatoire est apparue en psychiatrie)

> Création du secteur social et médico-social par la loi de 1975 complétée par la loi de 2002

Les trois missions du service public hospitalier SPH : soins, enseignement, recherche

→ Convention hospitalo-universitaire ; les établissements privés peuvent participer au Service Public.

Adhésion au Service public hospitalier :

Hôpitaux à but non lucratif : sur demande, il n'existe pas de convention ni de cahier des charges (une tacite reconduction).

Hôpitaux à but lucratif : pour une durée de 15 ans maximum, soumis aux règles d'inspection, un cahier des charges précis, assurer la non-discrimination de l'accès des usagers.

- • **Loi 4 janvier 1978**

La création longs séjours ; la part de l'hébergement est supportée par le patient.

Un échec de la séparation du social et du sanitaire ; un besoin des structures d'hébergement et de soins

Une expérimentation de réforme de tarification et du financement des hôpitaux : le financement se fait principalement par le « Prix de journée » (dépenses affectées aux points), sont problème majeur c'est le caractère inflationniste ; le patient est gardé le plus longtemps possible pour augmenter les recettes, et les hôpitaux peuvent gonfler artificiellement le prix de journée.

- • **Loi 29 décembre 1979**

Éclater le prix de journée, il devient décomposé pour mieux maîtriser ce mode de financement.

Une réflexion sur le mode de financement ; vers budget global sous forme d'enveloppe.

L'autorisation pour le ministre de supprimer des lits dans hôpitaux publics et les établissements privés ainsi favoriser les alternatives à l'hospitalisation

- • **Loi 3 janvier 1984**

L'instauration d'un financement par dotation globale (DG) des hôpitaux :

> Tutelle sur les établissements de santé renforcée ; un pouvoir de substitution du Préfet en matière budgétaire

> Création des départements pouvant se substituer aux services médicaux

> Allégement des conditions de fonctionnement des Syndicats Inter Hospitaliers

> Compétence consultative du Comité Technique Paritaire en matière financière

> Commission Médicale Consultative intervient dans l'évaluation des soins

▪ • **Loi 31 décembre 1985**

La création sectorisation psychiatrique et conseil départemental des maladies mentales

▪ • **Loi 27 janvier 1987**

Depuis la loi du 27 janvier 1987, les médecins hospitaliers qui en ont fait la demande sont autorisés à exercer une part de leur activité hospitalière en secteur libéral. Face aux problèmes de la rémunération des médecins : la création du secteur libéral des médecins temps plein.

> Idée de la rémunération à l'acte.

▪ • **Loi 24 juillet 1987**

Une tentative d'élargissement des possibilités de regroupement des établissements privés :

Une plus grande participation des médecins dans la gestion : restauration services médicaux et chefs de services, possibilité de créer des pôles d'activité et des départements regroupant plusieurs services, création de la CME (compétence d'attribution de choix médicaux)

- • **Loi 31 juillet 1991 : loi EVIN Première grande modification de la loi 1970**

Cette loi achève l'organisation et le pilotage du système par :

- > Un renforcement de la planification sanitaire avec création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire Régional (SROS 1ère génération)
- > Un régime autorisation de création modifiée, valable 5 ans et non plus est acquise définitivement
- > Un régime des autorisations repose sur approbation explicite, suppression de l'approbation tacite
- > Une nouvelle catégorie d'établissements publics
- > La suppression de la tutelle sur tous les actes de gestion du conseil d'administration
- > Le maintien du contrôle sur les actes financiers et le projet de l'établissement.
Suppression tutelle sur les marchés
- > La création d'une direction des soins infirmiers, et la nomination responsable d'unité fonctionnelle
- > La transformation du CT paritaire en CTE le comité technique d'établissement

- • **Ordonnance 24 Avril 1996 : JUPPE**

La création des agences régionales de l'hospitalisation ARH : qui est groupement intérêt public en associant l'État et Assurance Maladie, idée repose sur régionalisation du financement et de l'activité des établissements

Le transfert des compétences en matière de santé aux préfets de département et au préfet de région vers les ARH : forme juridique de GIP

L'instauration des communautés d'établissements de santé

La création de la commission de conciliation : structure désamorce contentieux hospitaliers

La création Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) pour l'évaluation et analyse de l'activité médicale, et l'accréditation des établissements.

La mise en place de groupement de coopération sanitaire (GCS) : mise en commun moyens

▪ • **Loi 4 mars 2002 : KOUCHNER**

Une loi consacrée principalement aux droits des malades et la qualité du système de santé :

> Création de la personne de confiance pour suppléer avec le corps médical et l'établissement.

> Création office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) notamment les affections iatrogènes et infections nosocomiales.

> Création des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI)

▪ • **Ordonnances 2003 et 2005 : plan MATTEI**

Une modification de la gouvernance hospitalière par la médicalisation gestion des hôpitaux par une responsabilisation accrue du corps médical.

La création des pôles d'activités cliniques et médicotechniques regroupant un ou plusieurs services médicaux et unités fonctionnelles.

La création conseil exécutif associant des membres de la direction et représentants des médecins dont le président de la CME.

Cette loi instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), qui privilégie les recettes sur les dépenses, et les résultats sur les moyens.

▪ **Plan hôpital 2007 :**

Il s'agit de séries de mesures qui ont pour but de de réduire l'augmentation incessante des dépenses de santé. On retrouve parmi ces mesures l'instauration de :

-La nouvelle gouvernance hospitalière : par une stratégie de convergence de vision de l'administration et les médecins dans la prise de décisions et la flexibilité et souplesse de fonctionnement et donner une responsabilité médico-économique des services médicaux.

- Favoriser qualité et sécurité et la préventif

-La tarification à l'activité, visant à lier les moyens d'un établissement (dépenses) à son activité (recettes tirées des tarifs nationaux par pathologies).

- Généralisation de la T2A (fin du financement global sauf en psychiatrie) ³⁶

▪ • **Loi 21 juillet 2009 : réforme hôpital, patients, santé et territoires HPST** ³⁷

« L'hôpital n'est plus gouverné parce que, dans l'hôpital aujourd'hui, chacun a suffisamment de pouvoir pour dire non, et personne n'a de pouvoir pour dire oui » Nicolas Sarkozy

Les objectifs de la loi :

La loi vise à réorganiser et à moderniser l'ensemble du système de santé. Cette loi comprend quatre titres :

1. La modernisation des établissements de santé à travers sa gouvernance
2. L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
3. La prévention
4. Politique d'organisation territoriale du système de santé (création des ARS)

Le titre un, dédié aux établissements médicaux, modernise et met à jour sa mission et son organisation interne. Ce texte renforce le rôle du directeur d'établissement et permet la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence, dans une logique de hiérarchisation des soins et de prise en charge allant des structures de soins de proximités jusqu'au hôpitaux hautement spécialisés.

Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance hospitalière à travers la commission médicale de l'établissement (CME), son président médecin élu par ses confrères, coordonne la politique médicale de l'établissement conjointement avec le directeur.

Dans cette loi Les communautés hospitalières de territoire ne peut être constituée que sur une base volontariat.³⁸

Le contenu de la loi :

³⁶ « Rapport de la Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R | Vie publique.fr ».

³⁷ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³⁸ Safon, « Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires ».

- un statut unique est défini pour l'ensemble des établissements de santé afin de faciliter leur gouvernance et les coopérations hospitalières. Cette définition ne se base n plus sur le statut mais sur les missions des établissements de santé.

- La création des établissements de santé privés d'intérêt collectif ESPIC qui ont remplacés les établissements de santé privés participant au service public hospitalier PSPH.

-La simplification des catégories d'établissements :

- Dans le secteur public ; seuls les centres hospitaliers (régional et/ou universitaire) resteront. Les hôpitaux locaux disparaissent.

- Dans le secteur privé : avant la loi HPST les missions de service public concernaient sur deux les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH). Désormais ces missions sont appliquées par les établissement privés peu importe son statut.

Il une sollicitation pour les hôpitaux privées à participer aux missions de service public (permanence des soins, accès sans discrimination...).

Les quatorze missions de service public hospitalier sont définies :

- 1- *Permanence des soins*
- 2- *Prise en charge des soins palliatifs*
- 3- *Enseignement universitaire et post universitaire*
- 4- *Recherche*
- 5- *Formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers*
- 6- *Formation initiale et continue des sage-femmes et du personnel paramédical*
- 7- *Actions d'éducation et de prévention pour la santé*
- 8- *Aide médicale urgente*
- 9- *Lutte contre les exclusions sociales et les discriminations*
- 10- *les actions de santé publique*
- 11- *Prise en charge des personnes hospitalisées sans consentement*
- 12- *Soins en milieu pénitentiaire*
- 13- *Soins dispensés dans le cadre du centre de séjour pour étrangers et relatif au droit d'asile*
- 14- *Soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaire de sûreté*

La gouvernance des établissements de santé :

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public caractérisés par une 'autonomie administrative et financière, mais toujours sous le contrôle de l'Etat. Les établissements publics de santé peuvent créer des fondations hospitalières, dans le cadre d'activités, d'intérêt général et à but non lucratif, comme les activités de recherche scientifiques. Ces fondations sont dotées par une autonomie financière.

Le fonctionnement de ces fondations hospitalières doit être approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire (qui remplace le conseil exécutif et conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration).

► Le conseil de surveillance (ex conseil d'administration) :

Il décide sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gouvernance de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement.
- la convention constitutive des CHU et les conventions de partenariat.
- le compte financier et l'affectation des bénéfices.
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire (CHT) dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet de fusion avec un ou des établissements publics de santé ;
- le rapport d'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- Toute convention intervenante entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières déjà cité.

Il donne son avis sur :

- La politique de management de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques en contribuant à l'amélioration de l'accueil et de prise en charge des usagers

- Les acquisitions, aliénation, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux immobiliers...

- Le règlement interne de l'établissement.

- Il s'entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et de dépenses et sur les projets d'investissements.

Il communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport d'activité présenté par le directeur et sur la gouvernance de l'établissement. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est composé :

- Cinq représentants au maximum, des collectivités territoriales, parmi lesquels figure le maire de la commune siège de l'établissement principal et du président du conseil général ;

- Cinq représentants au maximum, du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont le représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respective par la commission médicale d'établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives ;

- Cinq mandataires au maximum, dont deux désignées par le directeur général d'ARS et 3 par le préfet de département, dont 2 représentants des usagers.

► Le directoire et le directeur :

Le directeur de l'établissement :

- Il dirige la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice. Il est ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement...

- Il dispose de pouvoirs larges tels que la nomination dans l'établissement. Il propose à la directrice générale du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins après avis des commissions administratives paritaires. Sur proposition du chef de pôle ou du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose à la directrice du CNG, la nomination et la recherche d'affectation des personnels médicaux pharmaceutiques et odontologiques.

- Il exerce son autorité en assurant le respect des règles déontologiques.

- Après concertation avec le directoire, il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les délégations de service public avec l'ARS.

Les directeurs des CHU et CHR sont nommés par décret sur proposition du ministre chargé de la santé, et du ministre chargé des Universités et de la Recherche ; Cependant les autres établissements, ils sont nommés par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.

Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer sa nomination par l'autorité qui l'a nommé.

Le directoire (ex conseil exécutif) :

Les membres de droit sont le Directeur ; le Président de la CME, le président des CSIRMT et le Doyen pour les CHU.

En plus des membres nommés par le directeur

Le président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement.

- Le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite et la gouvernance de l'établissement :

- il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte 7 membres et 9 dans les CHU :

Le directeur qui est le président du directoire, le président de la CME, vice-président, le président de la commission des soins infirmiers, des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance.

Pour les membres de profession médicale, le directeur les nomme sur présentation d'une liste établie par le président de la CME et dans les CHU, par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, en cas de désaccord, le président nomme les membres de son choix.

L'organisation interne des établissements publics de santé est définie en pôles d'activité.

- Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité

conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;

- Les chefs de pôles sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix.

- Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

- Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médicotechnique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

- Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement et organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités, services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle.

- Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement ; si le pôle comporte une activité de chirurgie obstétrique, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

- Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, leur rémunération peut faire l'objet de retenue.

► Contrat avec des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé

- Le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre de médecins, sage-femmes et dentistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer aux activités de soins de l'établissement dans la cadre d'un contrat.

- Des auxiliaires médicaux libéraux peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile :

- Une clause de non concurrence de deux ans peut être opposée aux praticiens hospitaliers démissionnaires ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans un même établissement.

► Les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités :

CHT et GCSM. - Les CHT : communautés hospitalières territoriales entre établissements public de santé, peuvent conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétence et à la télémédecine. Un établissement ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT. Un ou plusieurs établissements peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT. La convention est préparée par le directeur et les présidents des CME et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements, après avis de leurs conseils de surveillance. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.

- Les GCSM : groupements de coopération sanitaire de moyens, peuvent être constitués par : des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médicotechniques, d'enseignement ou de recherche ; pour réaliser des équipements d'intérêt commun et pour être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation des équipements lourds ; permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement.

Ce groupement poursuit un but non lucratif et est soumis à une convention approuvée par le directeur de l'ARS.

Création de l'ANAP Agence nationale d'appui à la performance

▪ • **Réforme Fourcade**³⁹

Rapport et proposition de loi Fourcade : la loi HPST modifiée et évaluée, Les 33 recommandations du comité d'évaluation FOURCADE l'essentiel de ces recommandations sont :

Recommandation n°3 : le Conseil de Surveillance peut être saisi par le directeur pour arbitrage en cas de désaccord entre le président du directoire et les autres membres du directoire

Recommandation n°14 : détachement de directeurs statutaires sur des contrats possibles pour la réalisation de missions particulières, pour favoriser les coopérations

Recommandation n°20 : Le pilotage des ARS doit être resserré autour du secrétaire général des ministères sociaux, son gestionnaire. Il est indispensable de laisser une marge maximum de manœuvre aux Directeurs d'ARS en particulier en matière financière.

Recommandation n°21 : L'action du conseil national de pilotage devra être évaluée. Cette évaluation pourrait conduire à la création, sous tutelle des ministres concernés, d'une véritable structure de pilotage national de la mise en œuvre de la politique de santé. Il s'agit de mettre fin aux rivalités entre les différentes institutions, y compris l'assurance maladie.

Recommandation n°22 : Le directeur de l'ARS doit informer régulièrement les parlementaires. La présidence du conseil de surveillance de l'ARS doit être confiée à une personnalité qualifiée. Le préfet de région deviendrait un « commissaire du gouvernement » de l'ARS et disposerait d'un droit de veto.

Recommandation n°23 : Les ARS doivent bénéficier d'une importante fongibilité de leurs moyens d'intervention.

= financements intégraux, reconduction des moyens ; cela flèche les crédits, passage d'une enveloppe à une autre (dissoute les unes dans les autres). Crédits octroyés pour pathologie x refondus pour autre pathologie.

Recommandation n°24 : le président de l'université ou son représentant doit être membre du Conseil de surveillance des CHU. Le DG du CHU doit être membre du conseil d'administration de l'Université et des conseils de gestion des UFR concernées

³⁹ « [Exclusif] Rapport et proposition de loi Fourcade ».

▪ • Le PLAN HÔPITAL 2012 ⁴⁰

Les motifs du plan

Le volet investissement du plan Hôpital 2007 doit être prolongé pour porter tous ses effets. Ce plan s'achève sans avoir couvert tous les besoins.

Sur les trois priorités définies par le ministre (accompagnement des SROS, sécurité, SIH), selon une enquête réalisée auprès des ARH, le montant total des investissements à prévoir pour les dix années à venir se situe dans une fourchette de 15 à 20 milliards d'euros. Les axes majeurs de la réforme globale engagée en 2003, la nouvelle tarification et la gestion financière, la gouvernance interne des établissements et la planification régionale sont en cours de développement, leur horizon court jusqu' à 2010-2012. Le nouveau plan d'investissement doit garantir cette poursuite de dynamique, sans rupture. Le plan garantit que les investissements prioritaires permettant d'adapter l'offre de soins aux évolutions en cours seront réalisés, alors que le seul jeu des acteurs ne le permettrait pas, ou du moins pas dans les mêmes délais, or dans cet effort d'adaptation, la rapidité d'exécution est fondamentale. Le principe d'un plan Hôpital 2012 associant la modernisation et l'efficience, justifiant une sélection rigoureuse des projets retenus, est admis, du moins sur son principe. La mesure de l'efficience par des outils du type « calcul du retour sur investissement », complété par une appréciation plus qualitative du service rendu notamment médical, sera intégrée dans la méthodologie de sélection des opérations ;

L'objectif étant de vérifier qu'il n'y a pas de sur investissement, par sur dimensionnement ou absence de remise en cause des organisations.

Le contenu du plan

- Le thème accompagnement des SROS : Le niveau régional est le plus pertinent pour prendre les décisions dans ce domaine. Ce sera aux ARH d'inscrire dans le plan les opérations qui leur semblent devoir être réalisées en priorité. Les représentants des organisations hospitalières consultées ont appuyé ce principe tout en indiquant ce qui était prioritaire de leur point de vue : - accompagner la reconversion des sites chirurgicaux en sous-activité - poursuivre les regroupements et les restructurations des plateaux techniques dans les secteurs MCO et des établissements dans le secteur du SSR - garantir le maintien d'un niveau de soins primaires de bonne qualité.

⁴⁰ « Nouvelle gouvernance - Le plan hôpital 2012 ».

- Le thème mise aux normes de sécurité : Une enveloppe nationale devra être dégagée pour l'aide au financement des opérations exceptionnelles (sismique, amiante), les aides dans les autres domaines (incendie, électrique) seront appréciées par les ARH et devraient porter plutôt sur les petites structures, en évitant les effets d'aubaine, la mise en sécurité des bâtiments relevant normalement des crédits courants des établissements.

Ce Plan Hôpital 2012 mobilisera pour la période 2008-2012 près de 10 milliards d'euros d'investissements, dont 5 milliards apportés par l'Etat, en aides directes de l'Assurance Maladie. Il poursuit comme double objectif :

1. améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière ;
2. poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagée avec le plan Hôpital 2007.

2000 projets ont été reçus présentant des besoins variés d'investissement hospitaliers. Lors du premier volet de sélection, 250 projets ont été validés, ils correspondent à moins de 20% du montant d'investissement prévu. La seconde partie est déjà engagée et de nouveaux projets sont à l'étude pour la fin de l'année. Par la suite, les établissements pourront encore soumettre des nouvelles opérations avec décision rendue courant 2010. Ces investissements favorisent les recompositions hospitalières, le développement ou l'amélioration de nouvelles filières (gériatriques et pédiatriques notamment), la mise en commun de moyens techniques et humains ainsi que la modernisation des systèmes d'information.

- • **Loi « Modernisation du système de santé » de Marisol Touraine 2016⁴¹**

Elle contient 227 articles et 7 chapitres ; cette loi prévoit :

- D'encadrer l'intérim médical à l'hôpital ;
- D'informer le patient sur les coûts de son hospitalisation : tout établissement de santé devra délivrer systématiquement au patient, lors de sa sortie, une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge ;
- De renforcer la participation des usagers aux décisions prises dans les établissements de santé : la commission représentant les usagers dans les établissements de santé sera désormais informée et consultée sur les questions de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins.

La création des groupements hospitaliers de territoire

⁴¹ « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance ».

Créé par l'article 107 de la loi, le groupement hospitalier de territoire (GHT) vient en remplacement de la communauté hospitalière de territoire, mise en place par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Dispositif obligatoire pour les établissements publics de santé, le GHT est facultatif pour les services et établissements publics médico-sociaux.

Les objectifs de GHT sont au nombre de trois :

- Une prise en charge commune et graduée du patient ;
- La rationalisation économique ;
- Le renforcement des liaisons avec le CHU, et par voie de conséquence, la réaffirmation du renforcement du rôle régional du CHU.

**▪ Loi du 24 juillet 2019 relative à
l'organisation et à la transformation du
système de santé ⁴²**

Elle contient 81 articles elle ses objectifs :

- Promouvoir les projets territoriaux de santé
- L'article 22 crée le projet territorial de santé (PTS)
- L'article 23 réunit les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé :
- L'article 36 modernise le régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds
- L'article 37 renforce les groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- L'article 38 intègre un volet qualité de vie au travail dans le projet social de l'établissement
- L'article 39 confirme le maintien des commissions des usagers distinctes en cas de fusion d'établissements.
- L'article 40 renforce l'information du conseil de surveillance d'un établissement public de santé

⁴² LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

▪ **Loi « Ma santé 2022 » : ⁴³**

Les dix mesures de la loi Ma Santé 2022 :

- Lutte contre les déserts médicaux
- Création de financements au forfait pour la prise en charge à l'hôpital des pathologies chroniques (dont le diabète et l'insuffisance rénale chronique pour leur partie hospitalière).
- Améliorer la coordination ville-hôpital.
- Plus 1000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- Développement du métier des assistants médicaux auprès des médecins libéraux dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur leur cœur de métier.
- Labellisation dès 2020 des « Hôpitaux de proximité ».
- Ils assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes-âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées...
- Réforme du régime des autorisations des activités de soins, dans une logique de gradation des soins entre proximité, soins spécialisés, soins de recours et de référence.
- Création d'un statut unique de praticien hospitalier, (associé à la suppression du concours), pour faciliter l'entrée dans la carrière, diversifier les parcours professionnels.
- Management et organisation des activités de soins : favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié à l'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux.
- Renforcer la participation des médecins au pilotage des hôpitaux avec l'élargissement des compétences de la commission médicale d'établissement (CME).
- Suppression du numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé.⁴⁴

⁴³ « Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé ».

⁴⁴ « Ma santé 2022 ».

A noter : synthèse des réformes

- Héritage de la tradition de charité
- Existence dès l'origine de deux secteurs publics et privés, permettant l'exercice d'un libre choix
- Tendances fortes à la convergence entre les deux secteurs d'activité publique et privé
- Développement des outils juridiques de collaboration et de coopération entre établissements
- Avènement en 1945 de la sécurité sociale et avec les lois sur la décentralisation : dissociation du secteur sanitaire (1970) et du secteur social (1975)
- Secteur d'activité ayant connu de grandes réformes : 1941, 1958, 1970, 1991, 1996, 2009
- Tendance à l'accélération du nombre des réformes
- Secteur d'activité soumis à de fortes contraintes budgétaires et financières du fait de la situation financière de la sécurité sociale et de l'assurance maladie.
- Les réformes suivent et s'inspirent des évolutions managériales des entreprises économiques.

▪ *L'environnement hospitalier*

Deux caractéristiques :

- Existence d'une dualité d'offre de soins entre établissements publics et établissements privés avec présence forte de professionnels de santé libéraux,
- La décentralisation du système administratif français inaugurée par la loi du 2 mars 1982 n'est pas appliquée au système hospitalier.

▪ 1. Les institutions étatiques : les services centraux :

- Le Ministère, créé en 1920 ; son organigramme en 2021 :

- Direction des affaires juridiques (DAJ)
- Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI)
- Division des cabinets (DDC)
- Direction des finances, des achats et des services (DFAS)
- Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- Direction générale de la santé (DGS)
- Délégation à l'information et à la communication (DICOM)
- Direction du numérique (DNUM)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
- Direction des ressources humaines (DRH)
- Direction de la sécurité sociale (DSS)
- Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
- Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS)

▪ **2. Les institutions étatiques : les instances consultatives**

- Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière : (avis sur les textes relatifs aux personnels non médicaux)
- Haut Conseil de la santé publique.
- Conseil supérieur des hôpitaux (avis sur le fonctionnement administratif financiers des hôpitaux et sur les différents statuts des médecins des hôpitaux)
- Haut conseil des professions paramédicales
- Conseil général des établissements de santé (propose au Ministère les mesures propres à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, mission d'assistance technique et d'audit et de contrôle de gestion) Fin des conseillers généraux des établissements de santé en 2017.

▪ **3. Les institutions étatiques : les agences et les établissements publics**

Les agences centrales ont un rôle décisionnel, par délégation de la puissance publique
Rapport Inspection générale des finances (IGF) 2012 « l'Etat et ses agences ». (Mars 2012) :
coût global 2012 : 50 milliards d'euros ⁴⁵

- ANSM ex AFFESAPS L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- Comité National de Santé Publique
- Agence nationale de santé publique (France santé publique)
- Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- Agence de la biomédecine
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

⁴⁵ Juéry, Paulhac, et Barre, « L'Etat et ses agences ».

- Etablissement Français Sang
Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
- L'Institut National du Cancer
- Agence de biomédecine (procréation, prélèvement, greffes, génétique humaine)
- AFS (du sang) groupement d'intérêts pub devenu en 1998 EFS
- ATIH Gestion de données produites par les systèmes d'informations permettant de mesurer l'activité hospitalière en GHS et GHM

La Haute Autorité en Santé HAS (Loi du 13 Août 2004) :

- Origine : remplace l'Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation (ANAES) 1996,
- Autorité publique indépendante à caractère scientifique doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière,
- Mission : évaluation périodique du service attendu ou rendu des médicaments et dispositifs médicaux :
 - . Élaboration et diffusion de guide de bon usage des soins et recommandations de bonnes pratiques
 - . certification des établissements de santé
 - . Avis et recommandations sur les affections de longue durée
 - . Amélioration de l'information médicale et de sa diffusion
 - . Évaluation de la qualité de prise en charge sanitaire de la population
- Collège de huit membres nommés, pour six ans renouvelables par moitié, 2 désignés le président de la république dont le président, 2 par le président de l'assemblée nationale, 2 par le président du Sénat et 2 par le président du conseil économique et social,
- Elle est composée de 7 commissions

Le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière :

- Établissement public créé par un décret du 4 mai 2007,
- Chargé de la gestion statutaire et du développement des RH des personnels de direction de la FPH et des praticiens hospitaliers à temps pleins temps partiels,
- Établissement doté d'une compétence sur les nominations et la gestion des carrières des directeurs et des praticiens hospitaliers par délégation du ministre,

L'EHESP

Assurer la formation initiale et continue des fonctions de direction de gestion et de management, d'inspection et de contrôle dans les domaines sanitaires sociaux et médico-sociaux,

▪ **4. Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés**

Agence régionale de santé

Les grandes missions de l'ARS :⁴⁶

Le pilotage de la santé publique

L'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires, l'observation de la santé ;

L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec les préfets ;

La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

La régulation de l'offre de santé

Elle s'exerce dans les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé :

Faciliter l'accès aux soins de premier recours ;

Autoriser et contractualiser avec les établissements sanitaires et médico-sociaux pour s'assurer de la bonne adéquation de l'offre aux besoins dans les territoires ;

Assurer la qualité, la sécurité des prises en charge et l'efficacité au meilleur coût.

▪ **Les organismes péris hospitaliers**

-la FHF (Fédération Hospitalière de France) regroupe les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux.

-LA SHAM (Société hospitalière d'assurance mutuelle)

-le CGOS (comité de gestion des œuvres sociales)

- la MNH (mutuelle nationale des hospitaliers)

-L'Association Nationale de Formation des personnels Hospitaliers (ANFH)

⁴⁶ « Rôles et missions de l'ARS Île-de-France ».

▪ Les établissements de santé

▪ 1. Les structures hospitalières

L'offre hospitalière globale est de (387 000 lits) en hospitalisation complète, et partielle (80 000 places) pour 67 millions d'habitants. Le public représente 65 % des lits contre 35 pour le privé,

2 983 établissements de santé avec accueil à temps complet ou partiel.⁴⁷

Statut juridique des Etablissements Publics de Santé :

- Personnes morales de droit public autonome, et relevant des juridictions administratives,
- N'est pas un établissement industriel et commercial mais subsidiairement, peut effectuer des actes de commerce et d'industrie,
- Possibilité d'adhérer à un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique, a signé des conventions de coopération y comprise au niveau international,

Les établissements de santé privés :

- 1871 établissements, 804 à but non lucratif, et 1067 à but lucratif :
- Les établissements privés à but non lucratif, deviennent dans le cadre de la loi HPST des établissements de santé privés d'intérêt collectif. Ils comprennent notamment les 20 centres régionaux de lutte contre le cancer.
- les établissements de santé privé à but lucratif, sont marqués par deux phénomènes : leur concentration par regroupement et fusion avec la constitution de groupes nationaux ou locaux régionaux, et la spécialisation dans le champ en particulier de la médecine, chirurgie et obstétrique, mais également des soins de suite et de la rééducation fonctionnelle,
- Soumis aux ordonnances de septembre 1967 créant à régime d'autorisation préalable à l'exercice,
- Soumis aux mêmes obligations en matière de planification sanitaire et de financement,
- Possibilité d'exécuter des missions de service public prévues par la loi du 21 juillet 2009, en proposant leur candidature dans le cadre de la contractualisation de l'exécution de ses missions avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

⁴⁷ « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ».

- **2. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

- 25 000 établissements et services de statut très divers souvent publics ou associatif,
- 1,05 millions de lits ou places,
- Plus de 400 000 salariés.

- **Algérie :**

- *Historique des réformes de santé*

- **La période coloniale Française**

L'Algérie en 1830 n'avait pas les frontières d'aujourd'hui, elle était sous la domination de l'empire ottoman depuis 1517, elle a subi la colonisation française depuis 1830 jusqu'à la reconnaissance de son indépendance en 1962. L'histoire contemporaine de l'Algérie est profondément marquée par deux événements majeurs dont l'impact social est encore très perceptible de nos jours : la période Française (1830-1962) et une guerre d'indépendance particulièrement destructrice (1954-1962).

La guerre d'indépendance (1954-1962) a contribué, à l'aggravation de la situation socioéconomique des Algériens encore une fois après les deux guerres mondiales. La destruction d'infrastructures de base, la mort de plusieurs centaines de milliers de personnes ainsi que le déplacement de plus de deux millions d'autres, et l'exode massive du personnel de la santé, ont ruiné la population indigène et contribué à la détérioration profonde de sa situation sanitaire. ⁴⁸

les premiers étudiants musulmans (appellation de l'époque) à la faculté de médecine d'Alger, mais en très petit nombre (1919-1920 : 15 musulmans pour 344 européens ; 1920-1921 : 10 musulmans pour 310 européens) et depuis la fondation des écoles supérieures d'Alger (1879) et jusqu'au début de la première guerre mondiale, on ne dénombre que cinq (05) diplômés musulmans sortis de la faculté de médecine d'Alger (deux doctorat en

⁴⁸ CHAOUÏ, « les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. »

médecine, deux diplômes de sage-femme de 1ère classe et un diplôme de sage-femme de 2ème classe, auxquels il faut ajouter 12 officiers de santé, titre qui sera supprimé en 1893).⁴⁹

En 1922, une quarantaine de professeurs, médecins et chirurgiens de la Faculté et des Hôpitaux fondent une revue médicale : **le Journal de Médecine et de Chirurgie de l'Afrique du Nord** qui deviendra **Algérie Médicale** en 1927. A cette époque également, les professeurs Ardin-Delteil, Cochez, Lombard, Witas, Duboucher et Derrieu fondent la **Société Médicale d'Alger**.

En 1930, le nombre de chaires s'élevait à vingt ; en 1956-1957 à trente-deux et, cette année, trois chaires magistrales nouvelles ont été créées : anatomie chirurgicale, pharmacie galénique et odontostomatologie. Outre les professeurs, on comptait à la faculté : 14 chefs de travaux ; 30 assistants ; 20 chefs de clinique ; 17 chefs de laboratoire ; 32 préparateurs de cours et moniteurs ; 4 aides d'anatomie ; 2 prosecteurs d'anatomie.

Le nombre d'étudiants à la rentrée de 1929-1930 était de 549 : 303 étudiants en médecine, 222 étudiants en pharmacie, 24 sages-femmes. En 1959, la faculté de médecine d'Alger comptait trente-cinq chaires⁵⁰

1958 l'administration française a réagi pour faire face à la situation sociale et sanitaire, par le plan dit « **plan de Constantine** » le budget de la santé passe de 182,3 millions francs à 330,6 en 1962.⁵¹

À l'indépendance, l'Algérie comptait environ 9 millions d'habitants dont 85% vivaient dans des campagnes ravagées par la guerre et déstructurées par la politique de regroupement. Moins de 20 % des enfants en âge d'être scolarisés fréquentaient une école et la situation sanitaire était principalement marquée par les maladies liées à la malnutrition et à l'absence d'hygiène et de prévention. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 49 ans au début des années soixante.

Le départ massif de la population d'origine européenne lors de l'indépendance a constitué un handicap supplémentaire à l'organisation sociale et économique du pays au sortir de la colonisation.

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

⁴⁹ « L'école de médecine d'Alger : 150 ans d'histoire : de 1857 à 2007 ».

⁵⁰ « L'école de médecine d'Alger : 150 ans d'histoire : de 1857 à 2007 ».

⁵¹ Saihi, « Analyse critique de la gestion de l'institution sanitaire algérienne ».

▪ La période 1962-1972 :

Le premier état des lieux établi par le ministère de la Santé en 1966 en ce qui concernait les personnels de santé, comptabilisait 1 378 médecins, dont 364 Algériens, 216 pharmaciens, dont 186 Algériens, 171 chirurgiens-dentistes, dont 86 Algériens, et 4 834 agents paramédicaux. Cet effectif très réduit devait faire face aux besoins de près de 9 millions d'habitants.

Ces besoins de santé étaient immenses et de toute nature : il fallait d'abord faire face aux besoins en soins de base de millions de personnes déplacées ou victimes d'un isolement prolongé dans des campagnes ravagées par la guerre. Il fallait en outre mettre en place rapidement des mesures de soins et de prévention vis-à-vis des maladies transmissibles prévalentes (diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, rougeole, tuberculose, typhoïde, typhus, méningite cérébrospinale, paludisme...) et ceci d'autant plus que l'état nutritionnel des habitants, et notamment celui des mères et des enfants, était catastrophique (malnutrition et carences).⁵²

Ces facteurs ont déterminé les critères de choix des priorités de la politique de santé de la décennie après l'indépendance.

La mise en œuvre de la politique sanitaire nationale s'étalant de l'indépendance du pays jusqu'au début des années 70 s'est caractérisée essentiellement par :

- la réactivation des structures de santé laissées en place par la colonisation, largement dégradées par la guerre et désertées par les personnels de santé, majoritairement d'origine française.
- l'établissement d'un programme de santé avec pour but essentiel la lutte contre les maladies transmissibles et la prise en charge des besoins de santé de base (nutrition, urgences médico-chirurgicales) ;
- la mobilisation des ressources humaines locales (formation d'adjoints médicaux de la santé publique) et l'appel à la coopération étrangère ;
- la mobilisation des ressources financières indispensables dans un pays où le PIB n'excédait pas 400 dollars par habitant.

Pour appliquer ces orientations, les décisions politiques suivantes ont été édictées par les pouvoirs publics :

- **1963.** Statut d'exercice public obligatoire pour toute nouvelle installation médicale.
- **1964.** Création de l'Institut national de santé publique, établissement public à caractère administratif (EPA), qui avait pour objet de « *réaliser les travaux d'études et de recherche en*

⁵² CHAOUÏ, « les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. »

santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé ».

- **1965.** Programmes nationaux de lutte contre le paludisme, le trachome et la tuberculose mis en place avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé.
- **1966.** Instauration de prestations à mi-temps, dans les services publics, pour les médecins exerçant dans le secteur privé. Instruction ministérielle rattachant 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.
- **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* ».
- **1972.** Vaccination de masse contre la poliomyélite par le vaccin oral.

▪ **La période 1973-1986**

La nationalisation du pétrole en 1972, qui a amélioré de manière très substantielle les revenus de l'État, va permettre à l'Algérie de se lancer dans un vaste programme de développement à travers les « *révolutions industrielle, agraire et culturelle* ». Dans le domaine de la santé, ce programme se traduit par un certain nombre de décisions politiques.

1973. L'année est marquée par deux mesures très importantes :

- l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins : sur le plan sanitaire une mesure politique fondamentale est prise par l'État algérien, mesure dite de *politique de médecine gratuite* : tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social. Cette mesure a effectivement permis à l'ensemble des citoyens d'accéder au système de santé. Sa mise en œuvre a malheureusement coïncidé avec la disparition de l'enregistrement, par les structures administratives, de tous les actes dispensés aux assurés sociaux par les structures hospitalières. Ces enregistrements avaient pour but de permettre un financement des structures de soins par les caisses de sécurité sociale ;
- 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 « *1 000 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.

1975. L'année est marquée par :

- la programmation sanitaire du pays (PSP) avec l'adoption de normes (un centre de santé pour 6 à 7 000 habitants, une polyclinique pour 15 à 25 000 habitants, un hôpital par *daïra*, un hôpital par *wilaya*) et la formulation d'un certain nombre de programmes nationaux de santé(25). Le premier des programmes mis en œuvre dans le cadre de cette programmation sanitaire a été le programme de protection maternelle et infantile et d'espacement des naissances.
- la mise en œuvre dans tout le pays du programme élargi de vaccination (PEV) ;
- l'instauration du service civil : en raison de l'augmentation massive du nombre de médecins terminant leur cursus universitaire, l'État prend conscience du fait 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. Il est donc institué un *service civil* obligatoire pour chaque étudiant ayant terminé son cursus universitaire, service civil dont la durée 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. Cette mesure a débouché à terme sur la constitution progressive d'un groupe de plus en plus important de praticiens, aussi bien généralistes que spécialistes, exerçant dans le secteur privé.

1979. Il est créé par décret le *secteur sanitaire* et les *sous-secteurs sanitaires*.

Comme nous l'avons dit précédemment, en 1966, une instruction ministérielle avait rattaché, en vue de leur meilleure gestion, les unités de santé situées à proximité des divers hôpitaux, à ceux-ci. Cette décision avait été prise en raison de la pénurie en gestionnaires du système de santé. Cette mesure, initialement à visée simplement administrative, a débouché sur le concept de *secteur sanitaire* qui a été progressivement conçu comme un bassin de population au niveau duquel le système de santé devait intervenir pour prendre en charge la santé de la population. Le décret de 1979 n'a fait qu'entériner une situation de fait et a, de plus, établi la notion de sous-secteur qui exprimait l'idée d'une hiérarchisation des soins, un sous-secteur étant centré par une polyclinique à laquelle se référaient certains centres de santé et dispensaires, et le sous-secteur pouvant référer à l'hôpital les patients nécessitant des soins spécialisés. Après la mort du président Boumediene, à la fin de l'année 1979, l'Algérie va connaître, au début des années 1980, une nouvelle politique de développement sous le slogan « *pour une vie meilleure* ».

Plus libérale, cette politique est orientée vers la satisfaction des besoins de consommation de la population et est soutenue par l'augmentation des revenus pétroliers. Les unités de soins sont alors équipées de moyens modernes et de nouveaux hôpitaux sont édifiés, en particulier dans les années 1980 qui verront la construction de plus de quarante hôpitaux. Cet investissement en lits hospitaliers, s'il a amélioré la couverture nationale en lits, a pêché par l'absence d'une étude sérieuse quant à l'implantation géographique de ces unités et, parfois, par leur architecture inadaptée au milieu environnant. Pour financer cette politique très volontariste, l'État a mobilisé les ressources de la Caisse nationale de sécurité sociale qui a débloqué un forfait annuel, versé au budget de la santé, ce forfait étant calculé par l'État en fonction de ses propres prévisions, sans négociation préalable et sans contrôle à posteriori. De plus, la Caisse a d'autre part financé la construction des nouvelles structures hospitalières prévues. Ainsi, la structure de la dépense nationale de santé s'est trouvée inversée : 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. Sur le même budget, le ministère de la Santé a procédé à l'acquisition d'une importante quantité d'équipements lourds, là aussi, dans la précipitation et sans aucune étude préalable sur la pertinence de ces achats, sur leur implantation et sur le personnel qualifié qui devrait être prévu pour présider à leur mise en fonctionnement et à leur maintenance. Pourtant, au début des années 80, un accent particulier avait été mis sur la planification, une réorganisation de l'enseignement paramédical avait été entreprise et, en 1982, le ministère de la Santé avait mis en place la formation du *personnel d'administration sanitaire* et élaboré une carte sanitaire.

1983. La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales avalise le *forfait hôpitaux*. Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale pour payer les prix de journée et les actes dispensés aux patients assurés sociaux. L'article 65 de cette loi stipule 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* ».

1984. Le programme national de lutte contre la mortalité infanto-juvénile a été élaboré et mis en place avec la collaboration de l'Unicef.

1986. Le décret 86-25 du 11 février individualise les centres hospitalo-universitaires (CHU) en tant que structures autonomes. Jusque-là, les CHU n'existaient pas en tant que tels et les services universitaires étaient inclus au sein des secteurs sanitaires. Cette mesure a eu pour effet de couper les services d'enseignement universitaire des structures du terrain et a eu de ce fait un retentissement négatif, aussi bien sur l'organisation des stages de formation des étudiants, que sur l'accessibilité des patients aux structures spécialisées de ces CHU. Rétrospectivement, on constate que cette période a également été celle d'un changement important dans la politique nationale de santé. En effet, 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 en 1985, la loi 85-05, dans le même temps, il a procédé 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. Cette orientation s'est poursuivie, au début des années 1990, avec l'autorisation, par voie réglementaire, de la création d'institutions hospitalières privées. Avec cette configuration, le système de santé algérien va plonger dans la décennie 1990, qui, du fait du contexte politique et sécuritaire, s'avèrera particulièrement éprouvante.

▪ La période 1987-2003

La politique volontariste de la période 1972-1986 va connaître un frein brutal à la fin de la décennie, en raison de la chute brutale des revenus pétroliers. Le prix du baril de pétrole chute en deçà de 10 dollars US en 1986, imposant à l'Algérie de faire appel à des emprunts à court terme à des taux ruineux et de réviser à la baisse, sinon d'abandonner purement et simplement, un grand nombre de programmes de développement. Celui de la santé connaîtra un net recul dès les années 1986-87, mettant en grande difficulté la gestion du secteur public qui peine à satisfaire à la gestion de ses établissements et à l'entretien de ses équipements. Le mécontentement des usagers et des personnels de santé, face à la rapide dégradation des prestations du secteur public, pousse l'État à promouvoir davantage le secteur libéral, lui transférant une part de plus en plus grande des soins ambulatoires et hospitaliers mais sans encadrement juridique approprié ni programmation nationale des

investissements. Par ailleurs, le tarif des actes pratiqués par le secteur privé n'est pas réévalué par la sécurité sociale et de ce fait une grande partie des frais induits par le développement de ce secteur est à la charge des ménages. Ces mesures vont encore modifier la structure de la dépense nationale de santé (DNS), portant la part des ménages à près de 30 %, celle de l'État à 40 % et le reste à la charge de la sécurité sociale.

Du fait de la raréfaction des ressources liée à la chute des cours du pétrole, 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. On s'engage dans la restructuration de l'économie sous l'étroit contrôle du FMI ce qui implique, d'abord, la réduction drastique des dépenses sociales de l'État. Le PIB chute de 2 400 dollars US à 1 400 dollars US et la DNS va passer de 5,2 % du PIB (130 dollars/hab.) en 1989 à 3% en l'an 2000.

En dépit de cette situation financière difficile, plusieurs actions sont entreprises et plusieurs mesures réglementaires sont arrêtées durant cette période :

- **1988.** Mise en place du tableau de bord de la santé (TBS) qui permet de recueillir à tous les niveaux du système de santé une information sur le fonctionnement des structures.

- **1989.** Première publication des statistiques sanitaires par la direction de la planification. Cette publication annuelle sera régulièrement publiée, jusqu'en 2004. Depuis, elle est malheureusement plus irrégulière. Création de l'École nationale de santé publique. Le décret 89-11, 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* ».

Enquête sur la mortalité infantile et la mortalité maternelle organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population en collaboration avec l'Unicef.

- **1990.** Réalisation de « l'enquête santé » effectuée par l'Institut national de santé publique). Conférence nationale sur la réforme du système de santé.

- **1992.** Conférence nationale sur les programmes locaux d'action sanitaire (PLAS). Décrets d'application de la loi 85-05 concernant le médicament. Ces décrets concernent l'enregistrement des produits pharmaceutiques, l'autorisation d'exploitation d'un

établissement de production ou de distribution de produits pharmaceutiques et l'information médicale et scientifique sur les produits pharmaceutiques.

• **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 ayant droits. La mise en œuvre de ce financement sera effectué 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* ».

Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant organisée conjointement par le ministère de la Santé et de la Population, l'Office national des statistiques et la ligue des États arabes, dans le cadre du projet panarabe pour le développement de l'enfance.

• **1993.** Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques par le décret exécutif 93-140 du 14 juin. Ce laboratoire a le statut d'EPA et a pour mission le « *contrôle de la qualité et l'expertise des produits pharmaceutiques y compris les produits chimiques, officinaux, les produits galéniques et les vaccins* ». Mise en place du programme d'éradication de la poliomyélite conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé.

• **1994.** Décret exécutif 94-74 du 30 mars érigeant l'Institut Pasteur d'Algérie, institution centenaire, en établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC). Création de la Pharmacie centrale des hôpitaux.

Le décret exécutif 94-293 du 25 septembre 1994 confère à cette structure un statut d'EPIC. Elle a pour mission « *dans le cadre de la politique nationale de santé publique, l'approvisionnement, le stockage et la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médico-chirurgicales destinés aux structures sanitaires publiques, la fabrication de préparations pharmaceutiques et toute formation en rapport avec son activité* ».

• **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 (établissement public administratif) est placé sous la double tutelle du ministère chargé de la Recherche et du ministère chargé de la Santé. Création de l'Agence nationale du sang, qui a

un statut d'EPA et à laquelle le décret exécutif 95-108 du 9 avril confère la mission de « *l'organisation de la transfusion sanguine, l'élaboration et la proposition de règles de bonne pratique de l'exercice de l'activité transfusionnelle et les normes en matière de contrôle du sang et de ses dérivés* ».

Création de l'Agence nationale de documentation en santé. Le décret exécutif du 14 octobre 1995 donne pour mission à cette agence « *la mise à la disposition des personnels et des structures de santé et de tout utilisateur, tout document, ouvrage, publication, information et moyens didactiques nécessaires à leur formation et leur information* ». Elle est de plus le support et le gestionnaire du réseau « Santé Algérie ». Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 1) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.

• **1996.** 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, institutions déconcentrées de l'Institut national de la santé publique. Création de l'Institut national de pédagogie et de formation paramédicale par le décret exécutif 96-148 du 27 avril.

Cet établissement à statut d'EPA a pour mission :

- de mettre à la disposition des établissements de formation paramédicale tous supports et méthodes en vue de l'amélioration de la formation ;
- de concevoir, élaborer, évaluer et proposer les programmes de formation paramédicale ;
- d'organiser et de contrôler les examens et concours pour l'accès aux établissements de formation paramédicale et l'obtention des diplômes ;
- de suivre et d'évaluer la qualité de la formation dispensée ;
- d'initier et de développer la recherche en pédagogie pour l'enseignement des techniques paramédicales .
- de participer à la formation et à l'encadrement des personnels enseignants, d'encadrement pédagogique et de contrôle pédagogique ;
- de contribuer à toute action de perfectionnement et de formation continue des personnels enseignants des établissements de formation paramédicale ;
- d'entreprendre toute étude en rapport avec ses missions.

Modification de l'article 65 de la loi 83-11, par l'ordonnance 96-17 du 6 juillet, qui stipule dans sa nouvelle rédaction que « *les frais de soins et de séjour dans les structures sanitaires publiques sont pris en charge sur la base de conventions conclues entre les organismes de*

sécurité sociale et les établissements de santé concernés ». Jusqu'à aujourd'hui, cependant, la participation de la sécurité sociale au budget des établissements publics de soins est restée forfaitaire. Des groupes de travail auxquels participent les ministères chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de la Solidarité cherchent à trouver une solution au problème de la contractualisation, mais, jusqu'à présent, les modalités de l'établissement du budget de la santé n'ont pas été fondamentalement modifiées.

- **1997.** Exécution de la création de cinq régions sanitaires (Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest) par le décret 97-262 du 14 juillet. Ce décret crée également les conseils régionaux qui ont pour mission de coordonner les interventions sanitaires avec les autres secteurs d'activité du pays ; les régions sanitaires s'appuient sur cinq observatoires régionaux qui sont des antennes de l'Institut national de la santé publique. Décret redéfinissant l'organisation du système de santé et modifiant l'assiette territoriale des CHU. Ce décret 97-457 du 2 décembre fixe le statut des CHU, définit leur composition et les place sous la tutelle administrative du ministère de la Santé et de la Population et sous la tutelle pédagogique du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique.

- **1998.** Création du Centre national de pharmacovigilance et de matériovigilance.

Le décret exécutif 98-192 du 3 juin donne pour mission à cet EPA :

- la surveillance des actions secondaires indésirables dues à l'usage des médicaments mis sur le marché et des incidents ou risques d'incidents résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux ;
- la réalisation de toute étude ou travaux concernant la sécurité d'emploi des médicaments et des dispositifs médicaux lors d'administrations et usages divers pour accomplir des actes prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Création du Centre national de toxicologie. Créé par le décret exécutif 98-188 du 2 juin, ce centre a pour missions :

- la recherche, identification et dosage des substances toxiques ;
- la réponse à l'urgence toxicologique ;
- la mesure des indices biologiques d'exposition et d'intoxication ;
- l'élaboration de règles de bonnes pratiques de laboratoire et des normes techniques d'analyse toxicologique ;
- le recueil et traitement des informations relatives à la toxicologie et aux intoxications ainsi que l'expertise toxicologique médico-légale ;

– le recensement des risques toxicologiques majeurs.

Tenue des Assises nationales de la santé.

- **1999.** Mise en place d'une commission chargée 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 services astreints au temps plein dans les structures hospitalo-universitaires d'exercer une activité complémentaire au sein des structures privées. Réalisation de l'enquête nationale sur la mortalité maternelle effectuée par l'Institut national de santé publique.
- **2000.** Réalisation de l'enquête à indicateurs multiples sur la mortalité infantile (MICS 2) commanditée par l'Unicef et organisée par la direction de la prévention du ministère de la Santé et de la Population.
- **2001.** Installation du Conseil national de la réforme hospitalière qui dépose un rapport d'étape en décembre 2002, puis, son rapport final en octobre 2003. Mise en place d'une commission sur les comptes nationaux de la santé qui remet son rapport en 2003.
- **2002.** Enquête nationale sur la santé de la famille, réalisée par la direction de la population du ministère de la Santé et de la Population. Organisation de la seconde conférence régionale africaine sur la préparation de la convention cadre de lutte contre le tabac.
- **2002, 2003 et 2004.** Publication d'un document « annuel » intitulé *La santé des Algériennes et des Algériens*.
- **2003.** Dépôt du projet de loi sanitaire. Ce projet est largement débattu mais il ne sera jamais soumis à l'assemblée nationale. Dépôt du rapport final de la commission nationale de la réforme hospitalière.

▪ La période de 2004 à 2018

Cette période a été caractérisée par une nette amélioration des ressources du secteur de la santé, ce qui s'est traduit par une augmentation des allocations budgétaires, aussi bien en termes de budgets de fonctionnement que de budget d'équipement, du fait de la rente pétrolière et en dépit des crises financières mondiales. Nous avons de nouveau assisté à des constructions de structures hospitalières et à des investissements en matériel, notamment dans l'imagerie médicale. Nous nous retrouvons confrontés aux mêmes problèmes que ceux

déjà vécus dans les premières années de la décennie 80. Parallèlement, un programme de réduction des transferts pour soins à l'étranger qui avait été initié dès le début des années 90 a été mis en place sur une nouvelle période de quatre ans à partir de 2006.

Durant cette période, des dispositions réglementaires ont été prises, aussi bien dans le domaine de l'organisation du système de santé, que de celui du médicament.

- **2007.** Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé et créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP). 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 pénalisé par une absence de coordination entre les secteurs public et privé. Absence de coordination qui avait été maintes fois signalé dans les rapports concernant la réforme hospitalière.

- **2008.** Amendement de la loi 85-05 le 20 juillet portant création de l'Agence nationale des produits pharmaceutiques. Cependant, le décret de création de l'agence prévue par cet amendement n'a toujours pas été promulgué.

- **2009.** Prise de mesures incitatives encourageant la dispensation des produits génériques ainsi que des produits pharmaceutiques fabriqués localement. Ainsi, le décret exécutif 09-396 du 24 novembre prévoit dans ses articles 26 et 27 :

- article 26 : *L'organisme de sécurité sociale s'engage, dans le cadre de la promotion du médicament générique, à verser à l'officine pharmaceutique un montant forfaitaire égal à 15 DA pour chaque médicament princeps prescrit auquel le pharmacien substitue un générique et ce, quel que soit le conditionnement servi pour ce médicament ;*

- article 27 : *L'organisme de sécurité sociale s'engage à verser une majoration du montant de l'ordonnance lorsque le pharmacien dispense, pour l'intégralité des médicaments prescrits, des produits dont les prix sont inférieurs ou égaux aux tarifs de référence. Cette majoration est portée à 20 % en cas de produits fabriqués au niveau national.*

- **2010.** Installation d'une commission mandatée en vue de l'élaboration d'une nouvelle loi sanitaire. Ce projet de loi a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière par la commission en janvier 2011. Installation d'une commission de refonte de la prévention médico-sanitaire. Le premier rapport de cette commission a été

remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission de réforme de l'enseignement paramédical. Le rapport de cette commission a été remis au ministre de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière en février 2011. Installation d'une commission en vue de l'élaboration d'une nouvelle carte sanitaire. Les travaux de cette commission se poursuivent.

- **2011.** Adoption par le ministère de la Santé d'un « *plan national cancer* ».

Nous venons d'énumérer les différentes étapes qu'a franchies le système de santé algérien. Ainsi que nous le verrons dans les chapitres suivants, il est incontestable que des progrès ont été accomplis. Nous verrons cependant, également, que le système reste confronté à des défis importants.

- **2018** lois de santé du 2 juillet 2018

La première grande loi sanitaire depuis 1985.Elle comporte : 470 articles 8 titres :

Titre I Principes et dispositions fondamentaux

Titre II Protection de la santé

Titre III Protection des malades Atteints de troubles mentaux ou psychologiques

Titre IV Organisation et financement du système de santé

Section 1 : Missions des structures et des établissements de sante

Section 2 : Obligations des structures et établissements de santé.

Section 3 : Statut de l'établissement public de santé

Section 4 : Structures et établissements privés de santé

Section 5 : Coopération et partenariat en matière de santé

Section 6 : Système d'information sanitaire

Section 7 : Evaluation et audit des structures et établissements de santé

Titre V Professions et personnels de santé

Titre VI La pharmacie

Titre VII Ethique, Déontologie et Bioéthique

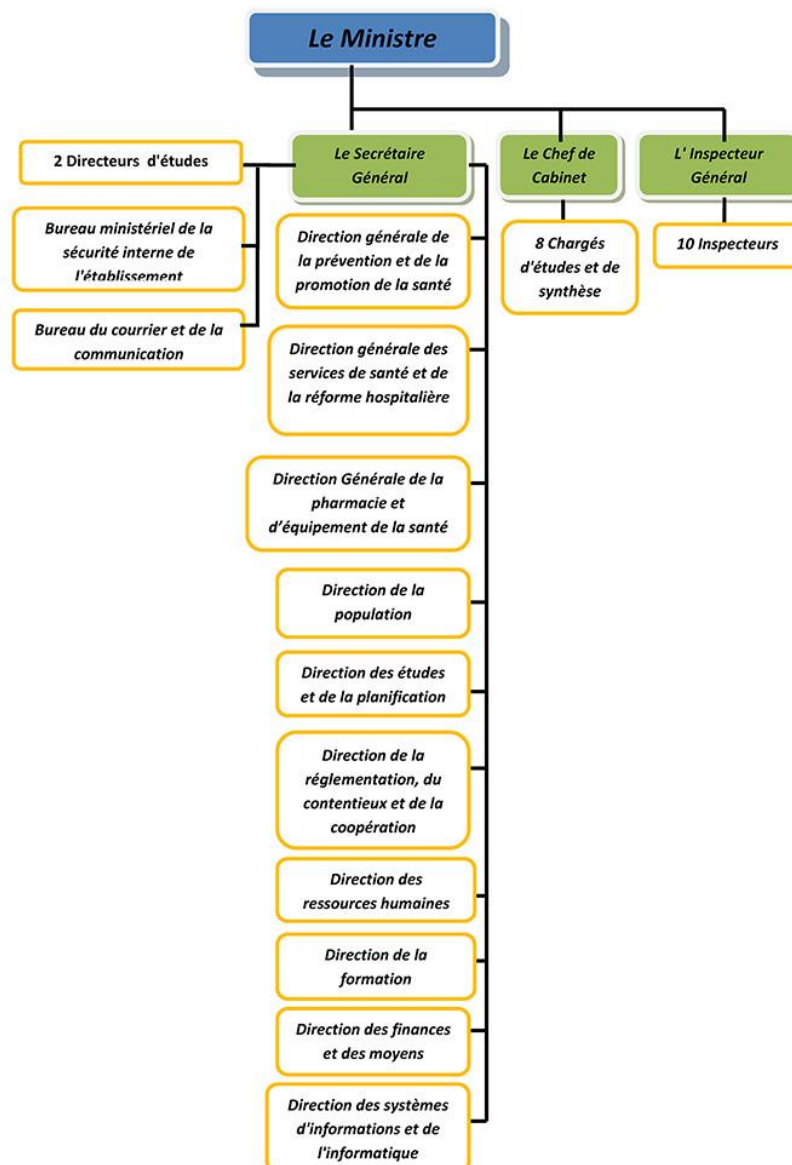
Titre VIII Disposition transitoire et finales

Des décrets d'applications sont nécessaires pour l'application de la loi du 2 juillet 2018, comme récemment en 2022 le décret d'application portant sur la création de circonscriptions sanitaires suppression des EPSP établissements publique de santé de proximité. Les circonscriptions sanitaires ressemblent aux anciens secteurs sanitaires.

▪ *Environnement hospitalier*

▪ 1. Les institutions étatiques : les services centraux

Le **ministère de la Santé** est l'administration algérienne chargée de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans le domaine de la santé publique



- **Les institutions étatiques : les instances consultatives et les agences et établissements de l'état :**

Le Ministère de la Santé et de la Réforme hospitalière est le département gouvernemental chargé de la santé publique en Algérie. Plusieurs établissements sont sous sa tutelle :

- Institut National de Santé Publique (INSP) ;
- Agence Nationale de Documentation de la Santé (ANDS) ;
- Agence thématique de recherche en science de la santé (ATRSS) ;
- Agence Nationale du Sang (ANS) ;
- Centre National de Toxicologie (CNT) ;
- École Nationale de Management et de l'Administration de la Santé (ENMAS) ;
- Institut National Pédagogique de Formation Paramédicale (INPFP) ;
- Institut Pasteur d'Algérie (IPA) ;
- Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques (LNCPP) ;
- Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) ;
- Réseau Algérien de Surveillance de la Résistance aux Antibiotiques (AARN)
- Le conseil national de la déontologie médical (qui regroupe les conseils nationaux et régionaux de l'ordre des médecins pharmaciens et chirurgiens-dentistes).

- **Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés**

Les services déconcentrés régionaux relevant du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière sont :

- les 5 Conseils régionaux de la Santé (CRS),
- les 5 Observatoires régionaux de la Santé (ORS)
- les 58 Directions de la Santé et de la Population (une direction par wilaya)

La Direction de la Santé et de la Population

La DSP est chargée : ⁵³

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

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

De veiller au respect de la hiérarchisation des soins, en développant notamment toutes actions visant la promotion des soins de base, De développer toutes actions de prévention et de lutte contre la toxicomanie particulièrement en direction des jeune ;

De veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines, matérielles et financières, sans préjudice des attributions dûment conférées aux directeurs régionaux de la santé et aux chefs d'établissements de santé ;

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

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

D'animer, de coordonner et d'évaluer le fonctionnement des structures de santé

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

D'assurer l'encadrement et l'inspection des structures et établissements publics et privés de santé ;

D'établir les autorisations relatives à l'exercice des professions de santé et d'en assurer le contrôle ;

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

⁵³ « Secteur de la santé – Wilaya d'Alger ».

D'étudier et de suivre, dans le cadre des règlements et procédures établis, les programmes d'investissements ;

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

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

- *Les établissements de santé*

- **Les structures hospitalières**

Les structures hospitalières en Algérie (Les CHU, EHUO, et EHS et les EPSP) :

Le système hospitalier en Algérie compte plus de 300 hôpitaux publics dont 14 centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et l'EHUO (établissement hospitalier universitaire d'Oran). Ces hôpitaux sont des structures sanitaires, sises sur le territoire algérien, qui dépendent des 58 (DSP) Directions de Wilayas de la Santé et de la Population en Algérie.



-Carte géographique de la répartition des CHU en vert et EHUO en jaune au nord du pays-

Ces établissements relèvent administrativement et financièrement du ministère de la santé, en Algérie et la caisse d'assurance maladie... (voir chapitre financement de l'hôpital en 2eme partie).

Le nombre de lits d'hôpital avait atteint 65 000 lits en 2013 dans l'ensemble des structures hospitalières de l'Algérie qui on a ajouté 90 000 lits d'hôpital supplémentaires 2019, pour atteindre une capacité totale d'environ 155 000 lits, ce qui se rapproche plus ou moins des normes internationales (en France l'offre hospitalière globale était d'environ 400 000 lits publics, privé). Le pays dispose également de structure sanitaire de proximité dénoté Établissement public de santé de proximité (EPSP). On dénombre en moyenne une polyclinique pour 25 000 habitants. ⁵⁴

L'Algérie dispose d'une couverture sanitaire inférieure des normes internationales avec :⁵⁵

- *1,76 lit pour 1 000 habitants ;*
- *1 polyclinique pour 23 917 habitants ;*
- *1 salle de soins pour 6 886 habitants ;*
- *1 médecin général pour 1 118 habitants ;*
- *1 médecin spécialiste pour 1 413 habitants ;*
- *1 chirurgien-dentiste pour 2 972 habitants ;*
- *1 pharmacien pour 3 467 habitants ;*
- *1 paramédical pour 325 habitants ;*
- *1 sagefemme pour 1 203 habitants.*

Les infrastructures privées de soins occupent une place importante dans le secteur de santé algérien. Ces infrastructures se répartissent comme suit :⁵⁶

- *28 cliniques médicales ;*
- *249 cliniques médico-chirurgicales ;*
- *36 cliniques de diagnostic ;*
- *151 centres d'hémodialyse avec 1 780 reins artificiels disponibles ;*
- *709 cabinets de groupe ;*
- *9 042 cabinets de médecins spécialistes ;*

⁵⁴ « Liste des hôpitaux en Algérie ».

⁵⁵ « Système de santé algérien ».

⁵⁶ « Système de santé algérien ».

- 7 298 cabinets de médecins généralistes
- 6514 cabinets de chirurgie dentaire ;
- 10 260 officines pharmaceutiques.

▪ **Les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

En Algérie il y a une séparation entre les établissements de santé qui sont sous la tutelle du ministère de la santé, et les établissements sociaux qui sont de leur part sous la tutelle du ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme.

(Précédemment, de 1963 à 2008, la solidarité nationale était liée au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale).

G. Conclusion de la première partie

Cette première partie devait mettre en évidence et clarifier les composants l'organisation l'histoire et le développement des deux systèmes hospitaliers français et algériens.

Cette première partie se présente aussi comme une discussion comparative des points essentiels qui fondent les deux systèmes en les étudiant sur plusieurs plans.

Les enseignements retenus de cette première partie pourront être regroupé dans un tableau annexe pour faciliter la lecture :

Concernant la démographie, Le nombre total de la population algérienne au 1er janvier 2018 est de 42,2 millions, 54% de la population est âgée de moins de 30 ans : L'Algérie est toujours jeune⁵⁷

En France le nombre total en 2019 est de 67,0 millions, 35,8 % de la population âgée moins de 30 ans ⁵⁸

Quant à l'espérance de vie en Algérie, elle est de 76,9 ans pour les hommes et 78,2 ans pour les femmes. En France L'espérance de vie a atteint 79,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes en 2019.

Il est évident que la dépense totale de la santé est proportionnelle au vieillissement de la population ⁵⁹

Sur le plan épidémiologique on note malgré l'amélioration considérable de l'état de santé des algériens selon plusieurs indicateurs, depuis l'indépendance, du moins ça reste toujours inférieure à l'état de santé des français. Avec retour des maladies anciennes de l'hygiène et la pauvreté comme le choléra, tuberculose et la rougeole ...⁶⁰

Le classement de l'IHME montre que sur 33 indicateurs le système français apparaît meilleur à l'exception de 3 indicateurs :

« Il y a moins de suicide en Algérie, moins de consommation de tabac, et moins de consommation d'alcool (1 décès sur 10 est causé par l'alcool en France) ».je souligne que cela n'est pas le fruit des politiques de santé en Algérie mais plutôt au contexte socio-culturel de l'Algérie et les restrictions de la vente et consommation d'alcool.

⁵⁷ « 54% de la population est âgée de moins de 30 ans ».

⁵⁸ « Population par sexe et groupe d'âges | Insee ».

⁵⁹ « Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique ».

⁶⁰ « Santé ».

Sur le plan de la protection sociale le système français est réputé l'un des meilleurs systèmes au monde grâce à l'accessibilité à la santé surtout avec l'avènement de la CMU et AME en 1999 et le caractère obligatoire de la sécurité sociale.

En Algérie 80% des citoyens sont recouvert par la sécurité sociale, mais l'efficacité de ce système est à discuter je cite à titre d'exemple les tarifs de remboursement n'ont pas évolué depuis 1987 (une consultation est remboursée sur la base de l'équivalent de 0,20 centimes d'euros) plus le caractère bureaucratique de ce système.

Sur le plan des acquis démocratique et la démocratie sanitaire, la nature de régime politique en Algérie depuis d'indépendance reste autocratique, et le secteur de la santé n'est pas une priorité des gouvernements successifs (référence) et ça se traduit par le budget alloué à la santé qui ne dépasse pas 5% du PIB, alors qu'en France 11,5 % de son PIB.

D'autre part la dépense courante de la santé en France représente 276 milliards d'euros alors que la dépense totale de la santé en Algérie n'excède pas 11 milliards de \$ qui est comparable au budget des 39 hôpitaux de l'AP-HP qui est de l'ordre de 7,5 milliards d'euros⁶¹.

Concernant la comparaison des systèmes juridiques qui fondent et encadrent le système hospitalier on note que le droit algérien est le droit qui s'est développé en Algérie depuis l'indépendance en 1962. C'est un système de droit mixte, Il est influencé par le droit français et les jurisprudences musulmanes. Si la loi dite 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État était considérée comme la dernière étape de la laïcisation de la France depuis la révolution française, les normes juridiques en Algérie restent influencées par les préceptes de la religion musulmane. Dans le domaine de la santé cette influence apparait en particulier dans lois éthiques et bioéthiques ou les législateurs se réfèrent souvent aux avis de la jurisprudence islamique. Bien qu'il existe de minorité de confession non musulmane qui est de l'ordre de 15% cette double source de droit représente une incohérence pour la fondation d'un état démocratique multiethnique et multiconfessionnel moderne.

Concernant les normes juridiques, On peut dire que si les normes juridiques en Algérie sont peu nombreuses et qui peuvent donner par conséquences des vides juridiques, un grand travail est nécessaire pour réglementer d'avantage le système de santé Algérien, (par domaine, secteur, niveau, discipline...), et assurer leur application.

Les lois de santé en France sont caractérisées par une inflation juridique, chaque ministre qui vient promet de réduire le code de santé publique, alors qu'il en ajoute plein d'autres articles.

La surproduction de textes juridiques en France depuis plusieurs dizaines d'années est un sérieux problème, dont les enjeux doivent conduire les institutions françaises revoir cette question.

Concernant les politiques et les reformes de santé, en France il y a eu elles sont nombreuses, inspirées du contexte socio-économique de chaque époque, elles modifient la façon d'organisation et gestion du système hospitalier, notamment avec le progrès technologique (comme l'informatique)

⁶¹ « L'AP-HP en bref ».

et médicale. En Algérie il n'y a pas eu de réforme proprement dite le système hospitalier algérien est hérité de l'administration française des années 1950. Cette question sera étudiée largement dans la seconde partie de cette thèse.

III. Deuxième partie : « Évolution de la gestion des deux systèmes hospitaliers, c'est-à-dire les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison ».

*« Si nous ne changeons pas notre façon
de penser, nous ne serons pas capables
de résoudre les problèmes que nous
créons avec nos modes actuels de
pensée »*

Albert Einstein

Évolution de la gestion des deux systèmes hospitaliers, et les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison

En se basant sur une comparaison des pratiques managériales dans deux Hôpitaux (français et algérien)

Hôpitaux concernés :

- France : Hôpitaux universitaires Est Parisien AP-HP (HUEP).

(Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien comprenant les hôpitaux Saint Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild, La Roche Guyon) avant son regroupement récent avec les hôpitaux de la Pitié Salpêtrière et de Charles Foix)
- Algérie : Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha Bacha.

A. Introduction

« *L'hôpital n'est pas une entreprise* » une phrase qu'on entend souvent lorsqu'on veut aborder les problèmes de gestion du système de santé notamment au sein des hôpitaux.

Et si n'on l'analysant un peu plus, cette phrase est utilisée comme un argument juste et fallacieux en même temps

- Pour les uns l'hôpital n'est pas une entreprise qui sous-entend une entreprise capitaliste avec une logique commerciale en cherchant plus de productivité sélective pour plus de rentabilité et ayant un bon rapport coût/ efficacité ou l'objectif premier est le gain financier.

Effectivement en France comme en Algérie les objectifs de leur système de santé que j'ai pu observer sont :

Premier objectif : En termes d'efficacité améliorer la santé de la population comme elle a été définie par l'OMS en 1946 : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » Augmentation de l'espérance de vie et la prévention des maladies.

Cet objectif est considéré comme premier sans cette objectif les objectifs suivants n'auront aucun sens autrement dit un système qui n'améliorait pas concrètement la santé des citoyens ne devrait pas exister.

Bien que la notion de l'amélioration du système de santé soit plus large que la notion du système de soins ou système hospitalier. D'autres facteurs sont impliqués comme l'éducation l'hygiène de vie et la culture.

Deuxième objectif : En termes d'efficacité un système de santé ou de soins doit être efficient. L'efficacité économique est définie comme attendre le maximum de moyens en mobilisant le minimum de ressources. En minimum de temps (le temps c'est de l'argent).

La notion de l'efficacité efficacité était abordée la première fois par Chester Barnard dans son livre *The Functions of the Executive* (1938).⁶²

En terme concret c'est améliorer l'État de santé de la population en mobilisant le minimum de ressources en peu de temps possible.

Cet objectif de l'efficacité globale du système de santé n'est pas un objectif pour les établissements privés et les industriels de santé privé à but lucratifs qui cherchent à maximiser leur bénéfices. et réduire leur coûts. Si en France l'état et les assurances maladies

⁶² Barnard, *The Functions of the Executive*.

cherchent à limiter et rationaliser les dépenses de santé plus ou moins à travers l'ONDAM l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. On constate aux USA l'exemple de du système de santé privé libérale la plus forte dépense mondiale de santé par habitant, au détriment à la santé générale des citoyens américains.

En Algérie il n'y a pas d'ONDAM et le ticket modérateur et le reste à charger du citoyen constitue une portion très importante de la dépense totale de la santé. Ces dépenses concernent le privé et les soins à l'étranger puisque dans le public il existe une médecine dite « médecine gratuite » (cette dépense est estimée à 30% de la dépense totale de la santé).

Le troisième objectif d'un système de santé et de soins est le bien-être socioprofessionnel de l'ensemble du personnel médical et de direction médicotechnique et autres axillaires....

Investir sur le «capital humain» est aujourd'hui l'un des grands facteurs de développement des secteurs économiques dont la santé, Selon la définition de l'OCDE le capital humain recouvre « l'ensemble des connaissances, qualifications, compétences et caractéristiques individuelles qui facilitent la création du bien-être personnel, social et économique. » « Le capital humain constitue un bien immatériel qui peut faire progresser ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité »

Le quatrième objectif : le respect de l'environnement et les objectifs du développement durable

Le secteur de la santé, comme tout secteur économique et industriel, et peut-être même davantage du fait de sa mission principale de l'amélioration de la la santé et le bien-être ; ce secteur doit respecter les principes du développement durable, veillant à diminuer l'impact de ses activités sur l'environnement , et assurer une consommation rationnelle des ressources planétaires qui ne sont pas illimité loin de là ; diminuer la production de la pollution, l'émissions de gaz à effet de serre et de consommation d'eau et d'énergie, une bonne gestion des déchets... Les établissements et les industries de la santé doivent lutter contre l'obsolescence programmée. Un système de santé ou de soins idéal doit aussi entreprendre des actions efficaces pour maîtriser l'impact de ses différentes activité économique sur environnement.

D'autres parts, Il faut se poser les questions aussi sur la croissance démographique et l'augmentation de l'espérance de vie et leur impact sur l'environnement.

Le cinquième objectif : Le respect du droit et le respect de l'éthique contemporaine, tout système de santé ou de soins doit respecter l'éthique médicale ou managériale ou autre. *"Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court"*⁶³ « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme » ⁶⁴une phrase de **Jean-Claude Ameisen**, le président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Le sixième objectif : les rentabilités économiques, à travers la production des biens et des

⁶³ « Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court ».

⁶⁴ « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme ».

services médicaux, la croissance, diminution du chômage, et la recherche de nouveaux marchés de la santé.

D'autres part l'hôpital n'est pas considéré comme une entreprise vu son héritage de son histoire un lieu d'accueil et de charité. Ou la pratique médicale est inséparable des valeurs humanistes.⁶⁵

- Pour d'autres, ils l'affirment haut et fort l'hôpital est une entreprise, C'est le cas de Jacques Attali qui, lorsqu'il s'exprime sur l'avenir de notre système de santé dit : « *L'hôpital est une entreprise* » mais il ajoute immédiatement, « *pas au sens capitaliste, mais il constitue une organisation qui remplit un objectif.* »⁶⁶

Effectivement l'hôpital est une véritable entreprise très complexe, qui a plusieurs missions, son fonctionnement implique plusieurs domaines et plusieurs disciplines (soins médicaux et chirurgicaux, enseignement, recherche, métier des sciences de gestion, hôtellerie, restauration, transport, administration, finances, contentieux, affaires juridiques ...).

Les cinq missions connues de l'hôpital sont :

Les soins : l'hôpital met en place un système permettant la continuité des soins soit en ambulatoire soit en hospitalisation.

La prévention : l'hôpital est le lieu essentiel de détection des problèmes de santé, en particulier par le biais des urgences. Il s'inscrit aujourd'hui de plus en plus dans des logiques de réseau avec les autres acteurs sanitaires de son bassin de santé, comme les centres de lutte contre le cancer. Ou les compagnes de vaccination, ou de distribution des moyens de préventions.

L'hôpital participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire.

L'enseignement universitaire et postuniversitaire : la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical.

La recherche : l'hôpital est un lieu de recherche clinique et une importante source d'innovations médicales et pharmaceutiques. Notamment la recherche clinique (peu de recherche fondamentale).

⁶⁵ « La médecine humaniste : passé ou présent ? Les réponses du professeur Christian Hervé | Le Quotidien du médecin ».

⁶⁶ « Hôpital ».

L'information médicale : au service des usagers comme la compagne d'information

On peut rajouter à l'hôpital de par sa vocation historique d'hospice **une 6eme mission** qui a tendance à disparaître des hôpitaux qui est **la charité et la bienfaisance** et les soins de fin de vie.

Ps : la loi HPST a cité 14 missions de service public hospitalier cité en première partie de thèse.

Les partisans de l'hôpital entreprise, qui sont généralement des gestionnaires de l'autorité publique, sont à la recherche de son bon fonctionnement, pas pour avoir une rentabilité financière comme leur opposant le sous-entendent mais plutôt pour augmenter l'activité par des bonnes pratiques managériales pour une meilleure productivité et une meilleure qualité et plus de satisfaction des usagers. Tout en respectant les objectifs du tout système de santé précédemment cité, et l'éthique médicale, et lutter contre le gaspillage.

Ceci concerne l'hôpital public, et les hôpitaux privés à but non lucratifs.

« Oui, l'hôpital est une entreprise. Il est même la plus belle d'entre elle car une entreprise est d'abord et avant tout une communauté humaine dévouée à la production de biens. Or l'hôpital produit ce bien supérieur qu'est la santé, action collective la plus noble qui soit. L'hôpital est facteur d'emplois puisque 60 à 65% de son chiffre d'affaire est redistribué en salaires pour les personnels. Enfin l'hôpital n'est pas délocalisable et le tourisme médical restera toujours marginal dans nos pays européens bien équipés en homme et matériels pour soigner.⁶⁷

Alors, qu'attend-on pour impulser dans les hôpitaux le sens du management, la capacité à risquer, l'esprit d'équipe au plus haut niveau et la faculté d'évaluation permanente, gages d'une amélioration constante de la qualité des prestations offertes aux malades et blessés qui frappent à la porte de nos établissements publics pour aspirer aux meilleurs soins ?!

Vouloir faire de l'hôpital un sanctuaire hors de l'économie de marché est une faute grave ! Les 75 milliards d'euros dépensés chaque année par les hôpitaux publics peuvent largement suffire à les faire vivre, à la condition expresse d'une révision de la carte régionale d'implantation des établissements, de la création d'une dynamique de progrès comprenant bonus et malus selon les résultats. Bref à la condition de reconnaître les meilleurs et de se passer des fainéants.

Les disparités d'activités entre établissements sont parfois gigantesques. Analysons pourquoi et agissons pour remédier au gâchis. L'hôpital doit pouvoir vivre avec une tarification à l'activité tenant compte de la qualité des prestations qu'il offre. L'isoler dans sa pseudo-

⁶⁷ Vallancien, « Hôpital entreprise ! »

grandeur serait la pire des politiques à mener ». ⁶⁸ (*texte de Guy Vallancien est professeur d'urologie à l'université Paris Descartes, président de l'école européenne de chirurgie et auteurs de plusieurs rapports ministériels.)

Sur la base de cette réflexion que nous allons comparer la gestion des deux systèmes hospitaliers, le système hospitalier algérien hérité de l'administration française des années soixante. Durant son développement n'a pas connu de grandes réformes managériales, il a un mode de gestion plutôt administrative, il est toujours sous le modèle de santé socialiste « médecine gratuite » modèle coûteux à la société (l'État et citoyen et assurance maladie), cependant le système de santé français a connu beaucoup de réformes qui concerne sa gestion et son organisation.

D'autre part, le management et les sciences de gestion et les organisations du travail des entreprises ont connus beaucoup évolutions, le siècle dernier, d'une manière non linéaire, ces évolutions managériales sont plus ou moins introduites en domaine de la santé publique avec un écart de temps par rapport aux entreprises. Bien que l'hôpital public et les entreprises privées capitalistes n'ont pas les mêmes valeurs et les mêmes objectifs.

B. Définitions : Administration, Gestion, Management, Gouvernance :

Les sciences de gestion ou sciences du management, sont une discipline des sciences sociales principalement issues de l'économie (discipline-mère), des mathématiques mais aussi du droit, de la sociologie et de la psychologie. Elles ont pour objet d'éclairer l'action conduite de façon collective par des groupes humains organisés : entreprises, associations, administrations, etc.

⁶⁸ Vallancien.

L'administration :

"Nous n'avons point d'Etat. Nous avons des administrations. Ce que nous appelons la raison d'Etat, c'est la raison des bureaux. On nous dit qu'elle est auguste. En fait, elle permet à l'administration de cacher ses fautes et de les aggraver."

Anatole France - L'Anneau d'améthyste - 1899

Etymologie : du latin *administrare*, signifiant : « aider, fournir ou diriger »

Le mot administration peut revêtir plusieurs sens différents, notamment deux sens intéressants :

La définition fonctionnelle Si on s'attache à la fonction de l'administration, le mot désigne l'ensemble des activités dont le but est de répondre aux besoins d'intérêt général de la population (ordre public, bonne marche des services publics...), tels qu'ils sont définis à un moment donné par l'opinion publique et le pouvoir politique.⁶⁹

La définition organique : si on s'attache à son organisation, il désigne l'ensemble des personnes morales (État, collectivités territoriales, établissements publics...) et physiques (fonctionnaires, contractuels...) qui accomplissent ces activités. Il existe là encore deux approches : une conception large qui considère que les organismes privés chargés d'une action administrative font partie de l'administration, et une conception restreinte qui les exclut.

En France, l'administration est rattachée au pouvoir exécutif et lui est subordonnée (art. 20 de la Constitution). On distingue l'administration d'État dont les compétences s'étendent à tout le territoire, l'administration territoriale dont les pouvoirs sont limités à la région, au département ou à la commune, et les établissements publics aux compétences spécialisées.

Afin de mener à bien ses activités, l'administration dispose de moyens propres : les prérogatives de puissance publique. Il s'agit de pouvoirs de commandement que ne détiennent pas les personnes privées, qui permettent à l'administration d'imposer sa volonté et qui lui sont transmis par le pouvoir exécutif dont elle dépend. Ainsi, par exemple, lorsque l'administration prend une décision à l'encontre d'un administré, elle peut sous certaines conditions la faire exécuter d'elle-même sans en demander la permission au juge, à la différence d'un particulier. C'est le privilège de l'"exécution d'office".

L'administration est soumise pour la plupart de ses activités à un droit spécifique, le droit administratif. Toutefois, le droit privé s'applique pour certaines de ses activités définies par la loi.⁷⁰

⁶⁹ « Définition : Administration ».

⁷⁰ « L'administration : définition | Vie publique.fr ».

L'administration privée

Le terme désigne aussi dans une entreprise l'ensemble des activités dédiées à la gestion interne de l'organisation : activité des comptables, juristes, secrétaires, services auxiliaires, etc. Elle revêt alors une signification proche de la notion de management. Au Canada francophone, le terme d'administrateur désigne fréquemment un cadre d'entreprise privée.

Les administrations privées regroupent les organisations produisant un service non marchand ou des associations à but non lucratif comme les associations, partis, clubs de sports, syndicats....

La gestion :

D'une façon générale, le terme gestion désigne la façon d'administrer et de diriger d'après le Plan comptable général une entreprise ou un organisme public ou privé. Évidemment, on ne peut diriger sans une certaine expertise, sans fixer des objectifs et sans se référer à certains principes. Mais dans la vision traditionnelle de l'entreprise, notamment en France, l'opération de direction était largement empirique ; aux États-Unis, par contre, l'évolution de l'économie et du marché a forcé une systématisation des techniques de gestion qui rendait désuet l'empirisme de la gestion traditionnelle.⁷¹

Cette notion est donc proche de celle de management d'entreprise dans son sens général. Il est habituel en France de donner au terme de gestion un contenu plus technique s'appuyant sur la comptabilité financière ou analytique tandis que l'on donne un contenu plus relationnel au terme de management.

Les termes management et gestion ne sont pas synonymes en France.

Le management désigne plutôt les pratiques et les savoir-faire associés à l'organisation du travail et aux relations humaines, avec une dimension collective : management stratégique, management de projet, management participatif, etc.

La gestion désigne plutôt les techniques souvent quantitatives de conduite des affaires, avec un objectif d'efficacité ou d'efficience : gestion comptable, gestion de patrimoine, contrôle de gestion, etc.

Le contrôle de gestion : est le processus par lequel les dirigeants s'assurent que les ressources sont obtenues et mobilisées avec efficacité et efficience pour réaliser les objectifs de l'organisation.

Le management :

« The art of getting things done through people » Mary Parker-Fowlet ⁷²

⁷¹ Ménard, *Dictionnaire de la Comptabilité Et de la Gestion Financière*.

⁷² Kirkbride Msc Fhea, « Management is the “art of getting things done through other people” Mary ».

Etymologie : L'usage actuel en français du terme « management » provient pour beaucoup d'un emprunt direct au terme anglo-saxon « management ».

Cependant, selon l'Oxford English Dictionary le verbe anglais « to manage » et le substantif « management » découlent eux-mêmes d'un terme français du xve siècle, « mesnager » signifiant en équitation « tenir en main les rênes d'un cheval », provenant lui-même de l'italien « maneggiare » (et du latin « manus » : la main). Il a subsisté en français en équitation au travers du mot « manège ».⁷³

Il existe plusieurs dizaines de définition du management.

Le management est la mise en œuvre des moyens humains et matériels d'une entreprise pour atteindre ses objectifs. Il correspond à l'idée de gestion et de pilotage appliquée à une entreprise ou une unité de celle-ci. Lorsqu'il concerne l'entreprise tout entière on peut généralement l'assimiler à la fonction de direction (la « fonction administrative » de H. Fayol). Le management est présenté ici dans sa version prédominante, d'autres formes existent en particulier dans les approches en gouvernance partagée.

Le management consiste à :

- Fixer des objectifs (stratégiques et opérationnels),
- Choisir les moyens de les atteindre,
- Mettre en œuvre ces moyens (recherche d'efficience),
- Contrôler la mise en œuvre et les résultats obtenus,
- Assurer une régulation à partir de ce contrôle (gouvernance et control de gestion).

Les différentes dimensions du management ont été théorisées à travers les théories des organisations.

Le management de l'équipe : lorsque le nombre est inférieur à 20 membres, (groupe dit « primaire ») et c'est alors du management d'équipe du ressort de la psychosociologie ;

L'apparition du management en France :

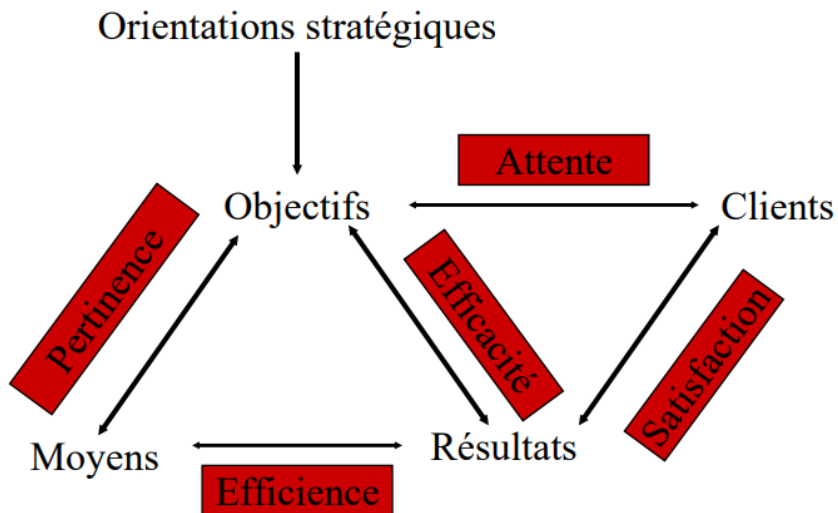
Des gestionnaires français sont allés étudier et se former aux États-Unis et sont revenus en France non seulement avec leurs nouveaux acquis, mais aussi avec une nouvelle appellation, empruntée à l'anglais américain : management.

L'Académie française a accrédité cet emprunt en francisant sa prononciation, assurant ainsi l'implantation de son emploi, non pour supplanter le terme gestion, mais pour désigner un mode de gestion fondé sur des techniques de planification, de contrôle et d'orientation. Cet emprunt a en quelque sorte tassé le terme gestion dans des usages plus restreints, appliqués

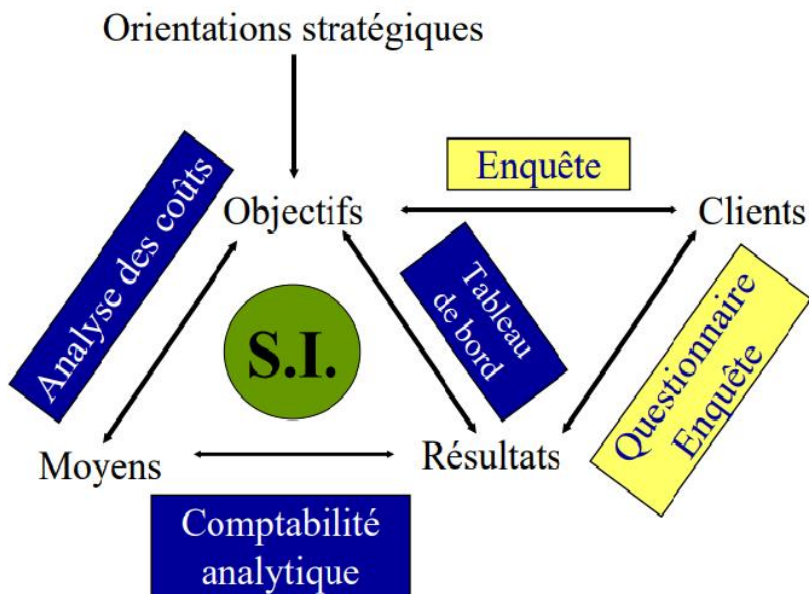
⁷³ « Manage | Definition of Manage by Oxford Dictionary on Lexico.Com Also Meaning of Manage ».

à différents secteurs de l'entreprise : gestion commerciale, gestion financière, gestion de la production, gestion des ressources humaines, etc.

Les Principes:



Les outils :



S.I.= systèmes d'information -Schémas : Commandant Wable-

La gouvernance : Gestion du pouvoir

Etymologie : Ce terme, dérivé de gouverner, est issu du latin *gubernare*, qui est emprunté au grec *kubernâo*, racine qu'on retrouve dans le terme cybernétique.

La gouvernance est, de façon générale, un concept représentant la manière dont un domaine d'activités est gouverné. La gouvernance ne renvoie pas nécessairement à une entité unique et décisionnelle, mais plutôt à un système d'entités décisionnelles qui dirige un certain domaine d'activités. La gouvernance est ainsi un concept reposant sur l'approche systémique puisqu'elle se décline irrémédiablement en un « système de gouvernance », impliquant ainsi une structure de gouvernance et un dynamisme de système (processus de gouvernance, activités de gestion, etc.).

Les choses n'en sont pas restées là. L'évolution économique, notamment avec la mondialisation, a mis en évidence le nouveau pouvoir dont disposaient les grandes entreprises et qui faisait ombrage au pouvoir politique traditionnel. Dans un effort de conciliation des pouvoirs anciens et nouveaux est né le concept de gouvernance, également emprunté à l'anglais « *corporate governance* ».

Dans le discours politique actuel, le terme gouvernance revient assez fréquemment sans qu'on sache trop de quoi il retourne. Une petite incursion sur le Web nous fait bien voir que le mot est à la mode. L'Union européenne, pour sa part, en donne une définition plutôt fumeuse. Les autres utilisateurs du terme n'arrivent pas toujours à nous permettre d'en préciser le sens. C'est le Dictionnaire de la comptabilité et de la gestion financière, de Louis Ménard et collaborateurs (2004), qui précise le mieux cette notion de gouvernance.

La gouvernance, c'est d'abord une organisation du pouvoir où qu'il ait son siège. Cette organisation repose sur des structures et des règles, mais fait appel en plus à un effort de mobilisation et de conciliation des intérêts et des responsabilités des parties en présence : conseil d'administration, actionnaires, direction, personnel, dans le cas de l'entreprise, et, dans le cas de l'État, les pouvoirs législatif, exécutif et judiciaire.⁷⁴

Cette mobilisation-conciliation implique la définition des droits et responsabilités de toutes les parties, la fixation d'objectifs et la détermination concertée des moyens pour les atteindre. En fait, la gouvernance est une façon de gérer le pouvoir par concertation.

Résumé

-Gestion : Façon d'administrer une entreprise, un service, de manière à atteindre les objectifs comptables fixés.

⁷⁴ Ménard, *Dictionnaire de la Comptabilité Et de la Gestion Financière*.

-Management : Ensemble des techniques et connaissances systématisées visant l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs de croissance et de développement d'une entreprise.

-Gouvernance : Organisation du pouvoir faisant appel à la mobilisation et à la conciliation des intérêts et responsabilités des éléments constitutifs de ce pouvoir.⁷⁵

C. Evolution du management des entreprises en capitalisme

Durant ce dernier siècle, le capitalisme a évolué en passant par différentes phases : capitalisme essentiellement familial, capitalisme managérial puis capitalisme financier... Ces évolutions ne sont pas forcément linéaires et il existe encore aujourd'hui des entreprises familiales.⁷⁶ Mais il nous faut comprendre les évolutions essentielles qui dominent dans chaque période. Le terme de management est utilisé depuis de nombreuses années mais s'est généralisé dans le discours des entreprises seulement depuis une trentaine d'année. On parlait plutôt précédemment d'organisation du travail, d'administration ou de méthodes hiérarchiques... Le terme management trouve son origine en français dans les mots manège... ménager... avec des définitions diverses : « *Le management ou la gestion est l'ensemble des techniques d'organisation qui sont mises en œuvre pour l'administration d'une entité.* » (Définition de Wikipédia) ou « *Prendre en charge un groupe de travail en lui donnant les moyens individuels et collectifs de progresser vers un meilleur équilibre efficacité / confort au service de la stratégie de l'organisation* » ...

L'organisation scientifique de travail méthode proposée par l'ingénieur américain Frederick Taylor (1856-1915) ; appelée aussi le Taylorisme. Apparue en fin du 19ème siècle elle repose sur une organisation méthodique du travail. L'Organisation Scientifique du Travail telle que la conçoit Taylor repose sur la séparation des tâches, avec des employés qui doivent se comporter en simples exécutants dans les unités de production. Taylor a introduit dans le monde du travail une division des tâches et une séparation radicale entre la conception et la production. Pour lui, l'employé n'est pas là pour réfléchir ou donner son avis, mais pour exécuter des tâches et gestes bien calculés pour lui (techniques de production, gestes, rythmes, cadences) , les employés sont encouragés par un des primes au rendement. Tout travail intellectuel et de conception doit être banni de la production pour une meilleure

⁷⁵ « De la gestion à la gouvernance - Linguattech Éditeur ».

⁷⁶ Cahier Formation « Solidaires », « L'évolution des méthodes de management ».

concertation des administrateurs de l'entreprise.

Après Taylor, Henry Ford (1863-1947) industriel américain qui produit des voitures lance le fordisme qui est un mode de développement de l'entreprise proposé et mis en œuvre pour augmenter la production. Il reprend et l'ensemble des principes de l'organisation scientifique du travail de Taylor. La division du travail est à la fois verticale qui consiste à la séparation entre conception et réalisation, et horizontale par la division des tâches. Henry Ford introduit dans ses usines le travail à la chaîne apparaît avec une standardisation permettant d'augmenter la production avec des pièces interchangeables. Le fordisme a permis l'élévation du pouvoir d'achat des employés qui ont doublé leurs salaires, pour stimuler et augmenter la consommation. Cette augmentation des salaires avait par ailleurs pour but principal de lutter contre le turn-over et la démission et les contestations des employés devenu de plus en plus fréquente, avec l'apparition du travail à la chaîne, qui rendait les conditions de travail très pénibles. Les conséquences de ces organisations se sont traduites par une hausse de productivité, une standardisation de la production pour favoriser la consommation de masse. Ces modes d'organisation permettaient la diminution des coûts de production avec des conséquences très négatives sur les travailleurs : un travail ouvrier de plus en plus répétitif et monotone qui cause l'ennui et un contrôle sévère du travail par la direction. Des mouvements sociaux importants ont marqué cette période du développement de ces organisations dont les plus importantes ont eu lieu en France dans les années 30 avec des grèves des ouvriers, notamment de l'automobile. Ces modes d'organisation de travail et ces logiques sont toujours pratiqués dans de nombreuses sociétés.

L'apparition de ces méthodes de pilotage de la production ont fait passer le capitalisme familial au capitalisme managérial. Le taylorisme et le fordisme se caractérisent notamment par un pilotage centralisé et planifié de l'organisation du travail. Ce pilotage et savoir-faire sont utilisés dans cette période au sein des entreprises du capitalisme familial (Ford, Berliet, Standard Oil, Michelin, Peugeot, Rothschild etc.) caractérisé par la présence d'un petit nombre d'actionnaires qui sont aussi les dirigeants. Ce système convient plutôt bien pour les productions standardisées. Mais les évolutions conduisent aujourd'hui les décideurs à partir

des besoins des clients à qui on propose de multiples produits, options, marques... On parle maintenant de pilotage de la production et du management par l'aval... Les familles ont laissé progressivement leur places de dirigeants aux « managers ». Alors que les entreprises gardaient l'essentiel des bénéfices pour autofinancer leur développement, on assiste à des changements en profondeur dans la gestion des entreprises et dans les Conseils d'Administration. Les managers sont formés dans les écoles de commerce plutôt que dans les écoles d'ingénieurs. Les système se base de plus en plus à la culture des résultats de l'entreprise. la vision « patrimoniale » de l'entreprise de plus en plus disparaît : le résultat compte plus que le bilan... Plusieurs méthodes de management évoluent à partir des années 1970, 1980... Pour partie importées des USA ou du Japon (Toyotisme ou lean management) , elles font, dans les discours, appel à la mobilisation des « Ressources Humaines » à l'autonomie, à l'investissement personnel.

Le management de la qualité et la gestion des risques apparaissent ainsi aux USA dans les années 70 et se développent en Europe fin des années 70 et début des années 1980... Un responsable principal fixe les objectifs de travail pour un problème particulier. Un groupe de travail de 4 à 15 personnes (des différents services de l'entreprise), se rencontrent régulièrement pour définir, analyser, choisir, proposer et résoudre les enjeux concernant la qualité dans le travail. De tous les problèmes, le groupe se focalise sur le plus important et apporte sa réflexion (brainstorming).

Le toyotisme ou le lean management est un méthode d'organisation de travail apparue dans les usines Toyota au Japon . Le toyotisme sera médiatisé et ensuite importé dans les pays industrialisée comme système de management. Selon ses promoteurs, il s'agit d'une méthode consistant à plus d'efficience par la réduction des coûts , maintenir une qualité optimale des produits tout au long de la chaîne de production notamment par la bonne gestion des stocks et l'adaptation de la production sur commande. C'est la production à flux tendu (ou production « juste à temps », ou « méthode kanban ») ... Le rôle des transports devient essentiel avec des stocks qui sont sur les routes. Dans la théorie, ce système prend l'opinions des travailleurs qui doivent contribuer à analyser les problèmes et contribuer à leur résolution d'une manière continue. En complément de ces évolutions du management, les entreprises entament de vastes mouvements de restructurations. Le développement de

la sous-traitance devient la règle. L'externalisation de tout ce qui n'est pas le coeur du métier va être délégué des entreprises. Les fournisseurs devront s'adapter, prendre en charge une partie de la conception, ils seront « associés aux risques ».

On parle de « Downsizing » pour parler des dispositifs de réduction des effectifs, la flexibilité, la précarité, les délocalisations, les processus de « fusions/acquisitions/restructurations » se multiplient. Pendant cette période, le capitalisme a pu faire miroiter pour les employés la possibilité de développer leur compétences et leur intelligence mais avec une réalité bien différente. Du capitalisme managérial au capitalisme financier... Le mouvement de libération du capital a conduit à une émancipation des logiques financières qui se diverge des logiques sociales mais aussi des logiques productives ; et la libération du capital s'est accompagnée d'une attaque contre le travail.

Cette période où les entreprises recherchent de plus en plus la production (efficacité) et plus d'efficacité, se sont accompagnées à les mouvements sociaux . La crise financière est donc un des volets d'un mouvement qui s'est traduit par une augmentation considérable de la pression sur le travail. Un profond déséquilibre s'est installé dans le rapport capital-employés. Les exigences financières à court terme dominent l'essentiel des rapports de travail. Les hiérarchies issues du métier ont été remplacées par des managers formés dans les écoles de commerce, les écoles de gestion.... La pression se développe partout au sein des entreprises et en direction des entreprises sous-traitante.

Les méthodes de management reposent désormais sur l'individualisation, le salaire au mérite, les dispositifs de participation et d'intéressement. L'infantilisation, les challenges sont sensés mobiliser les salariés...Les évaluations du travail sont devenues de plus en plus extérieures au travail et reposent sur des grilles et des indicateurs de performance et de rentabilité qui traduisent la pression financière jusqu'au poste de travail. D'un côté, le discours reste celui de la qualité totale certifiée au client mais de l'autre l'exigence de produire sans s'embarrasser des détails conduit à une dégradation souvent importante de la qualité de la vie telle qu'elle est vécue par les employés. Dans cette situation, ceux qui ne sont pas obéissants sont exclus. Des consultants se spécialisent dans le coaching, et la psychologie du travail, Outre la généralisation des contrats précaires, pousse une partie des salariés à travailler pour les entreprises individuelle en temps qu'auto-entrepreneur. Les

conséquences des évolutions des organisations du travail font de nombreux dégâts sur la vie et la santé des travailleurs. Les maladies professionnelles et les accidents du travail augmentent. Le lien entre les troubles anxieux et la dépression figurent parmi les troubles mentaux et les évolutions de l'organisation du travail est de plus en plus souvent observé. sans parler de leur impacts néfastes sur l'environnement.

D. Objectif :

Comparaison des systèmes de management du système hospitalier et de leur évolution en Algérie et en France dans le but de tirer des enseignements pour définir des pistes de progrès dans la gestion des moyens publics et dans la qualité des prises en charge en Algérie. En respectant les objectifs précédemment cités : efficacité, efficience, bien-être du capital humain, l'environnement, l'éthique sera largement discutée dans la troisième partie de thèse.

E. Méthodologie :

Comparaison des textes et de leur évolution, relatifs à l'organisation et à la gouvernance du système hospitalier au niveau national et régional ainsi qu'au niveau des hôpitaux

Observer les pratiques de management dans un établissement hospitalier français et un établissement hospitalier algérien :

- Auprès d'une équipe de direction : effectuer des entretiens auprès des chefs d'établissement et des directeurs adjoints chargés des différents secteurs
- Effectuer des entretiens auprès de chefs de pôle, de responsables de structure interne (chefs de services ou responsables d'unité fonctionnelle), de cadres de santé et administratifs (pôle et structures internes), en France
- Effectuer des entretiens auprès de quelques chefs de service dans un établissement hospitalier algérien
- Assister à des instances de direction

- Étudier les documents (rapport d'activité, tableaux financiers, tableau des emplois, tableau prévisionnel des emplois rémunérés, Analyse budgétaire, tableaux des emplois, organigrammes, fiches de poste, comptes rendus d'instances...)
- Se référer à la revue de la littérature

F. Résultats : Évolution de la gouvernance Hospitalière :

Remarque : Dans ce chapitre la partie qui concerne la France est plus riche et volumineuse que celle qui concerne l'Algérie ; ce n'est pas par manque de documentation ou de références bibliographiques, mais plutôt par :

- Manque de réformes de gestion hospitalière en Algérie
- Les enseignements des expériences françaises sont plus intéressants à étudier.

Évolution de la gestion des deux systèmes hospitaliers, et les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison

En se basant sur une comparaison des pratiques managériales dans deux Hôpitaux (français et algérien)

Hôpitaux concernés :

- France : Hôpitaux universitaires Est Parisien AP-HP (HUEP).
- Algérie : Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha Pacha.

REPÈRES ET CHIFFRES CLÉS

PLUS DE **1,1** MILLION DE PATIENTS PRIS EN CHARGE*

192 930
SÉJOURS EN MCO⁽¹⁾
DONT **79 435** EN
HOSPITALISATION COMPLÈTE
ET **113 495** EN
HOSPITALISATION PARTIELLE

637 751
CONSULTATIONS
EXTERNES

175 239
PASSAGES AUX URGENCES
14 930 GYNÉCOLOGIQUES
52 894 PÉDIATRIQUES

4 020
PERSONNES ACCUEILLIES
DANS LES PASS

296 GREFFES

107 976 JOURNÉES EN SSR⁽²⁾

11 543 JOURNÉES EN SLD⁽³⁾

20 545 EN PSYCHIATRIE

5 668 ACCOUCHEMENTS

35 984
ACTES OPÉRATOIRES

DONT **8 515**
EN AMBULATOIRE

DANS **28** SALLES DE
BLOCS CHIRURGICAUX
ET **6** SALLES DE SSPI

26 PROGRAMMES D'ETP⁽⁴⁾

UN GROUPE
HOSPITALIER
D'ENVERGURE

14 PÔLES

2 DHU

86 SERVICES

3 PASS⁽⁵⁾

1 893 LITS DONT

365 PLACES D'HÔPITAL
DE JOUR DONT

34 EN CHIRURGIE
AMBULATOIRE

38 CENTRES DE
RÉFÉRENCE MALADIES RARES

5 COORDONNATEURS

1 CO-COORDONNATEUR

30 CONSTITUTIFS

2 CENTRES DE COMPÉTENCES

UN HÔPITAL
UNIVERSITAIRE

326 PROJETS
DE RECHERCHE
EN COURS

31 PHRC

520 ESSAIS
INDUSTRIELS

245 ESSAIS
ACADÉMIQUES

1 588
PUBLICATIONS
SCIENTIFIQUES

254 ESSAIS
INSTITUTIONNELS

8 INSTITUTS SPÉCIALISÉS

1 CENTRE INTÉGRÉ D'ONCOLOGIE

8 CENTRES EXPERTS

1 CIC

1 PLATEFORME DE RESSOURCES
BIOLOGIQUES

PLUS DE **10 200**

PROFESSIONNELS AU SERVICE DES PATIENTS

862
MÉDECINS
SENIORS⁽¹⁾
SOIT **1 423** PERSONNES

5 987 PERSONNELS
SOIGNANTS (HOSPITALIERS,
MÉDICO-TECHNIQUES ET
SOCIO-ÉDUCATIFS)
DONT **2 246** INFIRMIER-ES⁽¹⁾

464 INTERNES

826 ÉTUDIANTS
HOSPITALIERS

1 349 PERSONNELS⁽¹⁾
ADMINISTRATIFS,
TECHNIQUES ET OUVRIERS

UN BUDGET DE **825** M€

32,9 M€ D'INVESTISSEMENT

CINQ HÔPITAUX ACCUEILLANT

15 REPRÉSENTANTS DES USAGERS ET DES FAMILLES

54 ASSOCIATIONS ET **100** BÉNÉVOLES INVESTIS
AUPRÈS DES PATIENTS

UN CENTRE
D'ENSEIGNEMENT

1 511 ÉTUDIANTS EN MÉDECINE
ODONTO ET PHARMACIE DANS LES
FACULTÉS PARIS 6, 7 ET 11

* Nombre de prises en charge de patients tous types de prises en charge (hospitalisations en MCO, SSR, SLD, psychiatrie, consultations et urgences)
⁽¹⁾ ETP : équivalent temps plein. ⁽²⁾ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique. ⁽³⁾ SSR : soins de suite et de réadaptation. ⁽⁴⁾ SLD : soins de longue durée.
⁽⁵⁾ PASS : Permanence d'accès aux soins de santé. ⁽⁶⁾ ETP : éducation thérapeutique du patient.

Comparaison sur terrain, les chiffres clés :

	<i>France (HUEP)</i>	<i>Algérie (CHU Mustapha)</i>
<i>Budget</i>	825 M€	65M€
<i>1893 lits d'hospitalisations</i>	1893 lits d'hospitalisations	1447 Lits et 44 berceaux
<i>Pôles et services</i>	14 PÔLES 86 SERVICES 2 DHU départements hospitalo-universitaires 3 PASS Permanence d'accès aux soins de santé	47 services dont 31 medio chirurgical
<i>Nombre d'hospitalisations complètes</i>	1,1 MILLION DE PATIENTS PRIS EN CHARGE	46745 admissions
<i>Journées d'hospitalisation</i>	-192 930 SÉJOURS EN MCO DONT 79 435 EN HOSPITALISATION COMPLÈTE ET 113 495 EN HOSPITALISATION PARTIELLE -107 976 JOURNÉES EN SSR - 11 543 JOURNÉES EN SLD - 20 545 EN PSYCHIATRIE	288021
<i>PASSAGES AUX URGENCES</i>	175 239 PASSAGES AUX URGENCES	186 000 passages aux urgences
<i>ACCOUCHEMENTS</i>	5 668 ACCOUCHEMENTS	6 491 (2535 césariennes)
<i>Effectif personnel</i>	10 200	4 546
	Personnel médical 1 423 dont 862 médecins seniors	Personnel médical 744
	2 246 INFIRMIER-ES	Para médical 1696
	1 349 PERSONNELS (1) ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES ET OUVRIERS	Personnel administratif 345
		Techniciens 71
		Personnel de service 428
	464 Internes	Résidents 1262
	826 ÉTUDIANTS HOSPITALIERS	Etudiants non renseigné

Organigrammes :



-Organigramme de la Gouvernance du Groupe Hospitalier HUEP-

Direction Générale

Le secrétaire
Général

- Bureau d'ordre général
- Bureau de l'information et de la communication
- Bureau de la sécurité et de la surveillance générale
- Le bureau des marchés, du contentieux et des affaires juridiques

Le conseil d'administration
Le conseil scientifique

CHU MUSTAPHA

Direction des Ressources
Humaines

Direction des Finances
et du contrôle

Direction des
Moyens Matériels

Sous-direction du
personnel :

- Bureau de la gestion des carrières
- Le bureau des effectifs et de la régulation et de la solde

Sous-direction de la
formation :

- Bureau de la formation
- Bureau de la documentation

Sous-direction des
finances :

- Bureau du budget et de la comptabilité
- Bureau des recettes et des caisses

Sous-direction de l'analyse
et de l'évaluation des
coûts :

- Bureau de l'analyse et la maîtrise des coûts
- Bureau de la facturation

Sous-direction des services
économiques :

- Bureau des approvisionnements
- Bureau de la gestion des magasins et des inventaires
- Bureau de la restauration et de l'hôtellerie
- Sous-direction des produits pharmaceutiques et du consommable
- Sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Direction des activités médicales et Paramédicales :

Sous-direction des activités médicales

- Bureau d'organisation et de l'évaluation des activités médicales
- Bureau de la permanence des urgences
- Bureau de la programmation et du suivi des étudiants

Sous-direction des activités
paramédicales :

- Bureau de l'organisation et de l'évaluation des activités paramédicales
- Bureau des soins infirmiers
- Bureau de suivi des stagiaires

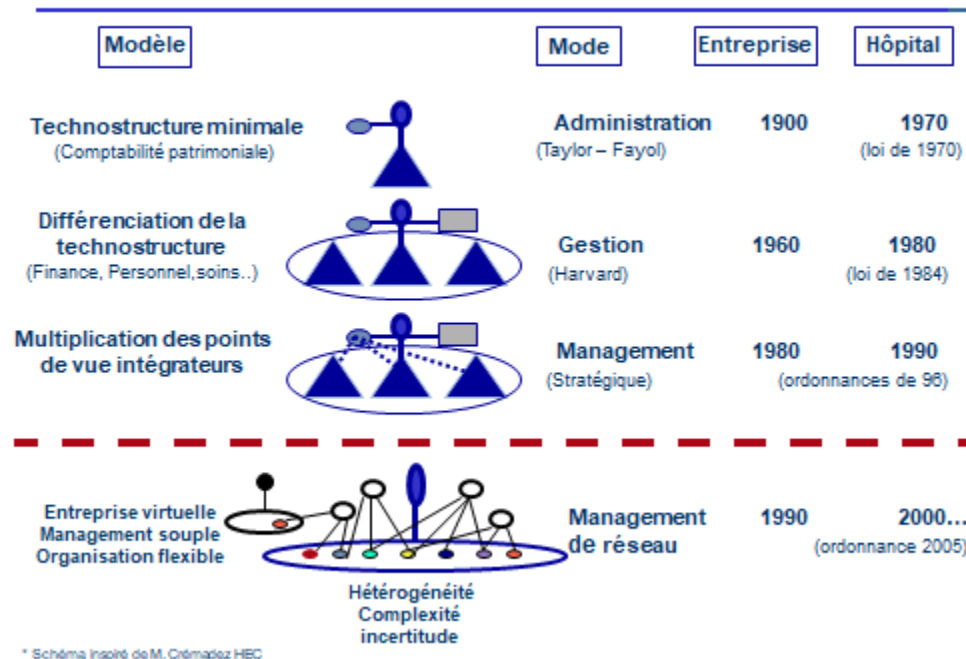
Sous-direction de la gestion
administrative du malade :

- Bureau d'admission des malades
- Bureau de l'accueil, de l'orientation et des activités socio-thérapeutiques

▪ L'Organisation :

« De l'organisation, hiérarchique pyramidale au management en réseaux... »

Evolutions organisationnelles des entreprises et de l'hôpital



L'organisation interne des établissements hospitaliers en France a connue beaucoup d'évolutions, elle s'est inspirée des méthodes managériales des entreprises (publiques ou privées plus ou moins capitalistes) cependant les hôpitaux en Algérie sont toujours sous une forme d'organisation tirée des entreprises socialistes de l'époque soviétique gérées avec un mode de gestion « administrative » souvent très bureaucratique.

Parmi les aspects de l'accompagnement des évolutions managériales :

Le changement des anciennes terminologies comme la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, et le conseil exécutifs en directoire.

L'observation et la comparaison des organigrammes montre un modèle nettement plus développé face un autre plus archaïque.

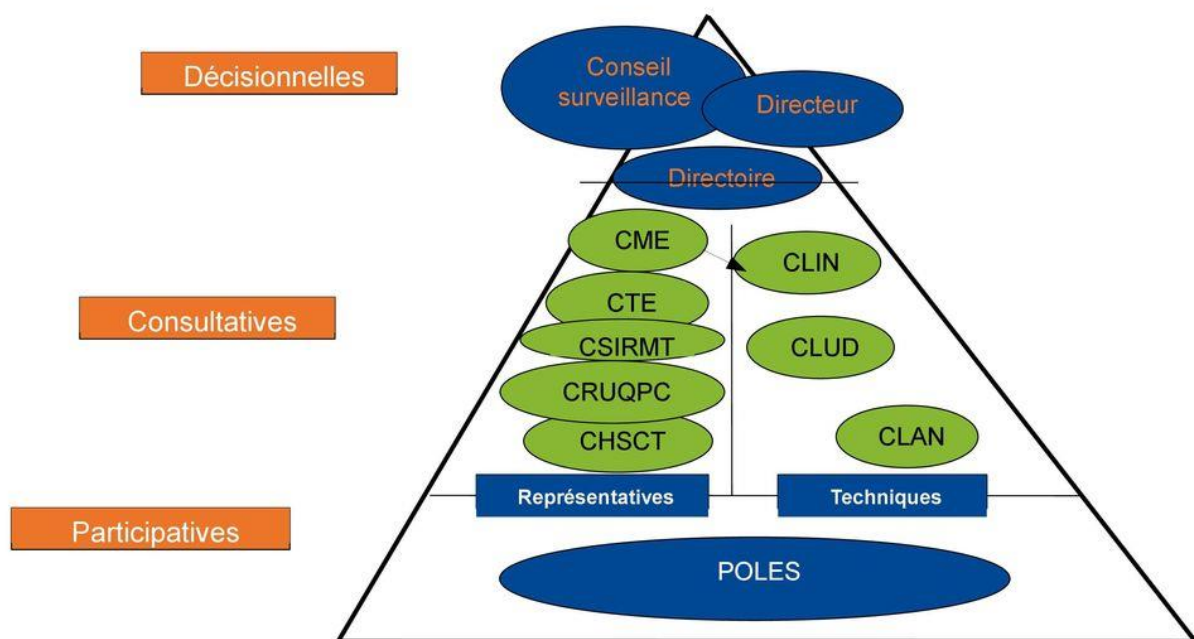
Apparition de nouvelles directions comme Direction de la qualité et gestion des risques comme dans les entreprises capitalistes cette direction est toujours absente dans les hôpitaux algériens.

Apparition d'une direction de la « gestion et organisation du parcours du patient » et les pôles qui traduit que le management de l'hôpital est fondé sur les attentes explicites et implicites des usagers (des clients en entreprise) pour un meilleur fonctionnement de l'hôpital.

L'hôpital en France à l'air du numérique est entièrement informatisé, cependant dans le CHU Mustapha j'ai constaté l'absence d'une direction d'informatique (il existe seulement un petit bureau d'informatique).

Ces organisations internes et externes des différentes directions et sous-directions sont mieux étudiées dans les chapitres suivants.

Schéma de fonctionnement: les instances



-Voir chapitre la liste des abréviations -

▪ La gouvernance interne des établissements de santé

L'organisation interne HPST, et les organisations antérieures des services et des pôles ...

France :

1) Un pilotage interne à trois niveaux

La transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance :

- Trois catégories de représentants :
 - Les collectivités territoriales : dont le maire siège de la commune d'implantation ou son représentant, et le président du conseil général ou son représentant
 - Les personnels médicaux et non médicaux : dont un représentant élu par la commission des soins, les autres membres étant désigné à parité par la CME et les organisations syndicales les plus représentatifs aux élections du CTE
 - les personnes qualifiées dont les 3 représentants des usagers désignés par le préfet et 2 représentants désignés par le DG de l'ARS. Cinq représentants au plus par catégories. Nombre de représentants identiques par catégorie.
- Le président est désormais élu par le conseil de surveillance parmi les personnes représentant les collectivités territoriales ou les personnes qualifiées. Qu'en est-il du rôle du maire ou du président du conseil général, président du conseil d'administration de droit.
Personnes assistant la voix consultative : le vice-président du directoire (président de la CME), le DG de l'ARS, représentant de la structure chargée de la réflexion éthique au sein des EPS, le directeur de la caisse d'assurance-maladie, le représentant des familles des personnes accueillies dans les établissements de soins de longue durée.

Conseil de Surveillance – compétences :

- Le conseil de surveillance dispose d'une compétence ramenée à la stratégie de l'établissement, et aux fonctions de surveillance et de contrôle de la gestion menée par le directeur et le directoire.

- Conseil de surveillance délibère sur : le projet d'établissement, la convention hospitalo-universitaire, le compte financier, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement, le statut des fondations hospitalières créées par l'établissement, les conventions constitutives de communautés hospitalières de territoire, et les conventions intervenant entre eux les EPS, et un des membres du directoire ou du conseil de surveillance.

- Conseil de surveillance donne des avis surs : la politique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité soins, les acquisitions aliénations échanges d'immeubles, les baux de plus de 18 ans les baux emphytéotiques, le règlement intérieur. Il entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et sur le programme d'investissement. Le conseil de surveillance dispose de moyens d'investigation : transmet ses observations au directeur général de l'ARS sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement, peut opérer des vérifications et des contrôles, se faire communiquer tous les documents nécessaires à sa mission. Si les comptes sont soumis à cette certification, le conseil de surveillance de normes le commissaire aux comptes

Réduction des attributions du conseil de surveillance, mais renforcement de sa dimension dans la stratégie et le contrôle dans la gestion de l'établissement.

Conseil de surveillance - Régime d'approbation des délibérations :

- . Tutelle sur les délibérations du conseil de surveillance a posteriori avec délibération exécutoire de plein droit

- les délibérations relatives à la constitution des CHU, au rapport annuel d'activité de l'établissement, et au statut des fondations hospitalières deviennent exécutoires après deux mois. Droit d'opposition du DG de l'ARS.

- Les délibérations portant sur le compte financier l'affectation du résultat sont exécutoires de plein droit dès réception

Une direction collégiale à travers la mise en place d'un directoire - Composition :

Le directoire remplace le conseil exécutif,

Le directeur est président de droit, le président de la CME est vice-président de droit.

Il est composé de sept à neuf membres (CHU) nommés et le cas échéant révoqués par le directeur, à l'exception du président de la commission des soins, qui est membre de droit.
Composition en très grande majorité de médecins,

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. . Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le pouvoir de décision final appartient au directeur.

Le directeur dispose d'une compétence étendue, et de la capacité de décision finale :

- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Arrête, conjointement avec le président de la CME, la politique d'amélioration de la qualité,
- Arrête le bilan social,
- Détermine les programmes d'investissement après avis de la CME,
- Fixe l'EPRD et arrête le compte financier,(état des prévision des recettes et des dépenses).
- Arrête l'organisation interne de l'établissement,
- Conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,
- Arrête, conjointement avec le président de la CME, la politique d'amélioration de la qualité,
- Détermine les programmes d'investissement après avis de la CME,
- Arrête l'organisation interne de l'établissement,

La déconcentration de la gestion dans le cadre des pôles d'activité constitue le troisième niveau dans l'organisation et le pilotage des établissements

2) Une responsabilisation accrue

Double mouvement : d'une planification renforcée, à une autonomie plus grande dans l'organisation interne:

Pilotage et encadrement de la place des établissements et de leur niveau de soins dans les territoires de santé définie par l'État à travers la planification et déconcentration plus en large de la mise en œuvre de la politique décidée, par une liberté plus grande d'organisation donnée aux établissements et alors dirigeant

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement se trouvent en charge d'une responsabilité plus large dans la conduite des projets et des actions développés par l'établissement.

Le conseil de surveillance se voit doté d'une fonction de contrôle et de suivi dans l'exécution de la gestion

Le cadre d'action va être fixé par le directeur général de l'ARS:

-Définition de la place de l'établissement dans l'organisation territoriale de la santé et du social. Renforcement de la logique de territorialisation de la santé, du social et médico-social et de la médecine libérale,

-Définition du niveau de soins dévolu à chacun des établissements. Développement d'une logique de réseau avec mise en place d'outils juridiques de partenariat publics et privés, de coopération et de recomposition sur la base du volontariat, de l'incitation forte, ou de la contrainte.

Chaque établissement devra définir une double stratégie :

- Positionnement au sein de l'espace territorial dans le champ de la santé et du social par la recherche de complémentarité, de partenariat ou de restructuration et de fusions avec des structures publiques ou privée et des professionnels de santé libéraux.

- Réorganisation et restructuration interne (fusion de services, création d'activités, renforcement d'activité, abandon d'activités notamment par concession), afin d'adapter l'outil de production à la réponse la plus adaptée aux besoins de la population. Regroupement d'activités à l'intérieur de l'établissement, répartition des parts de marché avec les autres

partenaires, développement du travail en réseau particulièrement avec la médecine libérale et les acteurs sociaux et médico-sociaux

3) Une généralisation de la contractualisation

Le contrat devient le mode de général d'articulation des relations entre les intervenants dans le domaine des établissements :

- Contractualisation dans l'exécution des missions de service public
- Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- Contrat de pôle
- Contractualisation des fonctions de direction hospitalière
- Possibilité de recours recourir à des médecins cliniciens contractuels
- contractualisation des rapports entre les établissements publics dans le cadre des communautés hospitalières de territoire
- Convention constitutive des groupements de coopération sanitaire

- Le contrat va remplacer la logique de gestion des établissements par projet
- Le contrat précède, dans beaucoup de cas la mise en place du projet. Le projet de pôle, ou le projet d'établissement devient un instrument d'exécution du contrat de pôle, ou du contrat pluriannuel d'objectif de moyen
- La logique de l'élaboration des objectifs de l'établissement dans le cadre des projets

4) De nouveaux outils juridiques

La Communauté Hospitalière de Territoire (ex CHT) – Constitution :

. Constituée entre les établissements publics de santé avec possibilité d'associer les établissements publics médico-sociaux pour participer à des actions dans un cadre conventionnel,

. Un établissement ne peut adhérer qu'à une CHT,

. Constitution de la CHT peut être proposée par les présidents de conseil de surveillance,

. Convention de CHT préparée par les directeurs et les présidents de CME.

.. . Approbation des directeurs des établissements concernés après avis des conseils de surveillance, Approbation par le directeur général de l'ARS.

Soumission pour avis au préfet des départements dans la ou les régions concernées

La Communauté Hospitalière de Territoire (ex CHT) – Objectifs :

Mettre en œuvre une stratégie commune et gérer des activités en commun grâce à des délégations ou à des transferts de compétences,

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) - Convention de communauté :

. Projet médical commun, compétences et activités déléguées ou transférées, cessions ou échanges de biens meuble ou immeubles. Modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des projets d'établissement et des plans d'investissement,

Modalités de coopération des établissements en matière de ressources humaines et des systèmes d'information. Fixation éventuelle des tarifs aux prestations réciproques.

Composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs des personnels de l'établissement siègent de la CHT. Le cas échéant, modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires, et les établissements sociaux et médico-sociaux publics.

La Communauté Hospitalière de Territoire (ex CHT) -Commission de communauté :

- . Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'ARS la conclusion d'une convention de CHT,
- . Regroupe les présidents des conseils de surveillance les présidents de CM1 et les directeurs des établissements partenaires,
- . Suivi de l'application de la convention, les propositions pour sa mise en œuvre ou pour améliorer la stratégie commune.

La Communauté Hospitalière de Territoire (ex CHT) – fonctionnement:

- . Désignation de l'établissement siège de la communauté par des règles de majorité qualifiée (adoption par au moins deux tiers des conseils de surveillance représentant au moins les trois-quarts des produits versés par l'assurance-maladie au titre des activités de MCO), Possibilité de créer des instances communes de représentation et de consultation du personnel dans le cadre de la CHT, les modalités sont précises prévues en ce qui concerne les transferts des biens meuble ou immeubles entre établissements, les droits de mutation et les conditions de cession ou d'échange.

Le groupement de coopération sanitaire –constitution :

- Possibilité d'être titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et d'autorisation d'équipements lourds
- Constitué par les établissements publics, les établissements privés de santé et médico-sociaux, avec possibilité d'adhésion des professionnels médicaux et non médicaux libéraux, des centres de santé et pôles de santé à titre individuel ou en société
- Personne morale de droit public (composition exclusive par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels de santé libéraux, ou si la majorité des apports vient de personnes de droit public) ou de droit privé (composition exclusive de

personnes de droit privé, ou si la majorité des apports vient de personnes de droit privé) constituée sans but lucratif, avec ou sans capital.

-La comptabilité du groupement est soumise soit aux règles de la comptabilité publique avec un agent comptable, soit aux règles de la comptabilité privée avec certification des comptes par un commissaires aux comptes. Le groupement de coopération sanitaire peut être employeur

Le groupement de coopération sanitaire- Objectifs :

-organiser ou gérer des activités logistiques de support, des activités techniques et médicaux techniques, d'enseignement ou de recherche

-Réalisation gestion d'équipements lourds.

-Intervention commune des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements, centre de santé aux groupements ainsi que les professionnels de santé membres du groupement.

Le groupement de coopération sanitaire - Organisation du GCS établissement public de santé :

-Application des droits et obligations gérant aux établissements publics de santé,

-Convention constitutive : composition d'un conseil de surveillance de 15 membres avec les trois catégories de représentants du conseil de surveillance des EPS,

. Fonctions d'administrateur du groupement exercé en plus des fonctions du directeur,

. Application des règles de tarification des activités facturées relevant des règles des EPS.

Le groupement de coopération sanitaire – Fonctionnement mixte public – privé:

- Droit d'option pour le GCS constitué entre établissements de santé publics et privés, entre les tarifs d'hospitalisation des établissements de santé publique ou des établissements de santé privé. Modalités réglementaires à préciser,
- La rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire déduction faite de la redevance représentative des moyens mis à disposition,
- Lorsque la rémunération du GCS est réalisée sur la base des tarifs d'hospitalisation des établissements privés, les honoraires du médecin lui sont versés directement par l'assurance maladie lorsqu'il est libéral, et au GCS lorsqu'il est salarié.

Le groupement de coopération sanitaire – Mise en œuvre:

- Les réseaux de santé peuvent être constitués en GCS
- Si le GCS met en œuvre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, la dotation de financement peut être versée directement à l'établissement constitué,
- Possibilité de rémunérer forfaitairement ou à l'acte dans des conditions fixées par la voie réglementaire, la permanence des soins assurés par des professionnels libéraux médicaux dans le cadre du GCS
- Les syndicats inter hospitaliers sont transformés sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle à titre obligatoire en.

Groupe hospitalier de territoire GHT : « des professionnels qui se coordonnent pour améliorer l'accès aux soins »

Un groupement hospitalier de territoire (GHT) est un dispositif qui régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire. Ils sont définis dans les articles L6132-1 à L6132-7 [archive] du code de la santé publique. Les GHT n'ont pas la personnalité morale. **Ça remplace les CHT**

Le GHT, c'est une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie collective est formalisée dans un projet médico-soignant partagé conçu par les professionnels pour leurs patients et garantit une offre de proximité, de référence et de recours.

Le GHT, c'est une politique qualité partagée pour améliorer le service rendu au patient. Il s'agit d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire.

Le GHT, c'est un terrain d'innovation pour développer des modes de prise en charge innovants : médecine ambulatoire, chirurgie ambulatoire, télémédecine...

Le GHT, c'est la mutualisation de fonctions supports (SI, DIM, achats) pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire.

Le 5 juillet 2016, Marisol Touraine officialise la création de 135 groupements hospitaliers de territoire , 891 hôpitaux regroupés en 135 GHT dont la taille varie de 2 à 20 établissements.

Le GHT est constitué par des établissements publics de santé, dans le cadre d'un schéma arrêté par l'Agence Régionale de Santé. Il comprend un établissement dit « support », chargé d'assurer la mutualisation de certaines fonctions (achats, système d'information, formation,) et des établissements parties. Selon le Code de la Santé Publique, la gouvernance du GHT repose sur six instances qui en déterminent la stratégie et contribuent à son fonctionnement.

Ce nouveau mode de coopération s'établit autour d'un « projet médical partagé » par tous les établissements membres. Le GHT va aussi favoriser le déploiement de la chirurgie ambulatoire ou de la télémédecine. Enfin le regroupement vise également à réduire les coûts par le partage des fonctions support (système d'information, DIM, achats, etc.).

En inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée des besoins de la population et de l'offre de soins, les GHT ont pour vocation de renforcer les complémentarités et de donner une plus grande visibilité aux filières de soins. La réforme des GHT impose aussi la création d'un dossier patient unique au sein de chaque territoire, afin de faciliter l'accès aux examens déjà réalisés, à leurs résultats, aux antécédents du patient.

Algérie :

Les centres hospitaliers et les centres hospitalo-universitaires ont toujours une organisation traditionnelle : « Conseil d'administration » et Conseil de surveillance appelé « conseil scientifique »

Le conseil d'administration comprend :

- *Le représentant du ministre chargé de la santé, président*
- *Un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur*
- *Un représentant de l'administration des finances*
- *Un représentant des organismes de sécurité sociale*
- *Un représentant des assurances économiques*
- *Un représentant de l'assemblée populaire de la commune siège du centre hospitalo-universitaire*
- *Un représentant des travailleurs élu en assemblée générale*
- *Un représentant de l'assemblée populaire de la wilaya siège du CHU*
- *Un représentant des spécialistes hospitalo-universitaires élu par ses pairs*
- *Un représentant des personnels médicaux élu par ses paires*
- *Un représentant des personnels paramédicaux élu par ses paires*
- *Un représentant du conseil scientifique du CHU*
- *Le directeur général du CHU participe aux délibérations du conseil d'administration avec voix consultative et en assure le secrétariat*

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour un mandat de trois ans renouvelables, par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition des autorités dont ils relèvent. Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux et il délibère sur :

- *Le plan de développement à court et moyen terme*
- *Le projet de budget de l'établissement*
- *Les comptes prévisionnels*
- *Le compte administratif*
- *Les Projets d'investissements*
- *Les projets d'organigramme des services*
- *Les programmes annuels d'entretien et de maintenance des bâtiments et des équipements*
- *Les contrats relatifs aux prestations de soins conclus avec les partenaires du centre hospitalo-universitaire, notamment les organismes de sécurité sociale, les assurances économiques, les mutuelles, les collectivités locales et autres institutions et organismes*
- *Les conventions*

- *Le règlement intérieur de l'établissement*
- *Les acquisitions et aliénations de biens meubles, immeubles et les baux de location*
- *L'acceptation ou le refus des dons et legs* ⁷⁸

Le conseil scientifique comprend :

- *Les chefs de services*
- *Le directeur de l'établissement de formation supérieur concerné ou son représentant et s'il y lieu, les responsables des unités de recherche*
- *Deux à trois membres désignés par le Directeur Général du CHU parmi la communauté scientifique de l'établissement*
- *Un docteur et un maître assistant élus par leurs pairs pour une durée de trois ans*
- *Un paramédical désigné par le Directeur Général dans le grade le plus élevé du corps des paramédicaux*

Le conseil scientifique élit en son sein un président pour une durée de trois ans renouvelables et il est chargé de donner des avis, notamment sur :

- *L'établissement des liens fonctionnels entre les services médicaux*
- *Les projets de programmes relatifs aux équipements médicaux, aux constructions et réaménagements des services médicaux*
- *Les programmes de santé et de population*
- *Les programmes des manifestations scientifique et technique*
- *La création ou la suppression de structures médicales*
- *Les conventions de formation et de recherche en sciences médicales*

Le conseil scientifique propose toutes mesures de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et chirurgicaux de soins et de prévention, la répartition des personnels, en relation avec les activités des services, l'élaboration des programmes de formation et de recherche en science médicales et évalue l'activité des services en matière de soins, de formation et de recherche.

Le conseil scientifique peut être saisi par le directeur général du centre hospitalo-universitaire de toute question à caractère médical, scientifique ou de formation.

Il peut faire appel en consultation à toute personne susceptible de l'éclairer dans ses travaux.⁷⁹

⁷⁸ « Conseil d'administration - CHU Mustapha | Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Hopital Mustapha, CHU Alger, CHU Algérie, Soins Alger - Algérie, Santé, Médecine ».

⁷⁹ « Conseil Scientifique | Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Hopital Mustapha, CHU Alger, CHU Algérie, Soins Alger - Algérie, Santé, Médecine ».

▪ Gouvernance externe des établissements de santé

France :

« Agences, directions centrales, instituts... le trop plein »

Caractéristiques :

I- Une régionalisation de l'organisation et de la décision dans un cadre centralisé :

- Un cadre d'action régionalisée
- Une logique de centralisation développée
- Une promotion des politiques de santé publique et de prévention

II- Un élargissement et une exécution diversifiée des missions de service public

- La conception extensive du service public
- La diversification dans la réalisation des missions de service public

III- Une triple révolution dans l'organisation des établissements :

- Un pilotage des établissements à trois niveaux
- Une responsabilisation accrue
- Une généralisation de la contractualisation

IV- Une réorganisation des établissements par pôle d'activité

- La recomposition des activités de soins et médico-techniques.
- Logique de recherche de l'efficience
- Évolution introduite par les ordonnances de 2005

V- un regroupement des Hôpitaux par GHT

Un processus de planification modernisé et élargi

1) Un cadre régionalisé

Le projet régional de santé : colonne vertébrale de la politique régionale de santé :

- Plan stratégique régional de santé,
- Mis en œuvre de programmes spécifiques : prévention soins aux plus démunis, télémédecine

-Trois Schémas régionaux de mise en œuvre : prévention, organisation des soins et organisations médico-sociales :

a) Schéma régional de prévention :

- La prévention, promotion de la santé, santé et environnement et sécurité sanitaire,
- Le financements dédiés à titre exclusif à ces actions.

b) Schéma régional d'organisation des soins :

- Évolution et adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé. Respect de l'efficacité et de l'accessibilité,
- Adaptation et complémentarité entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé et les structures regroupant les professionnels de santé libéraux,
- Par territoire de santé sont déclinés les besoins pour l'exercice des soins notamment en matière de professionnels de santé libéraux, de pôle, des centres et maisons de santé, des laboratoires et réseaux de santé,
- Modalités à définir pour assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé des maisons, pôle et centre de santé,
- coordination entre les différents centres de santé ; Projet doit tenir compte de l'offre de soins des régions limitrophes
- Objectifs de l'offre de soins par activité dans toutes les disciplines et d'équipement matériel lourd ;
- Transformation et regroupements d'établissements de santé ainsi que les coopérations ;
- Répartition de l'exécution des missions de service public ; Autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Possibilité d'un schéma interrégional d'organisation des soins.

c) Schéma régional d'organisation médico-sociale :

- Veille à l'articulation niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale,
- Articulé avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie, adoptés par les conseils généraux de la région,
- Affectation des moyens financiers relevant des agences régionales de santé,

-Principe de fongibilité : possibilité de transfert d'enveloppes entre diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et développement des crédits correspondant aux activités médico-sociales. Financement des établissements et services assurés.

Le programme pluriannuel régional de gestion des risques :

- Actions nationales et régionales arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé visant à prévenir les risques en matière de santé et médico-sociaux.
- Contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale santé, les directeurs des organismes et l'assurance-maladie.

L'agence régionale de santé - organe de décision, de mise œuvre et d'évaluation :

- Constituée sous la forme d'un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé des personnes âgées et des personnes handicapées,
- Concourt à l'échelon régional et infra régional aux objectifs de la politique nationale de santé, à la mise en œuvre de l'action sociale et médico-sociale, et aux objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie,
- Assisté d'une conférence régionale de santé de l'autonomie (définition des objectifs et actions de l'agence dans ces domaines) et de deux commissions coordination des politiques publiques de santé: domaine de la prévention de la santé scolaire de la santé au travail, la protection maternelle et infantile, .domaine de la prise en charge et des accompagnements médicosociaux

ARS- Les compétences :

Mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau régional :

- veille sanitaire, organisations des urgences sanitaires et de la gestion des situations de crise,
- programme annuel du contrôle du respect des règles d'hygiène,
- Promotion de la santé et de l'éducation et de la prévention.

Régulation orientations et organisation de l'offre des services de santé, des services médicosociaux :

- évaluation et promotion de la qualité des formations des professionnels de santé, autorisation de création des activités des établissements, répartition territoriale de l'offre de soins permettant de satisfaire les besoins de la population,
- Mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé,
- Qualité et sécurité des actes médicaux,
- Accès aux soins et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité,
- Action régionale dans le cadre des programmes nationaux de gestion des risques,
- Participation à l'élaboration et la mise en œuvre du volet culturel.

Régulation orientations et organisation de l'offre des services de santé, des services médico-sociaux :

- évaluation et promotion de la qualité des formations du professionnels de santé, autorisation de création des activités des établissements, répartition territoriale de l'offre de soins permettant de satisfaire les besoins de la population,
- Mise en œuvre d'un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé,
- Qualité et sécurité des actes médicaux,
- Accès aux soins et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité,
- Action régionale dans le cadre des programmes nationaux de gestion des risques,
- Participation à l'élaboration et la mise en œuvre du volet culturel.

ARS - Dirigée par un directeur général nommé par décret en conseil des ministres, doté de larges pouvoirs:

- Prépare et exécute le budget de l'agence et arrête le compte financier,
- Arrête le projet régional de santé,
- Conclu avec les collectivités territoriales pour le compte de l'État les conventions et délivre les habilitations aux organismes chargés de la prise en charge de la santé et du médico-social,
- Délivre les autorisations d'activité et d'équipements lourds,
- Peut recruter sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé,
- Désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur, et de secrétaire général dans les établissements publics de santé,
- Peut ester en justice,
- Peut déléguer sa signature.

ARS- Les personnels de l'agence :

- Recrutés parmi les fonctionnaires, les agents contractuels de droit public, les agents contractuels de droit privé les personnels des organismes d'assurance maladie,
- Instauration d'un comité d'agence permettant l'organisation de la consultation des personnels et d'assurer la représentation des personnels de droit privé, doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.
- Instauration d'un comité d'hygiène, de sécurité des conditions de travail au sens du code du travail,
- Nomination de délégués syndicaux salariés protégés et possibilité de création de sections syndicales au sens du code du travail.

ARS- le conseil de surveillance :

- Composé de représentants de l'État, de représentants des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance-maladie, de représentants des collectivités territoriales, de représentants des patients, de personnes âgées et handicapées, Le régime d'incompatibilité et d'incapacité à siéger au conseil de surveillance,
- Présidé par le préfet de région,
- Compétences : Il approuve le budget de l'agence sur proposition de son directeur général et approuve son compte financier. Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Il émet un avis sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence une fois par an, Il émet un avis sur les résultats de l'action de l'agence.

ARS- la conférence régionale de la santé de l'autonomie :

- Organisme consultatif composé de plusieurs collèges : collectivités territoriales. Usagers et associations. Conférences de territoire. Organisations représentatives des salariés. Organisations représentatives des employeurs et des professions Indépendantes. Professionnels du système de santé. Organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, organismes de protection sociale.
- Il donne des avis sur la politique régionale de santé : organisme d'expression des représentants des usagers, évaluation de la qualité de la prise en charge.
- Il organise le débat public sur les questions de santé.
- Les avis donnés sont rendus public

ARS- conseil national de pilotage des agences régionales de santé :

- Ministre chargé de la santé de l'assurance-maladie des personnes âgées et des personnes handicapées, préside ce conseil national. Réunit des représentants de l'État, des établissements publics, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des représentants des organismes nationaux d'assurance-maladie,
- Compétences : elle donne des directives aux agences régionales pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire.
- Veille à la cohérence des politiques.
- Valide les instructions données aux agences.
- Conduit l'animation du réseau des agences.
- Evalue périodiquement des résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux chargés du suivi de l'objectif de réduction des inégalités de santé.

2) Une articulation renforcée entre les intervenants en santé

Le médecin généraliste de premier recours, devient le pivot de la prise en charge des patients :

- Contribue à l'offre de soins ambulatoires aux actions de prévention, de dépistage de diagnostic et de traitement ainsi qu'au suivi des malades et à l'éducation pour la santé,
- Oriente les patients selon le besoin dans le système de soins et le secteur médico-social,
- Assure la coordination des soins nécessaires au patient,
- Veille à l'application individualisée des protocoles et recommandations notamment pour les maladies chroniques,
- Assure la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé,
- Contribue aux actions de prévention de dépistage,
- participe à la mission de service public de permanence des soins,
- contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle des études médicales.

Le rôle des pharmaciens d'officine est renforcé :

- Contribue aux soins de premier recours,
- Coopération entre professionnels de santé,
- Participe à la mission de service public de permanence des soins,
- Concourt aux actions de veille et de protection sanitaire,
- Peuvent participer à l'éducation thérapeutique,
- Peut assurer la fonction de pharmaciens référent pour un établissement,
- Peut être désigné comme correspondant au sein de l'équipe de soins par le patient dans le cadre de coopération,
- Peut fournir des prestations et des conseils destinés à favoriser ou améliorer l'état de santé.

3) Politique de prévention et de santé publique

Prévention des facteurs de risque pour la santé :

- Une fondation est créée pour mobiliser des moyens pour soutenir les actions individuelles collectives dans les comportements de santé : alimentation équilibrée activités physique et sportive, lutte contre les addictions.
- Suivi des facteurs de risque ayant une incidence sur la santé.

Éducation thérapeutique :

- Vise à rendre le patient autonome en facilitant son adhésion au traitement et en améliorant sa qualité de vie.
- Définition d'un programme d'éducation thérapeutique mis en œuvre par les professionnels de santé.
- Le programme évalué par la haute autorité de santé.

Lutte contre les troubles du comportement alimentaire :

- La prévention du risque de surpoids,
- Une campagne d'information et de lutte contre les discriminations des personnes obèses.

Dispositions diverses :

- Protection des sportifs de lutte contre le dopage,
- Dispositif relatif à la délivrance des produits contraceptifs,
- Publicité concernant l'alcool et vente aux mineurs de boissons alcooliques (open bar),
- Protection contre les rayonnements ionisants, et l'utilisation de matières ou substances dangereuses pour la santé.

Algérie :

« Un système hospitalier hypercentralisé, et bureaucratique »

Après des années d'efforts orientés vers un développement global, fondé sur un choix socialiste et sur la mise en œuvre par l'Etat de moyens et de ressources importantes et stratégiques ; les expériences dans les différents domaines d'activités ne manquaient pas, leur échec a été, à maintes fois, démontré où il fallait changer de méthodes et de stratégies. Le constat a fait apparaître, clairement, les limites du système socio-économique basé sur l'étatisation des moyens de production et sur la gestion administrée et centralisée.

Au plan interne la situation se caractérise par : des grandes disparités régionales en matière de ressources humaines et matérielles. L'inadaptation des établissements de santé aux méthodes modernes de gestion. L'incapacité des structures à suivre l'évolution de la demande de soins. Un taux

élevé des pannes des équipements (18% en 1991 à 21% en 1993). Le départ des cadres notamment des praticiens vers le secteur privé. ⁸⁰

L'organisation administrative du système de santé en Algérie se base singulièrement sur deux fondements : la centralisation et la déconcentration. C'est par référence au critère de rattachement au pouvoir central que l'on peut distinguer entre :

- Les structures centralisées : les services centraux du ministère de la santé publique.
- Les structures déconcentrées : les directions de santé des wilayas (départements)

1 -L'Administration Centrale : Le ministère de la santé publique. Sous l'autorité du ministre de la santé publique, les services centraux sont chargés, théoriquement, d'arrêter la politique globale, de la mettre en œuvre et enfin d'en contrôler la réalisation. Le ministère chargé de la santé publique doit définir les missions du service public de santé en matière de prévention et de soins. Il est également chargé du contrôle des institutions publiques et privées. L'administration centrale comprend : Les services communs rattachés au secrétariat général ; Les services de l'inspection et du contrôle ; Les directions centrales (l'administration active dénommée aussi opérationnelle).

2- L'Administration Déconcentrée: La direction de wilaya chargée de la santé Sous l'autorité d'un directeur, agissant par délégation du ministre de la santé, la direction de la santé est chargée de : Veiller à l'application de la législation et de la réglementation dans tous les domaines relatifs aux activités de santé et de la population ; d'animer, de coordonner et d'évaluer l'exécution des programmes nationaux de santé ; de veiller à la répartition équilibrée des ressources humaines, matériels et financières ; d'initier et de développer toute action de communication sociale ; de veiller à la mise en place du dispositif en matière de collecte, d'exploitation, d'analyse et de transmission d'informations sanitaires, épidémiologiques et démographiques ; d'animer, de coordonner et d'évaluer le fonctionnement des structures de santé. Aussi, elle est également chargée de contrôler les structures publiques et privées ainsi que le suivi du perfectionnement des personnels de la santé.

⁸⁰ Saihi, « Analyse critique de la gestion de l'institution sanitaire algérienne ».

▪ **Financement des établissements hospitaliers :**

Le financement des établissements de santé à l'échelle macroéconomique nous l'avons déjà abordé dans la première partie dans la section « *Financement des deux systèmes de santé, données macroéconomique* » voici un petit rappel des chiffres en milliards d'euros

France :

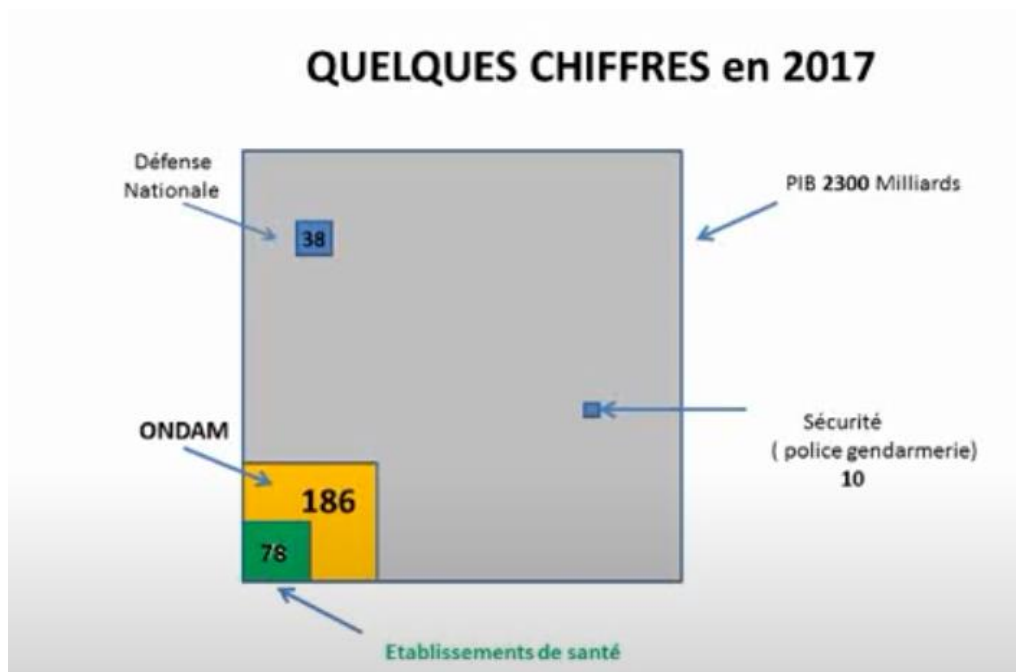


Schéma de Jérôme Joubert

A l'échelle microéconomique :

Le budget (actes qui prévoient et autorisent les dépenses) est unique mais divisée en 2 sections :

-*Section d'exploitation (SE)* : Dépenses et recettes effectués dans l'année pour les dépenses courantes

-*Section d'investissement (SI)* : Dépenses et recettes utilisées pour l'achat de terrains, Bâtiments, équipement dont l'utilisation est « durable » sur plusieurs années.

L'investissement correspond à une non-destruction des biens pendant l'année.

La section d'exploitation est supérieure environ 10 fois à la section d'investissement ⁸¹

Dépenses :

Personnel 60 -70%
Dépenses médicales 12 - 18%
Dépenses hôtelières 6 - 10 %
Entretien, dépenses générales 6 - 10%
Amortissement 2% ⇒ utilisé comme recettes dans la SI

Recettes

Dotation Globale assurance maladie 80 - 90%
Forfait journalier ≈ 8 - 10%
Tarif de prestations
Recettes subsidiaires ≈ 4%

Historique du financement des établissements par l'assurance maladie :

▪ *Prix de journée (1893 -1983) :*

• Il s'agit du prix qui permet de couvrir toutes les charges nettes prévisionnelles sans aucune marge : par exemple, personnel, médicaments, énergie, impôts, amortissement, etc....

$$PJ = \frac{\sum \text{des coûts d'un service l'hôpital} + \text{Quote part au fonctionnement général de l'hôpital}}{\text{Nombre de journées réalisées}}$$

Les avantages :

Economiquement rationnel car appliqué en fonction du niveau réel d'activité
Il favorise le développement hospitalier public et privé

Les défauts :

Caractère inflationniste comme tout système de rémunération à l'activité
Prise en compte des coûts existants, pas d'optimisation. Coût moyen de la journée, pas de réalité pour un individu (le coût individuel peut être lourd ou faible)
Il incite à l'augmentation de la durée de séjour
Financement inefficace pour l'innovation technologique non programmée (en particulier les DMI)
Discordance intérêt du malade - intérêt de l'hôpital concernant la durée de séjour

⁸¹ Pr BERTRAND, « Financement de l'hôpital ».

- *Facturation analytique : (hôpitaux privés à but lucratif jusqu'à 2003)*

Comptabilisation de toutes les dépenses affectées à un patient particulier soit réelle soit par forfait. Utilisation par les hôpitaux privés à but lucratif (jusqu'à la T2A).

Problèmes :

- Pas de réalité économique
- Pas de justification des soins (comme examens inutiles)
- Acteur de croissance, évolution dans le temps

L'Objectif quantifié national (OQN) correspond au financement des établissements privés collaborant avec le service public.

- *Budget global de fonctionnement : (1984-2003)*

Mode de calcul à partir des budgets financés par le Prix de journée puis à partir de l'année de création.

Une caisse d'Assurance Maladie pivot pour un établissement (Une caisse pour l'ensemble des régimes). Récession des autres régimes au prorata du nombre de malades.

Mensualités (1/12) pour les parties socialisées

Budget (N+1) = Budget(N) x taux directeur donné par le Ministère e (partie AM mais contrôle de l'ensemble du budget)

Inconvénients :

- La Dotation Globale est « décourageante » : le développement de l'activité de soins et/ou la bonne gestion ne sont pas réellement prises en compte. Le système privilégie les budgets « historico-politiques » et gèle les situations acquises.
- La Dotation Globale est « inégalitaire » : elle ne concerne que le secteur public ; le secteur privé continue d'être rémunéré sans plafonnement, ni contrainte jusqu'en 1991 (création de l'OQN) qui a vu son activité croître par fuite de la clientèle du secteur public
- La Dotation Globale est « sclérosante » : elle ne favorise ni l'innovation, ni l'investissement.

Les réformes de 1996

- Création ONDAM (plafonner les dépenses de l'assurance maladie)
- Création des ARH (agence régionale d'hospitalisation)
- Utilisation du PMSI comme outil de modulation de la DGF (dotation globale de financement)
- Quantification de l'activité à travers le PMSI et les points ISA produits ⁸²

Rapprochement avec les moyens financiers consommés pour assurer cette production et ébauche d'une comparaison des efficiences économiques respectives des différents établissements publics avec le cout du point ISA qui compare « production et moyens consommés »

Identification dans chaque région (par écart à la moyenne régionale) des établissements « sur et sous-dotés »

Indice synthétique d'activité :

Employé en PMSI, l'ISA représente l'unité d'œuvre composite permettant de mesurer l'activité des unités de soins de courte durée en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

▪ La tarification à l'activité T2A : un financement hybride

Expérience aux usa en 1960 par l'économiste Robert FETTER, c'est un financement à la pathologie, application progressive en Europe et France de 2003 à 2008 jusqu'à présent

Une introduction des règles de gestion de l'entreprise privée à l'hôpital public ;

L'utilisation de certaines règles du marché pour favoriser l'efficience des producteurs de soins : la concurrence par comparaison comme facteur incitatif à la performance économique.

La mise en place d'un même mode de financement de l'ensemble des hôpitaux publics et privés

Optimisation des ressources publiques et mise en concurrence l'Organisation recentrée sur le « client » et non sur l'utilisateur , Simplification des règles et des procédures,

Responsabilisation des acteurs et intéressement financier

une entrée progressive dans la tarification à l'activité pour permettre aux acteurs et aux

⁸² « ISA, Indice synthétique d'activité - Définition - BNDS ».

structures de s'adapter, vers une convergence tarifaire public privé

Les secteurs SSR soins de suite et réadaptation et psychiatrie sont restés jusqu'à présent sous le mode de financement Budget global de fonctionnement. (+l'Indice de Valorisation de l'Activité (IVA) pour SRR)

La prise en charge à 100% par l'AM de certains traitements et/ou matériels onéreux pour garantir l'accès aux soins sans obstacle économique (MO et DMI)

Cette réforme a pour objectif premier la régulation des dépenses de l'assurance maladie votées par le Parlement en confiant à l'État la fixation de tarifs nationaux opposables à tous les établissements de santé, quel que soit leur statut juridique, et pour objectif second d'allouer à ces établissements des ressources en proportion de leur activité médicale réelle et non pas sur des bases budgétaires historiques ou forfaitaires (communication du Ministère de la santé en 2003) : ⁸³

1. Développer l'efficacité des producteurs de soins en mettant en place une concurrence par comparaison comme facteur incitatif à la performance économique.
2. Favoriser l'introduction de règles de gestion de l'entreprise privée à l'hôpital public : comptabilité analytique pour le calcul des coûts ; contrôle de gestion ; business plan ;
3. Induire une culture « entrepreneuriale » partagée par les médecins et les dirigeants des hôpitaux
4. Susciter la mise en place dans les ES de nouvelles organisations soignantes moins consommatrices de ressources sans dégrader l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations
5. Accélérer la reconversion d'établissements « en panne » d'activités rémunératrices

Dans l'esprit des concepteurs de la réforme, le modèle T2A ne récompense pas spécifiquement l'activité mais encourage les gains de productivité. L'établissement gagnant ce n'est pas celui qui produit plus mais celui qui produit à un meilleur coût, à une qualité inchangée.

⁸³ DOUSSOT LAYNAUD, « Le financement des établissements de santé ».

Autres financements

Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (MIGAC) et Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation - MERRI

Forfaits annuels : Urgences, Prélèvements d'organes Centre de prélèvement d'organes (CPO), forfait annuel greffe FAG

Les prestations à la charge des usagers assurés sociaux :

- Les TM Ticket modérateurs (Hospitalisation, transports SMUR)
- Les 24 euros sur les « actes opératoires » (en 2022)
- Les « franchises »
- Les forfaits journaliers
- Les suppléments hôteliers
- Les honoraires en activité libérale
- Le TM Ticket modérateurs sur l'ATU (Autorisation temporaire d'utilisation)
- Les dépassements d'honoraire en secteur privé

Les établissements publics de santé peuvent également :

- Recevoir des dons et legs ;
- Emprunter auprès des organismes bancaires ;
- Décret de décembre 2012 : encadrement de la liberté d'emprunter pour les établissements à structure financière fragiles
- Vendre leur patrimoine hospitalier
- Réinvestir les bénéfices des DNA et les autres excédents d'exploitation

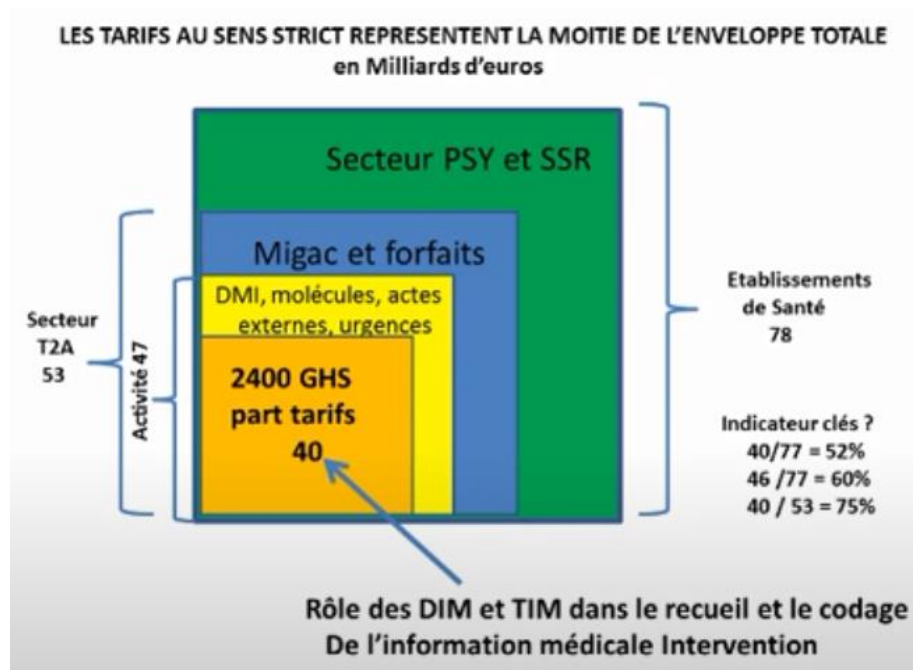


Schéma de Jérôme Joubert

▪ *Vers un modèle de paiement combiné 2018 - 2022 :*

La Task Force « Réforme du financement du système de santé » vient de remettre à la ministre des Solidarités et de la Santé son rapport intitulé « Réformes des modes de financement et de régulation ».

Les recommandations du groupe de travail ont été formulées après avoir rencontré plusieurs parties

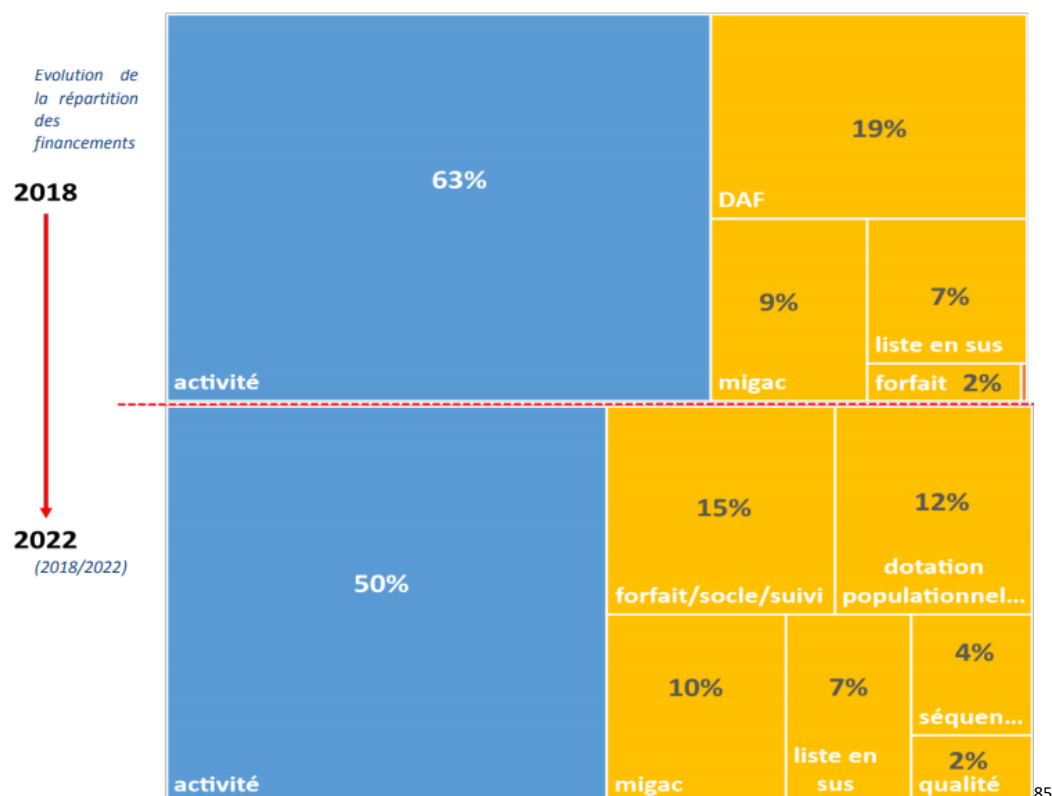
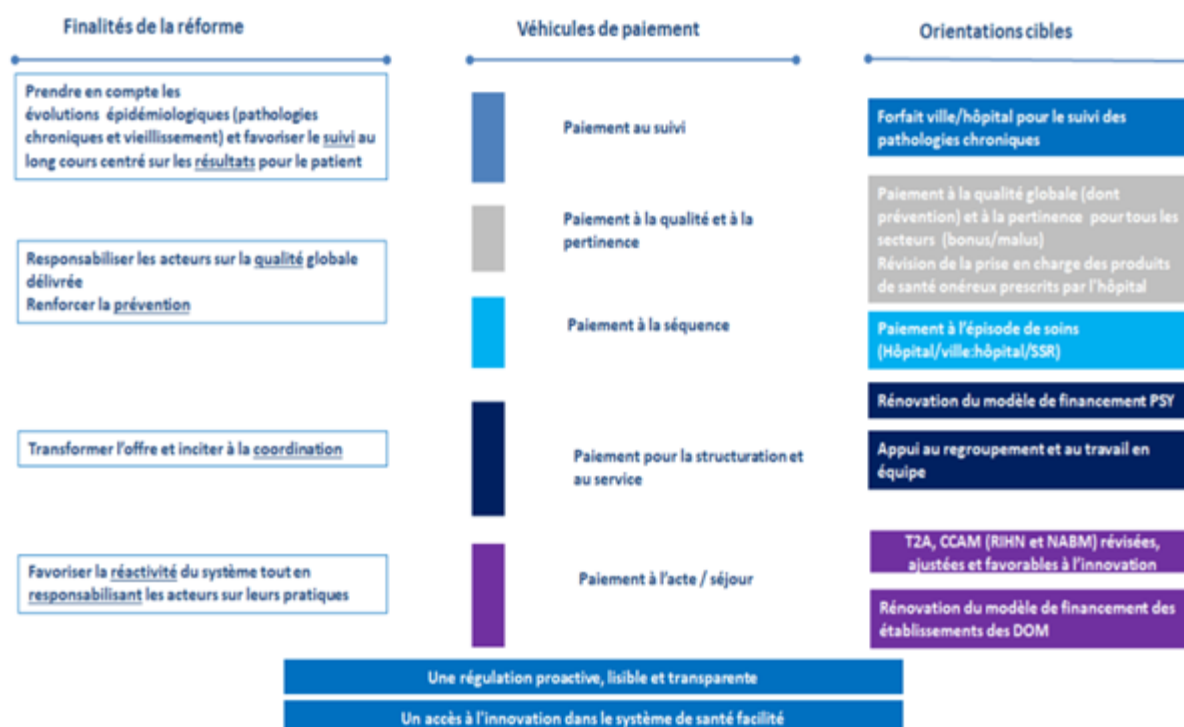
Parties prenantes, groupes de travail et institutions diverses qui contribuent à notre gestion

Système de santé. C'est ce travail collectif qui permet de les formuler.

Le système de santé français présente un bon niveau global de qualité. Il se caractérise cependant par des inégalités de santé remarquable si on la compare avec d'autres pays développés, et une espérance de vie relativement élevée, on pense que le système de santé n'est pas bien orienté vers la prévention. En outre, l'augmentation continue du nombre de patients avec maladies chroniques nécessite une évolution des modes de prises en charge pour mieux répondre aux besoins de suivi au long cours et de coordination de leur prise en charge. Parmi d'autres leviers, celui du financement est essentiel pour favoriser la transformation du système de santé et permettre de réorienter celui-ci vers les besoins des patients.⁸⁴

⁸⁴ Ministère des solidarités et la santé, « Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ? - Actualité fonction publique territoriale ».

objectifs de la réforme du financement aux outils utilisés



⁸⁵ Ministère des solidarités et la santé, « Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ? - Actualité fonction publique territoriale ».

Cinq modalités de paiement combinées préconisées par la Task Force :

1-Le paiement au suivi

Un paiement par forfaits de prise en charge basé sur des indicateurs de pour s'assurer de l'amélioration des résultats.

L'objectif de cette modalité est d'inciter les professionnels à se focaliser sur la prévention et sur l'efficacité des soins,

Ce type de paiement est adapté aux pathologies chroniques puisqu'il favorise un suivi au long cours, orienté sur les résultats obtenus pour l'utilisateur et la prévention des complications.

2- Le paiement à la qualité et à la pertinence

Ce paiement doit encourager les professionnels à améliorer la qualité et répondre mieux aux exigences implicites et explicites des usagers. Mais aussi encourager la pertinence des soins.

3- Le paiement pour la structuration du service

Ce mode de paiement doit permettre d'organiser l'offre et de favoriser l'accès aux soins et la réponse aux besoins des populations sur les territoires,

4- Le paiement à la séquence de soins

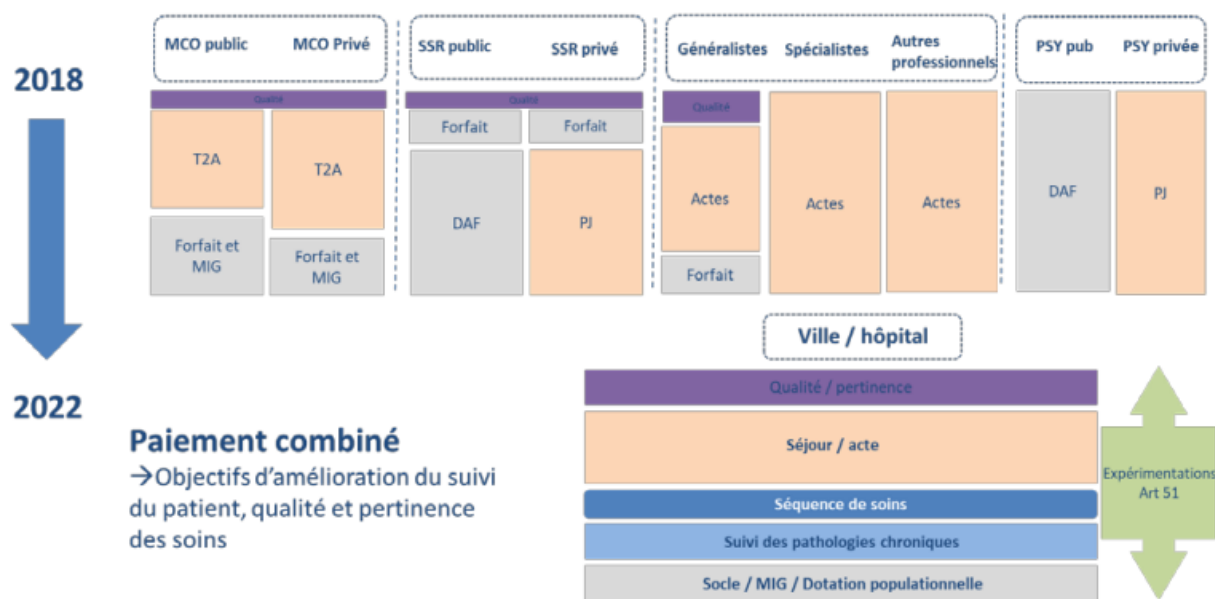
Il correspond à ce qui est appelé « bundled payment » par les anglo-saxons ,ou paiement groupé. Il s'agit de rémunérer conjointement une séquence de soins (intervention/rééducation par exemple) à des acteurs qui, aujourd'hui, sont financés séparément.

5- Le paiement à l'acte et au séjour

Ce mode de paiement occupera la place la plus importante du financement, En effet, celui-ci garantit la réactivité globale du système et continue à être la modalité la plus adéquate pour les épisodes uniques de soins, qui représentent environ 55 % des séjours hospitaliers. Ce paiement toutefois doit évoluer pour favoriser plus directement la pertinence et la diffusion de l'innovation dans le système de santé .⁸⁶

⁸⁶ « Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ? - Actualité fonction publique territoriale ».

les différentes modalités de financement pour le système de santé



- **La fiabilisation et la certification des comptes des établissements publics de santé :**

La démarche de fiabilisation/certification des comptes a vocation à permettre aux établissements publics de santé de renforcer leur performance, grâce à l'amélioration des processus comptables, avec pour conséquence un meilleur pilotage, notamment financier.

La démarche

La certification des comptes est inscrite dans le code de santé publique depuis la loi HPST. Il s'agit d'une mission d'audit externe des comptes qui consiste à collecter les éléments nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers à un ensemble donné de règles et de principes au premier rang desquels figurent la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes.

La fiabilisation des comptes est une étape préalable à la certification des comptes. Elle vise à appliquer à court terme les règles de régularité et de sincérité des comptes des

administrations publiques fixées à l'article 47-2 de la Constitution. Ainsi, elle concerne tous les établissements publics de santé, qu'ils soient, dans l'avenir, soumis ou non à l'obligation de certification de leurs comptes.

En revanche, la certification des comptes ne concerne qu'une partie des établissements publics de santé ; le seuil de 100 millions d'euros de produits est pris pour hypothèse.

Algérie :

« En France Le patient est considéré comme un client, en Algérie le patient est une charge ... »

Sous-directeur des Finances CHU Mustapha

Le financement des établissements de la santé en Algérie revêt une particularité spéciale du fait qu'il est basé sur une contribution forfaitaire de l'Etat, de la sécurité sociale et celle des ménages (Ticket modérateur)

Évolution des dépenses de santé							
	1995	2000	2005	2010	2011	2012	% 1995-2012
Dépenses totales de santé (en milliards de dollars courants)	1,6	1,9	3,2	6,75	8,8	10,8	589
Dépenses de santé par habitant (en dollars courants)	53,1	60,3	95,3	181,4	232,6	278,6	425
Dépenses publiques de santé (% dépenses totales de santé)	72,2	73,3	72,7	79,2	82,0	84,1	16
Dépenses publiques de santé (% du budget)	8,5	8,8	8,2	8,9	9,0	9,8	14
Dépenses totales de santé (% du PIB)	3,7	3,5	3,1	4,2	4,4	5,2	42

Tableau évolution des dépenses de santé⁸⁷

⁸⁷ « Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie: 2016-2020 ».

A l'échelle des établissements hospitaliers le budget est constitué par :

- Les prévisions ;
- La dotation primitive ;
- La dotation complémentaire ; et la dotation supplémentaire
- Les autorisations spéciales d'affectation.

Prix de journée :

Hérité de l'ancienne administration française ; durant cette période qui s'est étalée de 1962 à 1974, les modalités de paiement s'effectuaient sur la base d'un prix de journée et d'une tarification des actes.

Le financement par le budget global de fonctionnement :

L'Ordonnance 73/65 du 28/12/1973 va instituer la Médecine gratuite dans le secteur public de soins, et la santé se trouve alors financée par le budget de l'Etat. Le mécanisme de financement basé sur le prix de journée incitait les gestionnaires hospitaliers à la tenue d'une comptabilité analytique permettant de suivre l'évolution des coûts et d'agir sur leur maîtrise. A l'inverse, la formule du budget global a conduit les gestionnaires à une déresponsabilisation prononcée dans la mesure où il leur est demandé de « dépenser » simplement un budget déjà réparti dans le détail et de façon centralisée entre titres, chapitres et articles. Les directeurs d'hôpitaux sont passés d'un état de « **gestionnaires** » à une situation de « **dépensiers** ». La gestion au sens propre du terme se trouve complètement bloquée. Cette façon de faire se caractérise par une forte centralisation. Les incohérences commencent à apparaître dès lors que la répartition des crédits entre les établissements sanitaires n'obéit à aucune logique économique et ne se base sur aucun critère d'efficacité. Le système de santé algérien se caractérise par une inefficacité et gaspillage de ses ressources.

Cette réforme du financement, datant de 1974, constitue une dangereuse mutation dans la mesure où il s'est réalisé un passage d'une logique de gestion à une logique de dépense de crédits budgétaires.

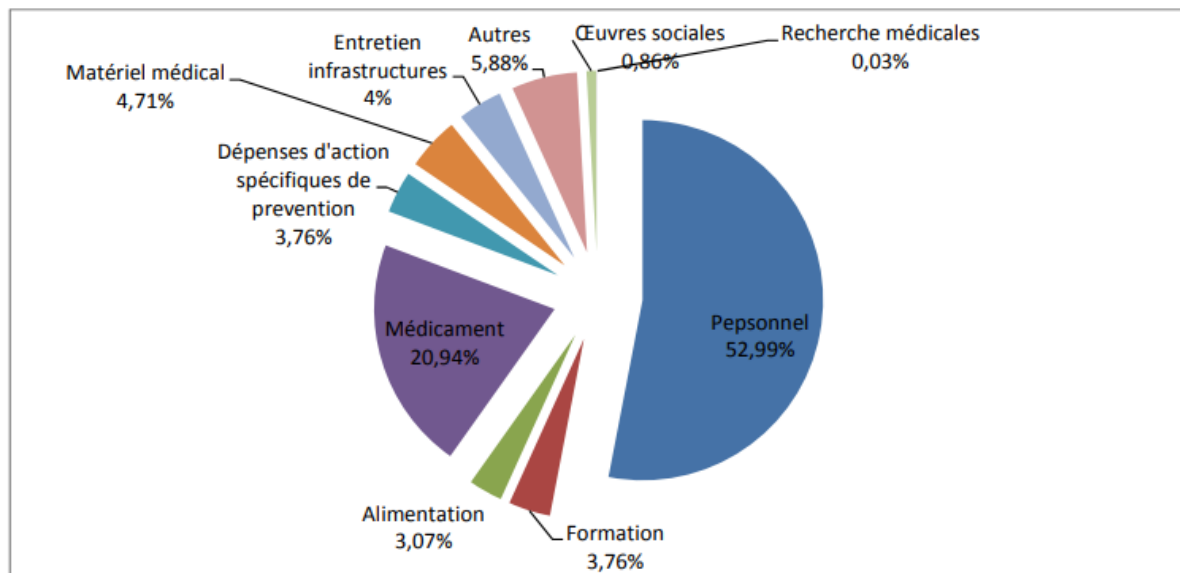
Les problèmes et les inconvénients du financement par Budget Global en Algérie sont

beaucoup pires que celle en France, vu l'absence d'autres mécanismes de régulation comme le PMSI et le Calcul par point ISA, le manque de transparence...

Le financement du système de santé en Algérie est à la recherche d'autres sources alternatives du financement à savoir :

- Les mutuelles de santé et l'assurance complémentaire ont intégrées la réalité de faible paiement des ménages ;
- forfait de d'hospitalisation (100 dinars l'équivalent de 50 centimes d'euros)
- Tarif de consultation dans les établissements publics (qui représente 50 da l'équivalent de 0,25 euros par consultation vu que les tarifs n'ont pas changé avec l'inflation et la perte de valeur réelle de la monnaie algériennes).
- Les entreprises et les administrations participent au financement de la santé dans un cadre législatif et réglementaire, relatif aux actions de prévention des salariés (risques professionnels et état de santé des salariés) ;
- Les sociétés d'assurances prennent en charge les frais des médicaments ;
- Les collectivités locales telles que les APC (mairies) et APW (départements) participent au financement de la santé par le financement de l'éducation sanitaire et la prévention

Les dépenses de fonctionnement des établissements publics de santé en 2009.



-Financement cas établissement public hospitalier AKBOU -

Le budget est utilisé d'une manière rigide et très bureaucratique, après avis du conseil d'administration, en respectant le code des marchés publics, l'ordonnateur, le contrôleur

financier réalise le control préalable des dépenses. Un receveur des impôts (il s'agit d'un fonctionnaire du ministère des finances) réalise le mandat de trésorerie.

Les emprunts bancaires ne sont pas autorisés : retard de paiement de plusieurs mois voire une année pour les fournisseurs mais ainsi les salaires des nouveaux employés arrivent souvent après 6 ou 7 mois.

Système de financement rigide et centralisé par peur de la corruption vu l'absence d'un système d'information fiable, l'état de droit caractérisé par une justice forte.

Absence de certifications des comptes.

▪ **Gestion du personnel (Ressources humaines) :**

La gestion des ressources humaines ou gestion du personnel (parfois appelée gestion du capital humain) est un ensemble de pratiques mises en œuvre pour administrer, gérer, manager et développer l'ensemble du personnel impliqué dans les activités d'une organisation.⁸⁸

Le mot RH « Human Resources » venu des États-Unis est entré dans notre vocabulaire par effet de mondialisation⁸⁹, Considérer les employés comme une ressource, en parallèle des autres ressources financières ou ressources matérielles, cette appellation capitaliste n'est pas la bonne terminologie personnellement je préfère l'appellation ancienne « Le Personnel », Le capital humain est au cœur de toute organisation.

Les rôles de la DRH :

- -un rôle stratégique de l'entreprise grâce à la mise en place d'une politique RH ;
- -maximiser la productivité de l'entreprise en favorisant l'efficacité de son personnel (incluant la valorisation des compétences, la motivation, etc.) ;
- Conduire et manager le changement (incluant le développement des compétences, les formations, etc.) ;
- -Manager, organiser et administrer le personnel au quotidien (incluant la gestion de la paie, les tâches administratives, et le respect des obligations légales).

Dans cette section nous comparons les grandes fonctions de la gestion des ressources humaines dans chaque pays en citant des exemples concrets.

⁸⁸ « Gestion des ressources humaines ».

⁸⁹ « Les Capitalistes et Les Ressources Humaine – La Chronique de PÉPÉ ».

Les grandes fonctions de la gestion des ressources humaines :



La formation et gestion des compétences :

Le personnel médical et Paramédical :

En France, la recherche médicale s'effectue au sein de l'Unité de Formation et de Recherche Médicales (UFR) de l'université. Formation, d'une durée d'au moins 9 ans après un baccalauréat

Les études en santé ont connu plusieurs réformes dont la dernière est la réforme de PACES en PASS (Parcours d'Accès Spécifique Santé) et LAS (Licence Accès Santé) , et la suppression du numerus clausus pour faciliter l'accès à la formation médicales et lutter contre les déserts médicaux .

Les études en médecine se font par unités d'enseignement par pathologies et non pas par spécialité comme avant afin de se focaliser plutôt sur l'enseignement clinique que sur les sciences fondamentales.

PASS Parcours d'Accès Spécifique Santé	L.AS License Accès Santé
Composition de la 1 ^{re} année	
Majeure «accès spécifique santé» - option selon profil	Licence majeure + option accès santé
En cas de non validation	
PAS de redoublement	Redoublement autorisé (PAS le droit de candidater aux études de Médecine)
Année validée	
Passage en 2 ^e année d'étude médicale ou en 2 ^e année de Licence (+ droit de recandidater)	Passage en 2 ^e année de licence + droit de candidater aux études médicales

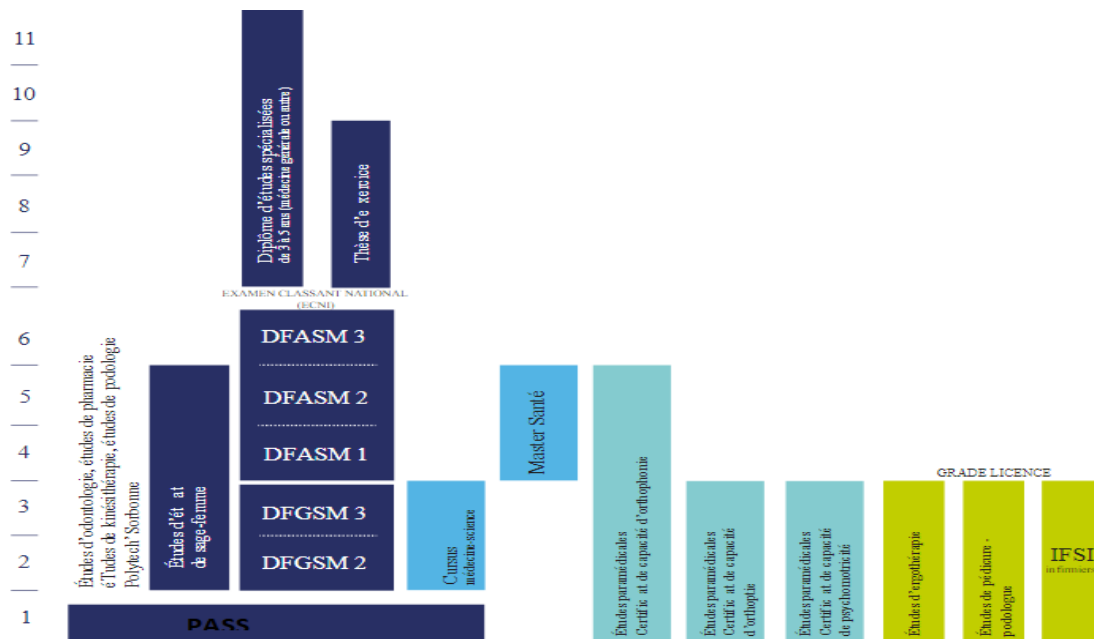
La formation initiale en 3 cycles et la formation continue est très riche et variée

Un médecin peut faire :

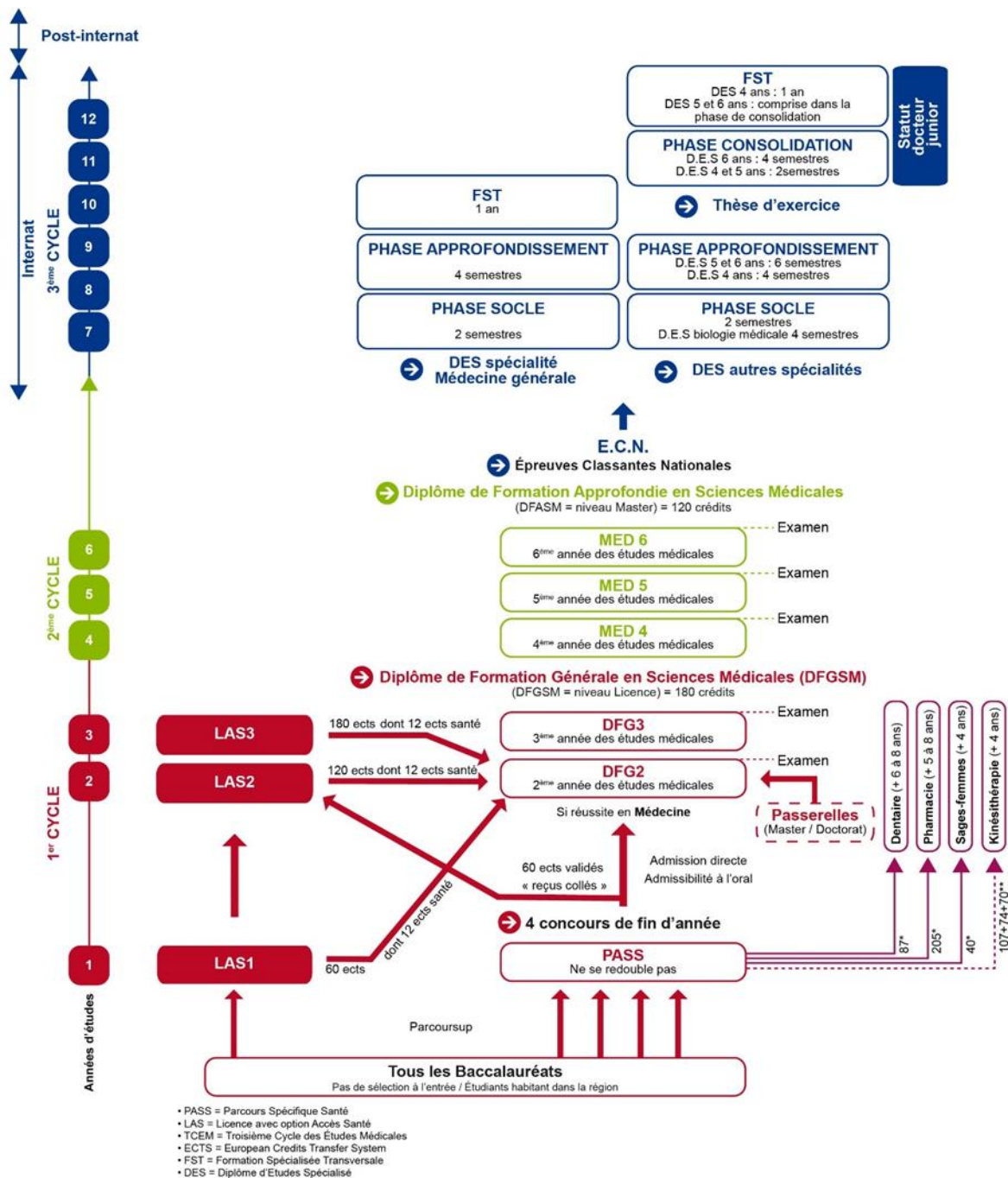
- DES diplômes d'études spécialisées (spécialité médicale) après le passage du concours ECN (épreuves cassantes nationales).
- DESC diplômes d'études spécialisées complémentaires
- Ou des formations continue de spécialisation ou hyperspécialisation comme :
- DU DIU diplôme universitaire ou interuniversitaire,
- CES certificats d'études spécialisées
- Capacité médicale,
- AFS ou une attestation de formation spécialisée (approfondie AFSA)
- Un Master recherche pour faire un parcours recherche c'est-à-dire un doctorat puis HDR (habilitation à diriger les recherches) puis Professorat.
- Ou un master professionnel pour intégrer la vie professionnelle

Il existe des passerelles entre les formations

L'accès aux études supérieures nécessite un bac qui est valide à vie, en plus il existe des passerelles entre certaines formations, ce qui faciliter les conversions professionnelles.



-Schéma des études en santé université de Lille -



Concernant la formation paramédicale :

En France, l'accès à la profession d'infirmier est règlementé il se fait à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)

L'universitarisation des études d'infirmier en LMD : La réinvention du Diplôme d'infirmier tient compte du contexte sociétal actuel, à savoir le vieillissement de la population, l'évolution et les exigences de qualité des soins. Ces évolutions ont nécessité la création d'une nouvelle organisation du système de santé français : la réforme de l'hôpital, la loi HPST, la création de l'Ordre national des infirmiers... Le développement de la profession infirmière est devenu nécessaire : grâce à la signature de l'accord à Bologne, licencié dans le cadre du système -Master- Le Doctorat (LMD) est ouvert aux formations de niveau universitaire. Augmentations de salaire associées aux grades de licence. Les professionnels peuvent poursuivre leurs programmes et accéder à d'autres programmes universitaires (masters, etc.), et faciliter l'accès à un doctorat. Les infirmières pourront également participer à des projets de recherche. L'Initiative de recherche en soins infirmiers hospitaliers (PHRI) est maintenant complémentaire à d'autres programmes de recherche hospitaliers.

Le diplôme d'état d'infirmier donne accès à plusieurs masters :

- *Master santé publique : parcours méthodes en recherche clinique et épidémiologique*
- *Master des organisations sociales*
- *Master qualité et parcours des soins*
- *Master solidarité internationale et action social*
- *Master recherche et innovation dans les soins*
- *Master en droit sanitaire et social*
- *Master en droit sanitaire et social*
- *Master infirmier de pratique avancée*
- *Master de santé publique, science sociale et management*
- *Master éthique de la santé publique et des nouvelles technologies*
- *Master santé publique : Éducation thérapeutique et éducation en santé*
- *Master en santé publique et nutrition humaine*
- *Master en science de l'éducation⁹⁰*

Algérie : Les étudiants en médecine en Algérie doivent généralement suivre une formation de médecin généraliste de sept ans comprenant trois ans de recherche préclinique, trois ans de recherche clinique et un an de stage.

L'accès aux études médicales est conditionné par une note élevée en Bac scientifique ou mathématique, le classement est malheureusement national ce qui donne un accès non homogène aux études médicales certaines zones géographiques notamment au sud du pays.

⁹⁰ rédaction, « Que faire après infirmière ? »

Le Bac est valide seulement 2 ans après son obtention (sous conditions), tout abandon des études de plus d'une année même avec justificatifs nécessite le repassage du BAC.

A une certaine époque l'accès aux études médicales était assuré pour les enfants des enseignants universitaires en sciences médicales sans exigence de classement même avec une note médiocre, ce qui était une forme de corruption et de médiocrité.

Les 14 CHU où sont formés les médecins (médecins-dentistes et pharmaciens) sont tous implantés au nord du pays ce qui aggrave la disparité géographique de la démographie médicale.

Gestion des recrutements, Gestion des carrières :

Le Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière le CNG est Établissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé, le CNG assure notamment la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière des secteurs sanitaire, social et médico-social.

Le CNG gère à l'échelle nationale les professions suivantes :

- Praticien hospitalier : PH
- Personnel enseignant et hospitalier : MCU-PH et PU-PH
- Directeur d'hôpital
- Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social
- Directeur des soins
- Attaché d'administration hospitalière

Gestion du temps et évaluation de la performance :

Cette question est abordée dans la gestion de la performance.

Vie sociale et L'amélioration des conditions de travail :

Cette question est abordée dans la troisième partie de la thèse.

▪ La politique de la rémunération du personnel :

Le salaire ou les revenus c'est ce qui motive tous les employés à se lever le matin et de travailler bien qu'il existe d'autres motivations immatérielles, c'est parmi les leviers importants du management.

Le paiement à l'acte, le paiement à l'heure, Grilles de salaire, le CAPI, le paiement à la performance (P4P), la Prime à la performance, IFAQ, c'est la question que je vais aborder dans cette section.

A l'ère du paiement à la performance P4P, et la prime de la performance, La rémunération du personnel en Algérie est basée seulement sur la présence, (ni à l'activité, ni à la qualité, ni la performance) un employé est déclaré absent seulement si son responsable hiérarchique le déclare absent. Cette situation a donné beaucoup d'abus comme l'histoire du chef de service qui s'est absenté 2 ans tout en ayant son salaire. La maitresse assistante qui a quitté son travail pour immigrer en France qui a continué de recevoir ses salaires sur plusieurs années.

Le salaire fixe n'incite pas à plus d'efficacité (productivité) ni à l'efficience (utilisation moins de moyens) ni à la qualité du service ; ni à la performance du travail.

Il n'y a pas de gestion du temps ni évaluation de la performance ou le rendement du personnel (médical, paramédical ou même administratif).

▪ La performance hospitalière :

France :

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) :

Crée en 2009, elle est un groupement d'intérêt public français chargé d'aider les établissements à améliorer leurs services à travers des outils et de recommandations.

Pour la réalisation de ses missions, elle peut conduire des audits de structures de soins et appuyer méthodologiquement les agences régionales de santé.

Sa mission est de répondre aux besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux par des actions (méthodes, outils, évènements, interventions) élaborées avec et pour les professionnels de terrain dans le respect des grandes orientations fixées par le ministère en charge de la santé autour de 4 axes :

- Fluidifier les parcours des personnes ;
- Faciliter la connaissance de l'offre en santé, l'aide à la décision et le dialogue de gestion ;
- Concourir à l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers ;
- Optimiser l'organisation des fonctions de soutien et support.

L'ANAP s'engage à :

- Informer régulièrement l'Etat de l'avancement de ses travaux et de leur suivi financier,
- Amplifier le transfert de compétences et la diffusion de ses solutions organisationnelles,
- Systématiser la mesure de résultats de ses projets.
- L'Etat s'engage à :
- Informer régulièrement l'ANAP de l'avancement des projets entrepris dans le champ d'action de l'Agence,
- Poursuivre l'amélioration des instances de suivi du COP (comité de pilotage et réunions techniques).

L'ANAP publie « le Contrat d'Objectifs et de Performance »

En Algérie il n'y a pas encore de gestion de la performance.

▪ **Systemes d'informations : PMSI, dossier patient numérique, hôpital numérique**

France :

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information PMSI : il débute en France en 1982, c'est un dispositif qui s'inscrit dans le cadre de la réforme du système médical français visant à réduire les inégalités de ressources entre les établissements médicaux (loi 1 du 24 avril 1996). La mesure de l'activité et des ressources de l'exploitation nécessite le PMSI, qui est une information quantifiée et standardisée.

Le modèle du PMSI a été importé de Boston, auprès du professeur Robert Fetter (USA) et les modèles des DRG (de l'anglais : *Diagnosis Related Groups*)

Il comporte 4 « champs » :

- « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO)
- « soins de suite ou de réadaptation » (SSR)
- « psychiatrie » sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie)
- « hospitalisation à domicile » (HAD)

Le Programme Hôpital Numérique :

La Stratégie Numérique de l'Hôpital définit un plan de développement et de modernisation du Système d'Information Hospitalier (SIH), mobilise l'ensemble des acteurs concernés et accompagne la transformation des établissements médicaux par les technologies de l'information et de la communication pour 6 ans, avec pour objectif de fixer des priorités et des objectifs.

La stratégie et le programme Lancé en 2011 par la DGOS, et associant la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS), l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et l'agence des systèmes d'informations partagées de santé (ASIP Santé)

Près de 95% de l'enveloppe de 400 millions d'euros consacrée au programme ont été consommés pour financer 1.239 projets portés par 880 établissements

Le programme Hop'EN doit prendre le relai d'Hôpital numérique sur la période 2018-2022 et devrait appuyer l'ouverture des SIH vers la ville et les différents partenaires de l'hôpital

Il s'agit d'ajouter un outil prérequis pour partager et échanger des informations sur les DMP, Safe Health Messages (MSSanté) et Resource Operations Directory (ROR).

La communication et l'échange avec les partenaires, ainsi que les services en ligne pour les patients, ont deux domaines fonctionnels.

Le programme Hop'EN comprend également les exigences d'harmonisation régionale des services numériques liées au programme E-parcours et la dynamique de convergence de l'informatique hospitalière au sein du groupement hospitalier régional (GHT). Elle adopte également le principe d'un financement des équipements médicaux utilisés par SIH avec un budget similaire à celui du Programme Hôpital Numérique.

Concernant les indicateurs Hôpital Numérique :

- *Le nombre d'établissements ayant déclaré atteindre l'ensemble des prérequis a progressé pour atteindre 2310 établissements (soit 74% des établissements), contre 1904 établissements (63%) en 2018.*
- *Le niveau moyen d'atteinte des prérequis est également en progression, passant de 95% à 97%. Le niveau moyen d'atteinte des indicateurs du prérequis P2 (fiabilité et disponibilité), bien que restant inférieur aux prérequis P1 et P3, continue sa progression passant de 93% à 95%,*

- *Concernant les domaines prioritaires, la progression concerne principalement le domaine D3 (prescription électronique alimentant le plan de soins) avec plus de 50% des établissements.⁹¹*

Concernant les dépenses consacrées au système d'information hospitalier :

- *Les établissements consacrent en 2018, en moyenne 1,65% de leurs charges d'exploitation au système d'information hospitalier, en légère baisse depuis l'année précédente (2016) où la part des charges s'élevait à 1.72%,*
- *4726 ETP sont dédiés au SIH pour des rémunérations s'élevant à 0.92 % des rémunérations totales des établissements (stable depuis l'année dernière, sur un nombre inférieur de répondants).*

Concernant l'Offre industrielle :

- *358 sociétés se sont inscrites sur RELIMS (contre 317 en 2018) et ont déclaré 1035 logiciels disponibles sur le marché français (contre 864 en 2018), illustrant un fort dynamisme du marché.*
- *Le nombre de sociétés inscrites a progressé de 11% par rapport à 2018 et l'effectif médian au sein de ces sociétés a progressé de 16 à 18 personnes.⁹²*

Les systèmes d'information à l'échelle de l'HUEP :

« Les HUEP ont établi une organisation pour piloter le processus « système d'information », sous la responsabilité du Directeur du système d'information qui en assure le pilotage, accompagné d'un co-pilote en la personne du RSSI (Responsable ou directeur de la sécurité des systèmes d'information). Ces deux responsables ont été formés à l'analyse de processus ainsi qu'à la certification HAS et bénéficient d'un accompagnement méthodologique via un référent qualité identifiée. Une Commission médicale informatique (COMINFO), sous-commission de la CMEL, est en place. Présidée par un praticien Hospitalier, elle se réunit tous

⁹¹ « ATLAS des SIH 2020 ÉTAT DES LIEUX DES SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS ».

⁹² « ATLAS des SIH 2020 ÉTAT DES LIEUX DES SYSTÈMES D'INFORMATION HOSPITALIERS ».

les deux mois. Au niveau central, Le Comité de Pilotage COPIL ORBIS AP-HP se réunit tous les 2 mois, un Le Comité de Pilotage COPIL « schéma Directeur », incluant les DSI des différents GH de l'AP-HP, se réunit toutes les trois semaines. Les pilotes du processus SI travaillent en lien avec d'autres comités pluridisciplinaires internes au GH, notamment le groupe « dossier patient » et la Cellule d'Identitovigilance (CIV). La Direction du système d'information des HUEP dispose d'un portefeuille de projets dont elle assure la gestion. Les rôles et responsabilités de la DSI du GH sont définis, via un organigramme et des fiches de poste formalisées. Cette Direction est divisée en 5 équipes : secteur fonctionnel, hotline, postes de travail, système, réseaux. Les niveaux d'habilitation des utilisateurs reposent sur des matrices élaborées par profil, par application, par service, par site, en fonction des besoins courants et spécifiques des professionnels. Une standardisation des postes de travail est définie, par profil « métier » ou par localisation (bureau de médecin, poste de secrétariat, poste de soins, ...). Des formations sont prévues sous différents formats (présentiel, tutoriels ORBIS, formations au poste de travail, formations en groupes). Elles incluent les nouveaux arrivants et les étudiants, ainsi que les professionnels médicaux et non médicaux des HUEP à l'occasion des évolutions de versions logicielles et du déploiement de nouvelles applications. Le service informatique a débuté par ailleurs une collaboration avec le service biomédical, afin d'organiser les modalités d'installation de nouveaux équipements, incluant les matériels de prêt. Ainsi, les marchés publics et les conventions de mise à disposition d'équipements intègrent des clauses portant sur la sécurité du système d'information. La coordination avec les utilisateurs est assurée via la Commission informatique médicale (COMINFO), à laquelle peut être associée une représentation de la Direction des soins, le club utilisateurs ORBIS AP-HP, les rencontres avec les différents pôles et services qui sont organisées notamment pour le recueil des besoins permettant de préparer la conférence budgétaire annuelle. Les accompagnements des utilisateurs sont organisés dans le cadre du déploiement du dossier ORBIS au sein des services. Le plan de reprise d'activités (PRA) a été finalisé pour les applications critiques, ce que confirme l'indicateur "Hôpital Numérique" correspondant. Le PRA a donné lieu à des tests de reprise sur des simulations de pannes. Cependant, le plan de continuité d'activités (PCA) n'est pas finalisé. En cours d'élaboration, selon une priorisation définie en fonction de la criticité des applications, il organise à ce jour en cas de panne informatique la continuité de certaines applications ORBIS : « dossier de soins », dossier médical en hématologie, pancarte de réanimation, ce qui ne permet pas au jour de la visite la

couverture de l'ensemble des applications concourant à la continuité des soins. Pour ce qui concerne le signalement des pannes, une fonction « support » est en place, via une Hotline qui fonctionne de 8h30 à 18h. Une Hotline AP-HP prend le relais en dehors de ces horaires. Le signalement des pannes et dysfonctionnements nécessitant des actions correctives est effectué via un logiciel dédié (SM9), permettant la traçabilité du suivi des évènements signalés. Tout agent salarié de l'AP-HP a la possibilité de disposer d'une messagerie professionnelle. Le recueil des EI est organisé via le logiciel institutionnel OSIRIS. La sécurité du système d'information est placée sous la responsabilité d'un RSSI identifié. Les principes de sauvegarde des données sont formalisés. Ces sauvegardes sont organisées à périodicité définie. Les maintenances préventives et curatives sont en place. Un Conseiller Informatique et Libertés est identifié au niveau du siège de l'AP-HP ; le Directeur du système d'information des HUEP est le correspondant du GH pour ce qui concerne les déclarations CNIL ». Source intranet HUEP.

Algérie :

Dans des pays comme l'Algérie, la construction de système national d'information sanitaire présente des avantages indéniables. Cela fournira un accès facile et ergonomique à de vastes ressources d'information sur les activités de santé du secteur public, fournira une vue d'ensemble du système national de santé et fournira les préoccupations fondamentales des acteurs de la santé publique etc... (Prises de décisions, actions, élaboration de la planification de la couverture sanitaire, soins, ...etc.) ; en faisant recours aux méthodes et aux outils technologiques modernes de gestion de l'information.

Depuis 2016, le ministère de la Santé s'emploie à introduire le dossier médical électronique Sihatic « Jusqu'à présent, 284 polycliniques et 14 CHU sont informatisés » selon le directeur des systèmes informatiques auprès du ministère.

On note les points essentiels :

Absence de la direction d'informatique dans les hôpitaux algériens (il existe un petit bureau informatique au niveau du CHU Mustapha qui dépend de la Direction générale)

Absence d'un programme national pour le développement de bons systèmes d'information,

Balkanisation des systèmes d'information chaque hôpital avec son propre moyen recrute des ingénieurs informatiques pour développer des petits logiciels d'informatique basiques

Un système d'information médiocre influence négativement la performance de l'établissement et le management dans tous ces états.

Peut-être qu'un bon système d'information engendre plus de transparence et plus de responsabilisation ? La chose qui n'est pas souhaitée par l'ensemble des acteurs vu que les salaires ne sont pas liés aux activités réalisées ou aux résultats.

Nous nous rappelons tous de l'histoire de l'opposition de l'ensemble du personnel à l'installation d'une pointeuse digital pour marquer leur présence dans les hôpitaux algériens dans les années 2015, des médecins ont trouvaient à l'époque des arguments de mauvaise foi, pour ne pas les utiliser (comme source de contamination croisées entre le personnel), ces pointeuses ont fini d'être vandalisées dès les premières semaines de leur installation.

▪ **Management de la qualité, démarche qualité en santé :**

Cette partie est étudiée en détail vu l'absence de directions de la gestion de la qualité et des risques au sein des établissements hospitaliers algériens, et l'absence d'une agence ou une institution ou ne direction qui appartient à l'autorité publique à l'échelle nationale ou régionale qui gère et organise la qualité et la gestion des risques, nous abordons dans cette section :

- *Création de l'ANAES 1996 (HAS en 2004)*
- *L'accréditation HAS V1 1996*
- *La certification HAS V2 2004*
- *La certification HAS V3 2010*
- *La certification HAS V2020*
- *L'accréditation du personnel, Les EPP, instauration des CRU ...*
- *Les autres certifications non gouvernementales (ISO, EFQM...) en santé...*

La démarche qualité de la santé connaît aujourd'hui des avancées remarquables, que ce soit par des obligations légales ou des démarches volontaires. Ceci est représenté par la certification et / ou l'accréditation. Une démarche qualité n'est pas liée directement à la capacité thérapeutique ou à la qualité des soins, mais à tout ce qui concerne les soins : l'organisation des pôles et des services.

Cette démarche qualité est le fruit de médecins qui ont toujours cherché à proposer des traitements plus exigeants et de patients qui recherchent naturellement la « qualité » de leur prise en charge

-Démarche qualité : état des lieux

Avant de traiter de l'état des lieux et des perspectives de la démarche qualité en santé, il convient de définir en premier temps la qualité ainsi que ses caractéristiques en ce qui concerne les établissements de santé.

Qualité : « ensemble de propriétés et caractéristiques d'une entité (activité, produit ou organisme) qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites » (ISO)

La démarche qualité, pour un établissement de soins : « ensemble de méthodes, des techniques et des actions managériales que mène l'établissement de santé pour gérer la qualité de ses prestations dans le but de satisfaire ses patients, d'assurer sa pérennité et de se développer »

L'OMS définit la qualité en santé « comme une démarche devant permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Historique qualité, démarche qualité en santé :

Le concept de qualité, dans les années 1940, a commencé à intéresser le monde de l'entreprise en vue d'améliorer et d'optimiser les performances des entreprises.

Le Japon, dès les années 50, s'est intéressé à récompenser les entreprises exemplaires en ce qui concerne la qualité . Le prix Deming fut ainsi créé en 1952. Trente années plus tard, les Etats-Unis ont commencé à constater leur retard en Qualité sur l'Extrême Orient. C'est alors la création du prix Malcolm-Baldrige, décerné une fois par an par le président des Etats-Unis des entreprises.

Dans les années 80, le concept de qualité globale a émergé en combinaison avec des méthodes de gestion visant le succès par la satisfaction des usagers.

Quelques années plus tard le prix EFQM a été créé pour les entreprises européennes .

Les organisations les plus performantes utilisent le modèle EFQM, en l'adaptant à leur culture d'entreprise et incarnent l'excellence dans toutes leurs activités .

Dans le domaine médical « le client » devient un patient ou « usager » et les autres parties sont la collectivité et les organismes payeurs qui souhaitent une amélioration de la santé de sa population.

L'Approche Qualité est une démarche dynamique visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et comprend des évaluations des pratiques professionnelles par rapport aux normes, standards, référentiels et les bonnes pratiques élaborées par les associations professionnelles.

Cette démarche qualité est née grâce à des médecins qui s'efforcent de prodiguer des soins de plus en plus sophistiqués, et grâce à des patients qui recherchent naturellement la qualité pendant et dans les milieux de soins.

La démarche qualité comporte plusieurs aspects tels que l'auto-évaluation simple, l'accréditation et la certification de service ou de système. Je montrerai la différence entre eux plus tard.

Cela nous permet de garder nos patients satisfaits et de nous adapter constamment à l'évolution des conditions économiques, sociales et scientifiques.

Notre démarche qualité impacte l'ensemble de l'entreprise. La qualité globale perçue par le patient découle de la maîtrise complète des paramètres de qualité de chaque unité de service.

En plus de répondre aux besoins et aux attentes des patients, le personnel doit comprendre la politique de qualité qui doit être mise en œuvre par des moyens appropriés pour atteindre les objectifs fixés.

Les différents aspects de la démarche qualité :

Une démarche qualité peut prendre plusieurs aspects, comme une simple auto-évaluation par un prestataire de soins, l'accréditation et la certification des services et des systèmes.

1- La certification HAS :

La certification est une procédure d'évaluation externe, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, effectuée par des professionnels et concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques, Elle apprécie le système de management de la qualité et les aspects spécifiés de l'organisation des soins ainsi que les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

Celle-ci vise à s'assurer que les établissements de santé prennent en compte la sécurité, la qualité des soins et les conditions de prise en charge des patients.

L'ex accréditation est introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Le caractère indépendant de la procédure conduite par l'HAS s'apparente à celui des autres organismes chargés à l'étranger de cette mission. La certification est obligatoire pour les hôpitaux de santé en France

Pour mener à bien cette mission de certification, l'HAS s'appuie sur un manuel de certification dont la dernière version V2020 composée, d'une part, de l'exposé des objectifs et des principes de conduite de la démarche, d'autre part, des référentiels, élaborés par des professionnels de système de santé, qui seront utilisés pour apprécier la dynamique qualité de chaque établissement de santé.

A cette fin, la HAS établit un référentiel avec les acteurs du système de santé pour évaluer les organisations, les procédures et les résultats attendus en termes de promotion de la santé et de satisfaction des patients.

La certification concerne tous les établissements de santé (publics et privés) et les structures de coopération ...

De l'accréditation à la certification des établissements de santé

Initiée en 1999, l'accréditation (V1) visait à promouvoir une démarche continue d'amélioration de la santé au sein des établissements de santé

La deuxième version (V2) en 2005, l'accréditation a veillé à répondre aux attentes des usagers (pour une meilleure lisibilité des résultats des visites) et à celles des pouvoirs publics (pour faire de la qualité des soins un élément de régulation du système de santé)

La V2 a davantage mis l'accent sur l'évaluation des pratiques professionnelles (notamment médicales)

Le référentiel V2010 : (en 2010)

- Un référentiel prenant en compte de nouvelles exigences et des évolutions pour la 3^{ème} génération de la certification
- Renforcement des exigences relatives à la mise en place d'un système de management de la sécurité et au développement d'une culture sécurité
- Développement d'exigences sur les mécanismes de « gouvernance clinique », d'EPP, de maintien et d'acquisition de compétences
- Évolutions du droit des patients et du caractère éthique des démarches (comme la bientraitance, fin de vie)

Le manuel V2010 contient 2 chapitres :

Chapitre 1 – Management de l'établissement

- Management stratégique
- Management des ressources
- Management de la qualité et de la sécurité des soins

Chapitre 2 – Prise en charge du patient

- Droits et place des patients
- Gestion des données du patient
- Parcours du patient
- Prises en charge spécifiques
- Évaluation des pratiques professionnelles

-La certification HAS ne concerne pas les activités d'enseignement et de recherche.

-Dans la littérature la certification HAS, se différencie des autres certifications.

LA CERTIFICATION V2020 :

*« Composée de **quatre axes et quinze objectifs**, Médicaliser, simplifier et s'adapter, ce sont les 3 orientations majeures.*

Il s'accompagne de fiches descriptives des critères, 131 au total dont 111 sont dits « standards », correspondant aux attendus de la certification, 15 sont « impératifs » à respecter et 5 sont « avancés » et seront sans doute des critères standards dans les prochaines années ».⁹³

⁹³ « MANUEL Certification des établissements de santé pour la qualité des soins ».

« **Pour qu'un établissement de santé soit certifié**, le score total des critères standards et impératifs doit être **supérieur ou égal à 50%**. Une **mention « Haute qualité des soins »** peut être **délivrée** dans deux cas de figure :

- L'ensemble des résultats des critères excède ou est égal à 50%,
- La moyenne est atteinte pour 3/4 des critères et au moins 2 critères « avancés » ont un niveau supérieur ou égal à 50%.

Si le score global est inférieur à 50%, l'établissement peut être :

- Certifié sous conditions, si les résultats n'ont pas d'impacts graves sur la sécurité des patients et que des actions d'amélioration sont mises en œuvre rapidement, une nouvelle visite est alors prévue dans les 6 à 12 mois ;
- Non-certifié, une nouvelle visite sera alors programmée sous 12 à 24 mois. »⁹⁴

Le référentiel de certification est articulé autour 4 chapitres :

- Le patient
- Les soins
- L'établissement
- Le groupe

Le processus de certification se fait en 4 étapes :

- Engagement dans la procédure de certification
- Évaluations (en interne et visite de certification de la HAS)
- Décision suite à la visite
- Publication et diffusion des résultats

« Les **méthodes d'évaluation**, sont effectuées par des experts-visiteurs au long de la visite et peuvent aussi être utilisées comme évaluations en interne. Qui sont :

- Le **patient traceur**, qui évalue la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans hôpital ;
- Le **parcours traceur**, qui va lui, évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, ainsi que le travail en équipe

⁹⁴ « Découvrir la nouvelle certification ».

- Le **traceur ciblé**, qui consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus ciblé, sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs ;
- L'**audit système**, qui va consister à évaluer un processus pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs ;
- Enfin, **les observations**, qui sont réalisées lors de chaque traceur et qui visent à évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins ». Source MANUEL Certification des établissements de santé pour la qualité des soins 2020.⁹⁵

2- Les Certifications hors HAS :

La certification ou la normalisation, à l'opposé de la certification HAS (ex accréditation) est une démarche volontaire.

La certification est à la fois une action et un résultat. Une action qui se définit selon l'ISO (International Organisation for standardization) comme étant une procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un système, un produit, un service est conforme aux exigences spécifiées (vis-à-vis d'un référentiel). Le résultat de cette action est l'obtention d'un certificat.

La procédure de certification est réalisée par un organisme extérieur au secteur d'activité. Il aura pour mission de vérifier la conformité de l'organisation de l'établissement et de la mise en place du référentiel. Cette application du référentiel sera validée par un audit. (4)

En France, il existe plusieurs organismes certificateurs qui sont eux même accrédités le COFRAC (Comité Française d'Accréditation),

Les organismes certificateurs sont :

- L'AFAQ (Association Française Assurance Qualité)
- BVQI (Bureau Veritas Quality International)
- LRQA (Lloyd's Register Quality Assurance)
- SGS-ICS (Société Internationale de Surveillance-International Certification Service)
- DNV (Det Norske Veritas)
- TUV (Technischer Uberwachungs-Verein (littéralement « Technique Observer Au-Dessus de l'Association »)

⁹⁵ « MANUEL Certification des établissements de santé pour la qualité des soins ».

Il existe également des organismes de conseil en certification qualité (VITALIS Consulting, CERTIMED)

Dans le domaine de la santé plusieurs certifications existent. Ici seule la certification du système à travers la norme ISO 9001 : 2000, et la certification de services représentés par la certification AFAQ Service Confiance, seront représentés, car ce sont les seuls en application dans les établissements français.

Objectifs :

La certification représente le résultat positif d'un système ou d'un service par un organisme professionnel indépendant au secteur d'activité, mondialement reconnu et indépendant. Elle représente une assurance écrite qu'un produit, processus ou service est conforme à des exigences spécifiées, identifiées comme représentatives et validées.

La certification apporte aux patients la preuve des performances et du niveau de qualité de service rendu. La qualité devient reconnaissable.

L'ordre national n'a pas encore reconnu la certification. C'est la seule profession médicale qui n'a pas le droit de faire état de cette certification.

Certification ISO 9001 :

ISO est un mot dérivé du grec « isos » qui signifie égale d'où son utilisation pour la notion de norme.

La norme ISO 9001 :

L'ISO définit différentes normes sous l'appellation ISO 9000, à savoir les normes ISO 9001, 9002, 9003.

Les normes ISO 9000 sont définies comme une série de normes qui déterminent les dispositions à prendre dans l'entité, relative à l'organisation, la formalisation, les actions préétablies, afin que le client soit assuré de recevoir un produit ou service conforme à ses exigences.

Pour le monde médical, les normes ISO 9000 constituent au plan international un cadre qui permet d'atteindre les objectifs de conformité des soins qui sont dispensés.

La norme ISO 9001 a été publiée pour la première fois en 1987 et est régulièrement révisée depuis. Sa première révision date de 1994, la suivante de 2000 (et a intégré la notion de processus d'amélioration), les suivants ont eu lieu en 2008 puis en 2015.

Différences entre la version 2008 et les versions précédentes : ⁹⁶

Les versions antérieures à 2000 étaient basées sur le principe : « On définit par écrit ce que l'on doit faire, on fait ce que l'on a écrit, et on prouve que l'on a bien fait ce que l'on a écrit. » Cela a conduit à des systèmes qualité très « administratifs », avec énormément de documents (procédures, instructions, consignes, modes opératoires, etc.), souvent avec un système de gestion documentaire très lourd et très centralisé.

La version 2008 se situe dans une approche différente : « On définit le niveau de qualification (ou de compétence) nécessaire pour tenir un poste, et on s'assure que les personnes tenant ce poste aient la qualification voulue. Si nécessaire, on met en œuvre des formations. » Cette analyse doit être régulièrement renouvelée.

Cette approche permet de simplifier considérablement le système documentaire. Certains sites ont ainsi supprimé des centaines de documents de leur système de gestion documentaire. Cela permet aussi de décentraliser plus facilement cette gestion des documents.

On a ajouté en version 2008 un chapitre environnement.

La norme ISO 9001 : version 2024 : La prochaine version de la norme sera déployée en 2024

La norme ISO 9001

La dernière version d'ISO 9001, publiée en septembre 2015, permet désormais de prendre en compte les enjeux internes et externes d'une organisation et les risques associés.

Par rapport à la version 2008, la version 2015 a beaucoup évolué afin de pouvoir fournir un référentiel adapté au contexte économique actuel.

Les rubriques suivantes ont été ajoutées ou considérablement modifiées dans la version précédente :

- Contexte et parties intéressées : L'organisation doit définir les enjeux externes et internes qui peuvent avoir un impact sur la conformité du produit et la satisfaction du client. Les besoins et les attentes des parties intéressées doivent également être pris en compte ;
- introduit le concept d'autorité et de responsabilité au niveau des processus pour renforcer la gestion décentralisée de chaque processus ;
- Approche fondée sur le risque ;
- Les termes « manuel qualité », « plan qualité », « procédure documentée », « enregistrement » et « documentation » ont été remplacés par le terme générique « information documentée ». Les informations documentées sont définies dans la norme et

⁹⁶ ISO, «ISO 9001:2015 Systèmes de management de la qualité — Exigences ».

doivent être contrôlées et maintenues pour démontrer le bon fonctionnement du processus. Cependant, le niveau de détail dépend des besoins de l'organisation ;
-Amélioration continue : L'exigence de mesurer et de documenter les performances à tous les niveaux utiles et de prendre des mesures progressives efficaces.

La structure de la norme ISO 9001 édition 2015 a été alignée sur les autres normes ISO. La coordination entre plusieurs certifications sera facilitée. Il y a dix paragraphes :

1. *Domaine d'application ;*
2. *Références normatives ;*
3. *Termes et définitions ;*
4. *Contexte de l'organisme ;*
5. *Leadership ;*
6. *Planification ;*
7. *Support ;*
8. *Réalisation des activités opérationnelles ;*
9. *Évaluation de la performance ;*
10. *Amélioration.*⁹⁷

La version 2015 d'ISO 9001 a été l'occasion de faire évoluer les huit principes de management qui ont conduit la version 2008 à sept principes. Cela implique des changements de vocabulaire et une ouverture à une considération plus large. Par exemple, le principe de « relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs » est devenu « la gestion des relations avec les parties prenantes ».

Les sept principes de management sont donc :

1. Orientation client ;
2. Le leadership ;
3. L'implication du personnel ;
4. Approche processus ;
5. Amélioration ;
6. Prise de décision fondée sur des preuves ;
7. Management des relations avec les parties intéressées.

*Un autre changement est la suppression de "l'approche management par le système" incluse dans l'approche processus. L'approche factuelle modifie également la formulation pour faire référence au concept de preuve.*⁹⁸

⁹⁷ « ISO 9001 ».

⁹⁸ ISO, « ISO 9001:2015Systèmes de management de la qualité — Exigences ».

Procédure de certification :

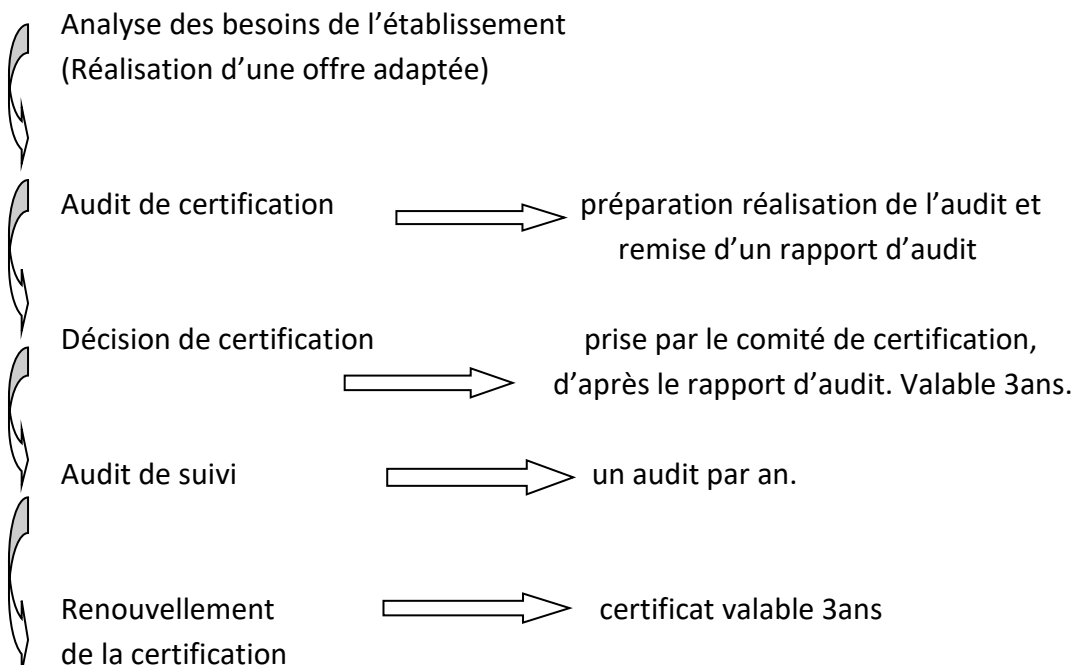
La certification correspond à une attestation écrite délivrée par un organisme certificateur indépendant suite à un audit basé sur la norme ISO 9001 : 2015, qui va établir la conformité du système vis-à-vis de cette norme.

Différents organismes certificateurs existent, à savoir l'AFAQ, premier organisme certificateur en France, le BVQI, le LRQA, la SGS-ICS, le DNV, le TUV.

Notons par ailleurs qu'il existe des organismes du conseil pour aider à la mise en place de la certification des cabinets.

La procédure de certification comporte différentes étapes indissociables les une des autres. Pour cette procédure, l'organisme certificateur audite l'établissement de soins et vérifie la conformité de la mise en application des procédures. Suite à cet audit, l'organisme certificateur délivre au cabinet un certificat ISO 9001 : valable trois ans. A l'issue de cette période de trois ans un audit de suivi est effectué afin de maintenir la certification.

D'une manière synthétique nous pouvons présenter la procédure de certification au travers du schéma présent :



les principes de management de la qualité :

Ces principes de management de la qualité issue de la norme ISO 9001 : sont applicables dans la santé et sont classés en différents chapitres indissociables les uns des autres.

Ces principes sont les suivants :

-orientation du patient : les établissements de soins dépendent de leurs patients, il faut prendre en compte leurs attentes et apporter une réponse adaptée.

-leadership : le praticien responsable ou chef de service est le leader de l'établissement, il est responsable de l'organisation du système. Concerne également chacun des membres qui doit s'engager en s'assurant du développement et de la mise en œuvre du système de démarche qualité.

-le personnel : tous les membres de l'établissement de soins sont spécialisés dans un domaine particulier dans la démarche qualité. Ce critère concerne la distribution des tâches adaptées au potentiel de chaque membre de l'établissement.

-processus : la manière dont l'organisation conçoit, gère et améliore ses processus en vue de soutenir sa politique et sa stratégie et de donner entière satisfaction aux patients. Un processus est défini comme une activité utilisant des ressources et leur gestion de manière à permettre la transformation d'éléments d'entrée en éléments de sortie.

-management par approche système : intégrer les processus ensemble afin d'atteindre les objectifs fixés par la mise en place d'un système de management de qualité.

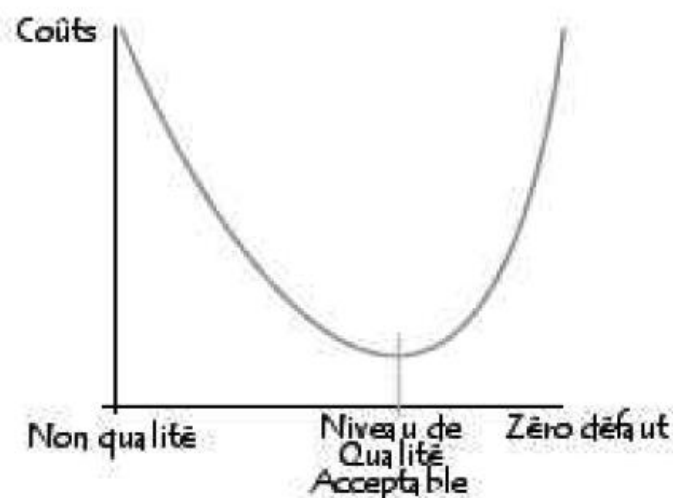
-amélioration continue : représente un objectif permanent du cabinet afin d'approcher une qualité totale.

-les décisions : les décisions se prennent uniquement après analyse des données, elles doivent être fondées.

-partenariat et les ressources : la manière dont l'établissement gère ses partenaires externes ainsi que ressources internes afin d'assurer un maintien efficace de ses processus.

Principe de la roue de Deming et évolution du système de management de la qualité (SMQ)

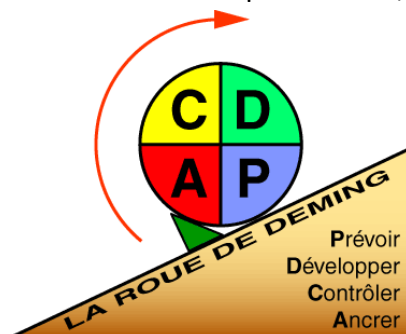
L'opposé de la qualité, nommé non qualité, possède également un coût. En effet il s'avère généralement plus coûteux de corriger les défauts ou les erreurs que « faire bien » dès le départ. D'autre part, le coût de la non qualité est d'autant plus important qu'elle est détectée tardivement.



Graphique D'après PILLOU JF introduction à la qualité 2006

Il s'agit donc de trouver le juste équilibre permettant d'éliminer au maximum la non qualité, afin d'obtenir un bon degré de satisfaction des patients.

L'un des principes de base de la qualité est donc la prévention et l'amélioration permanente de la qualité. Cela signifie que la qualité est un projet sans fin dont le but est de prendre en compte les dysfonctionnements le plus en amont possible. Ainsi la qualité peut être représentée par un cycle d'actions correctives et préventives, appelée « roue de Deming »



Ce cycle, représenté dans la roue de Deming, est nommé modèle PDCA, afin de désigner les quatre temps suivant

- « Plan » (Planifier) : il s'agit de définir les objectifs à atteindre et de planifier la mise en œuvre d'action
- « Do » (Mettre en place, faire) : il s'agit de la mise en œuvre des actions.
- « Check » (Contrôler vérifier) : cette phase consiste à vérifier l'atteinte des objectifs fixés
- « Act » (Agir) : en fonction des résultats de la phase précédente, il convient de prendre des mesures préventives, afin d'améliorer en permanence les performances de l'établissement.

Cette roue de Deming représente un cycle dynamique de l'amélioration continue de la qualité.

Le SMQ : un système de management de la qualité est un système, bien documenté, qui assure la cohérence et l'amélioration des pratiques de travail, incluant produits et services. Il est fondé sur des normes qui spécifient une procédure destinée à optimiser la gestion de la qualité. ISO 9000, la plus importante norme internationale dans ce domaine, fournit un cadre de référence pour l'implantation d'un SMQ. Le Système de Management de la Qualité permet d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité.

Certification AFAQ Service Confiance du groupe AFNOR:

Présentation :

La certification est une démarche volontaire consistant en un audit de l'entité par un organisme indépendant dans le but d'obtenir un certificat de conformité aux exigences spécifiées

L'Association française pour l'assurance de la qualité, Créée en 1988, l'AFAQ SC a fusionné en 2004 avec l'Association française de normalisation pour former le groupe AFNOR.⁹⁹

La série des normes comprises dans ce référentiel donne des recommandations, d'organisation de l'entité permettant d'assurer la qualité.

La certification consiste donc, pour l'auditeur, à vérifier que l'entité a suivi ces recommandations. Il s'agit d'une procédure par laquelle un tiers atteste par écrit qu'un produit, un produit ou un service est conforme à des exigences spécifiées, identifiées comme représentatives et validées. C'est l'appréciation de la conformité du système qualité aux exigences spécifiées dans le référentiel.

A l'opposé de la certification ISO 9001 :2015, la certification AFAQ service confiance est une certification de service « métier », donc sectorielle, élaborée selon un référentiel déjà rédigé pour un secteur professionnel ciblé,

La finalité de cette démarche est de valoriser l'image de l'établissement et le service proposé ainsi que le plateau technique et les moyens mis en œuvre. C'est aussi de créer une dynamique professionnelle tournée vers le patient, en mobilisant les praticiens autour de la qualité de service et leur donner les moyens de prouver leurs engagements envers leurs

⁹⁹ Wikipedia : Association française pour l'assurance de la qualité (avril 2010)

patients. Cela passe nécessairement par l'amélioration de la qualité perçue par le patient et l'assurance d'un standard de qualité constant toute l'année.

La certification en santé, c'est mobiliser l'équipe de soins autour de la satisfaction du patient et crédibiliser ses engagements par un organisme indépendant et impartial.

La certification AFAQ SC assure plusieurs actions :

- garantir les engagements vis-à-vis des patients.
- renforcer la confiance des patients.
- développer et fidéliser la patientèle.
- sensibiliser l'équipe soignante, l'associer dans le projet.
- faire connaître la démarche de progrès.
- valoriser l'image de la profession.
- améliorer les performances de l'établissement.
- regrouper les praticiens mobilisés autour de la qualité de service.

- Mise en place du référentiel AFAQ SC :

La mise en place du référentiel AFAQ comporte différentes étapes :

1-l'établissement de santé étudie le référentiel et met en place les actions nécessaires afin de pouvoir appliquer les engagements de services. L'établissement peut se faire aider par un organisme conseil.

2-AFNOR réalise une proposition de certification à l'établissement et prépare l'audit.

3-AFNOR réalise l'audit et prend la décision de délivrer la certification, pour une durée de trois ans.

Identifier les besoins :

L'identification des besoins correspond à la visite d'évaluation. Cette étape est réalisée soit par l'organisme certificateur ou bien par un cabinet de conseil en management, certifié lui-même par l'AFAQ.

Lors de cette étape, il y a prise de connaissance du fonctionnement de l'établissement et une étude de la faisabilité de la mise en place du référentiel.

Un programme personnalisé est établi et remis à l'établissement de santé afin qu'il mette en place des actions pour se mettre en conformité avec le référentiel choisi.

Définir les dispositions d'organisation et de suivi :

1- Responsabilité :

Le ou les praticiens en tant que leader doivent définir les responsabilités des membres de l'établissement de santé afin de respecter les engagements de service. Il faut définir le ou les rôles de chaque personne vis-à-vis du référentiel. Chaque membre est spécialisé dans un ou plusieurs domaines et se verra attribuer un poste en fonction de ses compétences.

2- Organisation :

L'organisation est définie par le ou les praticiens afin de respecter les engagements de service.

Cela concerne l'organisation du personnel mais aussi l'organisation de l'établissement dans son ensemble.

Le praticien doit s'assurer que le personnel a bien les compétences requises pour réaliser les tâches dont il a la responsabilité et assurer le maintien de ses compétences. Pour l'organisation de l'établissement certaines procédures doivent être en adéquation avec les engagements en ce qui concerne l'accueil, le planning, le suivi...

Une organisation des documents est également mise en œuvre. Il s'agit de documents servant à la mise en application du référentiel ainsi que de la preuve de leur mise en œuvre. Cela concerne aussi les documents relatifs aux patients, à la traçabilité de tout le fonctionnement de l'établissement.

3- Formation :

La formation concernant les engagements relatifs à ce référentiel doit être assurée. Ainsi le praticien doit s'assurer que tout le personnel de l'établissement de soins assure et maintient à jour l'information et les compétences auxquelles il doit recourir pour son activité.

4- Plan de contrôle interne :

a-Suivi du respect des engagements :

Des audits internes sont conçus et prévus dans le but de détecter des manquements ainsi que des écarts vis-à-vis du référentiel. Ces audits internes sont effectués par des personnes indépendantes de celle qui ont la responsabilité directe de l'activité contrôlée en cours.

Les activités de suivi d'audit interne comprennent la vérification de l'enregistrement de la mise en œuvre et de l'efficacité des actions correctives engagées.

b-Suivi efficacité de l'organisation :

Ce suivi de l'efficacité de l'organisation se réalise au travers de la détection et de la gestion des anomalies ainsi que par l'étude des indicateurs de performance, sans oublier un bilan réalisé de façon annuel.

Le bilan annuel a pour objectif d'examiner des données de suivi de la qualité et le respect d'engagement. L'objectif de ce bilan est également de planifier les actions correctrices à mettre en œuvre au besoin.

5- Plan de contrôle externe :

Le plan de contrôle externe définit les différentes étapes de la certification ainsi que les méthodes de contrôles utilisés par l'organisme certificateur pour la réalisation des audits.

De plus ce plan de contrôle externe s'inscrit dans le cadre de la certification de service définie par les articles L.115-33 et R.115-1 à R.115-12 du Code de la Consommation.

L'objectif du plan de contrôle externe au travers d'un audit initial et des audits de suivi est de permettre de contrôler le respect des engagements de service compris dans le référentiel AFAQ.

Attribution du certificat AFAQ AFNOR certification :

Plusieurs étapes précédentes l'obtention de la certification. A savoir une étude de candidature, un audit initial de certification et enfin une attribution de la certification.

L'étude de la candidature se réalise au travers un dossier de candidature qui doit être composé de plusieurs éléments. A savoir un engagement de l'établissement de soins à prendre connaissance et à respecter les modalités de la certification, notamment être en mesure de prouver la mise en place des engagements de service sur une période de 3 mois minimum avant l'audit initial. D'autre part, on doit montrer la preuve de la réalisation d'un audit interne portant sur la totalité du référentiel.

Enfin le dossier doit comporter une fiche dite contact qui doit reprendre les informations sur l'établissement ainsi que sur son organisation.

L'audit initial de certification est réalisé par un auditeur qualifié par l'AFNOR choisi en fonction du secteur d'activité à certifier et qui a été formé spécifiquement à l'audit AFAQ.

L'audit initial porte sur le respect des engagements de service, sur la mise en œuvre des dispositions d'organisation, sur le suivi des engagements, ainsi que sur les résultats des enquêtes de satisfaction des patients. Ces audits sont réalisés dans le respect du secret médical. Suite à l'audit, un rapport d'audit est remis à l'établissement de santé.

Attribution de la certification : le responsable d'audit remet son rapport d'audit à un groupe d'Expert Service. Ces Experts Services sont issus des comités de certification AFAQ, sont également formés à la certification de service et choisis en fonction du secteur d'activité à certifier. Ce groupe d'Experts Service examine le rapport d'audit et émet une décision. Sur

avis de ce groupe, la fonction certification AFAQ délivre la certification pour une période de 3ans.

Le maintien du certificat AFNOR:

La certification étant attribuée pour trois ans, l'AFNOR réalise, durant la période de validité du certificat, deux audits dits de suivi selon les mêmes modalités que l'audit initial, et ceci après demande de l'établissement quant à son intention de poursuivre ses engagements atteints.

Les audits de suivi prennent en compte le respect des engagements de service, l'organisation, la communication, le suivi des engagements de la part de l'établissement. Ainsi que l'étude des résultats des enquêtes de satisfaction des patients, ainsi que sur les actions pour corriger les éventuels écarts vis-à-vis du référentiel.

A la suite des audits de suivi, le dossier de maintien de certification est examiné d'après le rapport d'audit de suivi et selon la proposition du responsable d'audit.

Les démarches de mise en place, d'obtention et de suivi de la certification peuvent se présenter sous forme d'un tableau représentant les rôles de l'établissement de santé et ceux de l'organisme certificateur :

	Organisme certificateur	Etablissement de santé
Différentes étapes de certification		
Etape 1 : Demande de certification par l'établissement	-Analyse les besoins -propose des conditions de certification et d'audit	-planification de la certification
Etape 2 : Analyse de la recevabilité de la certification selon le référentiel choisi	-analyse du référentiel choisi -mise à disposition des moyens de mise en place de la certification	-préparation à l'audit
Etape 3 : Audit de certification	-préparation de l'audit -réalisation de l'audit -rapport d'audit	-mise en évidence des points forts et faibles vis-à-vis du référentiel choisi
Etape 4 : Décision de certification	-le comité de certification remet sa décision d'attribution ou non de la certification	-obtention de la certification valable pendant trois ans.

Etape 5 : Audit de suivi	-planification, préparation et réalisation de l'audit -rapport d'audit de suivi -le comité de certification maintien ou non la certification	-maintien de la certification
Etape 6 : Renouvellement de la certification	-proposition d'un audit de renouvellement tenant compte des acquis de l'établissement de santé	-renouvellement de la certification valable trois ans

-Etapas de certification d'après AFAQ-

Les nouvelles méthodes de recherche de la qualité

- Le modèle d'EFQM d'Excellence :

L'EFQM (European Foundation for Quality Management, en français fondation européenne pour le management de la qualité) est une fondation européenne basée à Bruxelles, qui a été fondée en 1988 par 14 entreprises européennes (Bosch, BT, Bull, Ciba-Geigy, Dassault, Electrolux, Fiat, Nestlé, Olivetti, Philips, Renault, Sulzer, Volkswagen), avec l'appui de la commission européenne. L'EFQM compte plus de 700 organismes en tant que membres.

L'objectif de cette organisation à but non lucratif est de promouvoir un cadre méthodologique pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité.

La mission que s'est fixée cette fondation est de promouvoir le système de management de la qualité totale en Europe.

L'EFQM ne correspond pas véritablement à une méthode de management de la qualité, mais en une philosophie de la qualité qui doit s'établir à tous les échelons de l'entreprise.

L'EFQM se base sur la conception de la qualité totale. A cet effet, elle a établi un tableau comprenant les 9 points principaux très clairement structurés aidant l'entreprise à élaborer un système global de management.

Ce tableau sert de base à une évaluation de l'entreprise. Cette recherche de l'excellence est un point essentiel de la philosophie de la qualité EFQM.

Cette quête implique les fondements principaux de l'EFQM : une constante réévaluation des objectifs et des points à atteindre, ainsi qu'une perpétuelle remise en question des chantiers effectués. Seule une gestion optimale de tous les paramètres de l'entreprise (clients, collaborateur, société,) permet d'atteindre ces objectifs.

L'entreprise qui cherche cette excellence doit pouvoir parfaitement gérer sa stratégie, sa politique, ses ressources et ses processus

Grâce à l'EFQM s'ouvrent des portes nouvelles aux structures qui, ayant déjà atteint des objectives qualités majeures, veulent continuer à évoluer en utilisant toutes les nouvelles possibilités de progression.

- Le modèle d'excellence EFQM :

Il est quelque fois difficile de comprendre que ce référentiel ne soit pas adopté, dans toutes les entreprises, comme le modèle « définitif » de management dans lequel s'insère l'ensemble des actions et des programmes à court et à long terme de l'entreprise.

Pour l'EFQM la représentation de l'excellence des résultats peut mesurer :

- aux résultats eux-mêmes, financiers (vue actionnaire) et autres,
- à l'appréciation de l'excellence vue par les clients (et également par les fournisseurs)
- à l'excellence de la perception de l'entreprise vue par son personnel,
- à l'image globale de l'entreprise, à son rôle sociétal

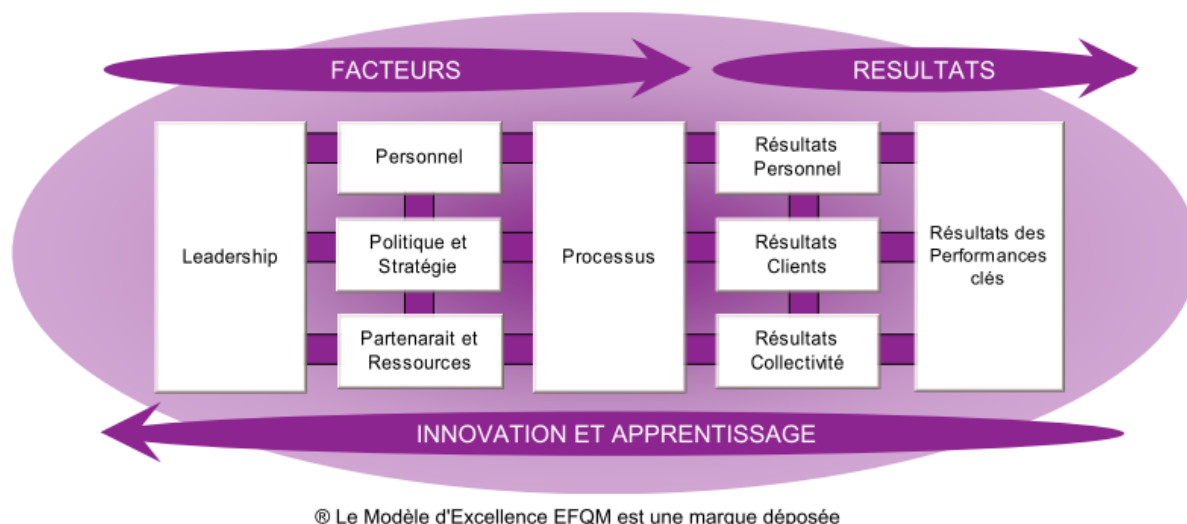
La certification EFQM a un rôle dans :

- vision du management, leadership dans ce cadre de tout l'encadrement
- excellence des stratégies et cohérence de leur déploiement
- qualité du management des ressources, en particulier des ressources technologiques, management des partenariats fournisseurs
- modernité du management du personnel
- enfin, excellence dans les managements des processus, de la chaîne de valeur ajoutée de l'entreprise, tant par des techniques incrémentales que par des remises en cause profondes.

Ce modèle évalue la qualité selon 9 critères :

- Le leadership
- La gestion du personnel
- La politique et la stratégie
- Les partenariats et les ressources
- Les processus
- La satisfaction du personnel
- L'intégration à la collectivité
- Les résultats opérationnels

Ces résultats sont pondérés et répartis en deux catégories : Facteurs (correspondant aux cinq premiers) et résultats (4 derniers) afin de pouvoir qualifier le niveau de qualité atteint et de se positionner par rapport aux autres entreprises.



100

Intérêt de ce modèle

- ce modèle invite à considérer toutes les composantes de l'entreprise ; il réussit, de façon pédagogique, à rendre compte de la complexité du fonctionnement d'une organisation.
- l'auto-évaluation est un levier puissant pour choisir des priorités et pour progresser.
- il englobe et dépasse le modèle de la norme ISO 9000.

Ce tableau a été publié en 1992 et sert de modèle européen du Total Quality Management (TQM). Il s'agit d'une évolution du modèle américain (Malcolm Baldrige).

C'est également le même tableau qui sert de base à l'EFQM lors du Prix Européen de la Qualité, concours annuel organisé par l'EFQM lors duquel sont évaluées les entreprises européennes.

Le TQM constitue l'étape supérieure au SMQ (système de management de la qualité). Un SMQ permet à l'entreprise d'appliquer des méthodes efficaces et formelles de management. Le TQM, lui, permet à l'entreprise de rechercher l'Excellence .

L'entreprise évite les problèmes qu'elle pourrait avoir par la suite. En appliquant du mieux possible les points ci-dessus, l'entreprise pourra aisément adopter un processus d'auto-évaluation.

Cette constante remise en question est un des points essentiels de la stratégie EFQM. Cette fondation annonce que ce principe est la clé d'un bon management, que ce soit dans les grandes ou les petites entreprises du domaine public, comme du domaine privé.

¹⁰⁰ « EFQM "formations" et outil d'autodagnostic ».

A la tête de ce modèle, la EFQM préconise une logique dite « RADAR » (Results, Approach, Deployment, Assessment, and Review) (en français : Résultats, Approcher, Déploiement, Evaluation, Compte rendu). Cette stratégie vis à analyser l'ensemble des éléments, puis à agir et constamment renouveler ces contrôles, afin de pouvoir garantir une qualité optimale à long terme.

L'adaptabilité du modèle EFQM aux hôpitaux :

Il résulte que la démarche EFQM est un des rares modèles qui favorise pleinement la professionnalisation du management et la qualité dans les hôpitaux et l'optimisation de la vision du résultat en matière de la qualité. Cela rééquilibre le pilotage financier avec le pilotage de la qualité.¹⁰¹

Une des difficultés d'adoption « totale » des concepts véhiculés par l'EFQM dans les établissements de santé concernant les moyens d'adaptations des critères aussi « simples » à la variété des stratégies, des styles, des cultures...

Aujourd'hui le patient désire des soins sur mesure, à un coût minimal, avec une haute qualité et dans un délai court.

Les responsables de l'approche EFQM de l'établissement doivent réinventer les approches les plus adaptées à la santé pour les neuf critères fondamentaux.

La certification HAS en France, a éclipsé l'utilisation de cette démarche EFQM en France.

Comparaison entre Certification HAS, la certification AFAQ SC, la certification ISO 9001 :2015 et le modèle EFQM :

Objectifs :

*Certification HAS :

- Obligatoire pour les établissements de santé
- L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins
- L'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.
- La formulation de recommandations explicites
- L'implication des professionnels à tous les stades de démarche qualité
- La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements
- L'amélioration continue de la confiance du public

¹⁰¹ « Améliorer la qualité et le management; exemple de la démarche EFQM au CH Luxembourg et CH Meulun ».

*La certification AFAQ :

Concerne plus les cabinets libéraux et les établissements de santé, mais non obligatoire
-La certification de services a pour objectifs de définir et de faire reconnaître le niveau de qualité qu'un cabinet s'engage à respecter vis-à-vis de ses patients.

*Certification ISO 9001 : 2015 :

Concerne les cabinets libéraux et les établissements de santé, mais non obligatoire.
-La certification du système a pour objectif de démontrer la performance des méthodes utilisées et l'efficacité du processus mis en place

*Le modèle EFQM :

Concerne les cliniques et les établissements de santé, mais non obligatoire.
-l'objectif est de promouvoir un cadre méthodologique pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité.
-Réaliser une excellence permanente

Principe :

*Certification HAS :

-La mise en valeur de la qualité des soins par la mesure des résultats et par l'évaluation des processus.
-l'appréciation de la capacité qu'à l'établissement à administrer des soins de façon régulière, à réviser et à améliorer son fonctionnement pour préjuger de l'administration de soins de qualité.
-L'amélioration de la qualité des soins en mettant à la disposition de l'établissement des normes et des mesures de performances validées, ainsi qu'en proposant des aides et des recommandations.
-La volonté par auto-évaluation de favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins.

*La certification AFAQ :

-Le cabinet démontre sa conformité de prestation au référentiel métier
-Le patient a confiance dans le service promis

*La certification ISO 9001 :2015 :

-La mise en place de moyens par l'établissement pour répondre aux besoins des patients et à adapter ces moyens en fonction de son évolution .
-Le patient a confiance dans l'équipe soignante

*Le modèle EFQM :

-Promouvoir un cadre méthodologique pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité.

Référentiel :

*Certification HAS :

Pour mener à bien cette mission, l'HAS s'appuie sur un manuel de certification HAS V2020 composé, d'une part, de l'exposé des objectifs et des principes de conduite de la démarche, d'autres part, des référentiels, élaborés par des professionnels du système de santé, qui seront utilisés pour apprécier la dynamique qualité de chaque établissement de santé.

*La certification ISO 9001 :

Etablis et mis en place par le cabinet en fonction de ses propres critères vis-à-vis la notion de qualité et conformément à la norme ISO 9001

*Le modèle EFQM :

Le modèle d'excellence EFQM est basé sur un concept consistant à évaluer la qualité selon 9 critères clés (Le leadership, la gestion du personnel, la politique et la stratégie, les partenariats et les ressources, le processus, la satisfaction du personnel, la satisfaction des patients, l'intégration à la collectivité, les résultats opérationnels)

Avantage :

*Certification HAS :

- le caractère obligatoire de la démarche pour les établissements de santé Française
- la Procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels, indépendant de l'établissement ou de ses organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques.

*La certification ISO 9001 :2015

- Elle issue d'un référentiel connu de « tous »
- Le choix des domaines d'application du référentiel en fonction de chaque objectif des établissements.

*Le modèle EFQM :

- Regroupe les facteurs considérés comme indispensables pour l'excellence d'un système
- les facteurs sont pondérés et répartis afin de pouvoir quantifier le niveau de qualité atteint

Limites-inconvénients :

*Certification HAS :

- limité aux établissements de santé, et non aux cabinets libéraux , les médecins libéraux sont concerné par l'accréditation.

*La certification AFAQ :

- le référentiel moins connu par les patients qu'ISO
- Les objectifs qualités sont fixés par le référentiel
- le plan d'amélioration continu de la qualité est tributaire « la mise à jour » du référentiel

*La certification ISO 9001 :2015

- Des prestations différentes suivant les cabinets en fonction du choix des items certifiés et de leurs applications eu sein du cabinet
- intérêt de se faire certifier pour certains items et ignorer les autres

*Le modèle EFQM :

- Il est non conçu pour le monde médical au départ
- Adaptabilité aux établissements de santé.

	Certification HAS (obligatoire pour les établissements de santé française)	Certification hors HAS (concerne les cabinets libéraux et les établissements de santé, non obligatoire)		
		ISO 9001 :20015	AFAQ , du groupe AFNOR	EFQM
Objectifs	-qualité et sécurité des soins -amélioration continue de la qualité	Démontrer la performance des méthodes utilisées et l'efficacité des processus mis en place	Définir et faire reconnaître le niveau de qualité du cabinet vis-à-vis de ses patients	Atteindre une excellence permanente
Principe	-place centrale du patient -démarche continue d'amélioration de sécurité des soins et qualité des soins -implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé	-mise en place des moyens pour répondre aux besoins des patients -confiance du patient dans l'équipe soignante	-démontrer sa conformité vis-à-vis du référentiel AFAQ SC -confiance du patient dans le service promis	-promouvoir un cadre méthodologique pour l'évaluation de l'amélioration de la qualité
Référentiel	Manuel de certification HAS V2020	D'après la norme ISO 9001 et modifié les propres critères de chaque cabinet	Référentiel officiel AFCQED	Modèle d'excellence AFQM
Dimension	nationale	internationale	internationale	européenne
Etablissements concernés	-les établissements de santé publics et privés, -les installations autonomes de chirurgie esthétique, -les Groupements de Coopération Sanitaire.	Tous types d'établissements	Tous types d'établissements : certification système, produit, service, personne	Tous types d'établissements : certification système, produit, service, personne

Avantages	-obligatoire pour établissement français de santé -évaluation externe indépendante à l'établissement de soins	-référentiel connu de tous -choix des domaines d'application du référentiel en fonction des objectifs de chaque cabinet -approche dynamique	-objectifs qualité sont clairement identifiées et définis par le référentiel	-constitués de facteurs considérés comme indispensables pour atteindre la qualité totale
Limites / inconvénients	-limité aux établissements de santé française	-prestation différentes suivant les cabinets	-moins connu que l'ISO par les patients -objectifs sont fixés par le référentiel	-inconnu par les patients -non conçu pour le monde médical -adaptabilités aux établissement de santé

Tableau comparaison : Certification HAS v2020 et certifications hors HAS .¹⁰²

Accréditation des médecins et équipes médicales :

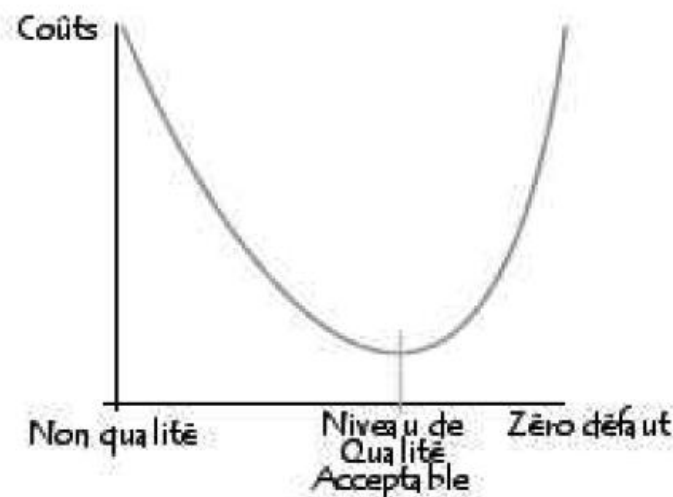
L'accréditation est un programme **volontaire** d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les médecins et équipes médicales, conçu par leurs pairs et visant à :

- L'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles ;
- Diminuer le nombre des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ;
- Maîtriser les conséquences des EIAS.

Algérie :

« Limiter les dépenses de santé et l'accès aux soins et par une qualité modeste voir inférieure »

¹⁰² Kennas, Fromentin, et École du Val-de-Grâce, « Analyse et gestion des doléances de la non qualité des soins prothétiques dentaires au pôle odontologie de l'hôpital Rothschild ».



Graphique D'après PILLOU JF introduction à la qualité 2006

Les établissements de santé en Algérie ne sont pas dotés de direction de la qualité et de la gestion des risques, il n'existe pas de postes au sein des hôpitaux pour ingénieurs qualité, à l'échelle nationale ou régionale il n'existe pas de d'institution ou organisme pour gérer la qualité,

Il existe au sein du ministère une direction d'inspection générale (pas spécialisée en qualité). Il existe des contrôles de conformité pour les cabinets libéraux et clinique privés au moment de leur installation qui s'intéressent à une dizaine de critères basiques et simple comme l'architecture de du locale ou le nombre de pièces ou la présence ou pas d'une citerne d'eau présence d'autoclave (au lieu des anciens Poupinels)....

Concernant la certification et l'accréditation, il n'existe aucune certification de l'établissement hospitalier malgré l'apparition il y a une dizaine d'année d'organismes certificateur ISO ou autres privé ou public comme L'Institut Algérien de Normalisation IANOR.

Le Ministère de la santé a organisé le 12 mai 2022, le premier stage de formation organisé par le dans le cadre du projet "Réponse Européenne Solidaire au COVID-19 en Algérie", sur "Accréditation des laboratoires de biologie médicale selon la norme" ISO 15189 : 2012" au profit des médecins et pharmaciens spécialisés en biologie, s'est conclue hier. Personnel médical et responsables des laboratoires des établissements publics de santé.

Cette formation a été supervisée par un expert international dans ce domaine.

Ce paramétrage vise à :

Certification du personnel de laboratoire des établissements de santé publique sur l'accréditation des laboratoires de biologie selon la norme ISO 15189.

Maîtriser les différents axes de cette norme et la capacité de l'interpréter et de la lire, ainsi que d'établir un système qui garantit la qualité.

Concernant les laboratoires privés, Huit laboratoires d'évaluation de la conformité des produits, relevant du ministère du Commerce et de la Promotion des investissements,

devraient être accrédités d'une nouvelle norme – ISO 13485 en 2022, a indiqué, hier à Alger, le directeur général de l'organisme algérien d'accréditation Algerac¹⁰³

▪ **L'architecture et l'hôtellerie hospitalière :**

Les administrations :

Le management est aussi une histoire d'architecture et d'organisation de l'espace de travail, l'espace de travail une architecture complexe au service du bien-être

Un **open space** est un espace de travail collectif où les bureaux sont installés sur une plateforme unique et ne sont pas cloisonnés. Bref, ce sont des bureaux ouverts où l'on peut se voir, s'entendre et travailler les uns avec les autres. Pour renouveler le concept des années 1950, le terme bureau paysage a été introduit, évoquant un espace calme.

Avantages :

- Promouvoir la transparence, la communication et la circulation de l'information,
- S'engager dans des échanges informels,
- Favoriser le travail collaboratif et le travail d'équipe,
- Améliorer le bien-être des employés, surtout s'il y a des salles de réunion, des lieux de loisirs, Réduire les barrières de niveau.
- Gain de place
- Réduction des coûts
- Meilleure communication
- Efficacité du travail en équipe
- Réactivité accrue.
- Ne pas s'occuper d'autres choses comme lire les journaux ou discuter hors sujets du travail ou boire du café....

Inconvénients :

- Le manque d'intimité ; le son le bruit
- Le sentiment d'être surveillé
- Une augmentation de l'absentéisme a été parfois remarqué ;
- Le manque de concentration sur le travail
- La fatigue

Dans le secteur de santé que ce soit en France ou en Algérie les administrations ne sont pas organisées sous forme de open space, il serait intéressant d'en faire l'expérience.

¹⁰³ <https://www.kreo-agency.com>, « ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ DES PRODUITS ».

Les espaces et lieux de soins :

L'architecture hospitalière est l'architecture qui s'applique au domaine hospitalier. Il se caractérise par la transition des hôpitaux pavillonnaires du début du XXe siècle vers les blocs hospitaliers rapidement établis des années 1930. Le principe était de répartir différentes unités fonctionnelles ou différents services hospitaliers dans plusieurs bâtiments, dits « pavillons ». Cette disposition, qui facilite l'aération, et a également permis de séparer les secteurs et les conditions médicales, répondant aux préoccupations d'hygiène découlant des progrès de la médecine. Le terme bloc hospitalier désigne un type d'organisation fonctionnelle et spatiale des centres hospitaliers apparu au XXe siècle. Contrairement aux hôpitaux pavillonnaires, où les fonctions et les services sont séparés et répartis dans plusieurs bâtiments, les hôpitaux de bloc les intègrent dans un seul bâtiment à plusieurs étages. Ce principe d'organisation est apparu pour la première fois aux États-Unis dans les années 1930 et s'est répandu en Europe, mais il était toujours valable au début du XXIe siècle. Le premier hôpital de France construit sur ce principe fut l'hôpital Beaujon de Clichy en 1932.

Plusieurs raisons expliquent l'apparition et la généralisation de ce type d'hôpital :

- La recherche de liaisons plus rapides entre les multiples équipements techniques
- Les contraintes d'évolutivité des locaux
- L'évolution de la médecine et meilleure prévention des maladies transmissibles
- Les évolutions parallèles des techniques du bâtiment comme les ascenseurs
- La cherté de l'immobilier

Les hôpitaux modernes visent à minimiser la charge de travail et le risque de contamination du personnel médical tout en maximisant l'efficacité du système global. Le temps de déplacement du personnel hospitalier a été réduit et la nécessité de transporter les patients d'un service à l'autre a été réduite. Le bâtiment doit intégrer des services importants tels que la radiologie et les salles d'opération, tout en tenant compte des fonctions importantes liées aux connexions électriques, à la plomberie et à la gestion des déchets. Cependant, il convient de noter que les hôpitaux "modernes" sont souvent le produit de décennies voire de centaines d'années de croissance et sont souvent mal gérés. Cette croissance entraîne une croissance nécessaire mais désorganisée et continue, en fonction des besoins et des ressources financières. De nombreux hôpitaux sont des catastrophes, une bureaucratie anonyme et complexe, et ne sont pas du tout adaptés aux fonctions pour lesquelles ils ont été créés. Ils ne fonctionnent généralement pas et causent du stress et de l'anxiété au lieu de mettre le patient à l'aise. Certains nouveaux hôpitaux tentent de trouver une architecture qui respecte l'esprit du patient. Une meilleure ventilation, les images et couleurs plus claires

Une étude de la British Medical Association a montré qu'une bonne structure hospitalière peut réduire le temps de traitement des patients.

L'exposition au soleil aide à combattre la dépression. La séparation des chambres selon le sexe d'intimité et favorise la dignité du patient. La présence de verdure et de jardins est également importante. La vue depuis la fenêtre améliore la santé du patient et réduit les tensions et le stress. L'élimination des longs couloirs réduit la fatigue et le stress des soignants. Autre évolution notable, le passage d'un système d'espaces communs séparés par des cloisons amovibles à un système d'espaces individuels. Les systèmes de chambres convertibles sont considérés comme très efficaces, en particulier par le personnel médical, mais sont beaucoup plus stressants et envahissent l'intimité des patients. Cependant, le coût de ces chambres et de leur entretien reste largement contraint, et certains hôpitaux devront facturer plus pour les chambres individuelles.¹⁰⁴

En France plusieurs travaux du gouvernement sont intéressés à l'architecture hospitalière et de sa modernisation comme le guide Nouvelles Organisations et Architectures Hospitalières en 2007.¹⁰⁵

▪ La gestion des achats :

L'achat de biens et de service représente environ 15 à 20% du budget de l'hôpital, soit 15 milliards d'euros (en 2005) pourtant la prise de conscience de l'importance de cette fonction achat est relativement récente .

cette fonction a commencé d'apparaître dans les années 60 dans les entreprises privées ,l'achat et l'approvisionnement sont deux fonctions différentes ,la fonction d'achat a pour objet pour définir les besoins pour chercher les meilleurs fournisseurs au moindre coût en garantissant une qualité optimale .cependant la fonction d'approvisionnement en la gestion des commandes pour répondre à toute circonstance aux demandes des consommateurs . il existe aussi une fonction magasin qui a pour fonction de réceptionner les commandes, gérer les stocks et de livrer les produits aux services

Pour réaliser ces 3 fonctions des diplômes spécifiques et master en gestion des achats ont apparus dans les grandes écoles de commerce

¹⁰⁴ « Nouvelles organisations et architectures hospitalières ».

¹⁰⁵ « Nouvelles organisations et architectures hospitalières ».

Union des Hôpitaux pour les Achats UniHA

UniHA a été fondée en 2005. L'Union des Hôpitaux pour les achats est une coopérative d'acheteurs hospitaliers publics en France qui travaille en étroite collaboration avec les fournisseurs pour concevoir des achats innovants. UniHA est l'un des premiers acheteurs européens du secteur de la santé et l'un des premiers acheteurs nationaux à fédérer tous les domaines d'activité tout en assurant des soins de qualité.

UniHA a été créé par les directeurs hospitaliers (32 CHU et 20 CH).

L'objectif est de mutualiser leurs achats, leurs savoir-faire et leurs compétences pour gagner en performance financière, en temps et en qualité.

Depuis sa création, l'UniHA est convaincue que l'achat est l'un des moyens stratégiques pour fournir les meilleurs services médicaux à ses concitoyens et rendre les hôpitaux publics plus efficaces.

Aujourd'hui en 2021, 1048 hôpitaux ont adhéré à la coopérative, 114 GHT ; UniHA a eu en 2020, 5,02 Mds d'€ et 117M€ de gains.¹⁰⁶

La charte UniHA se compose de 3 valeurs partagées par tous :

1. La pertinence : achats prioritaires et au juste besoin
2. La qualité : des produits et acquérir des innovations
3. La bienveillance : le bon contrôle des marchés

Les actions se font par :

Le groupement de commande : les établissements recensent leur besoin et procèdent à une procédure d'achat commune.

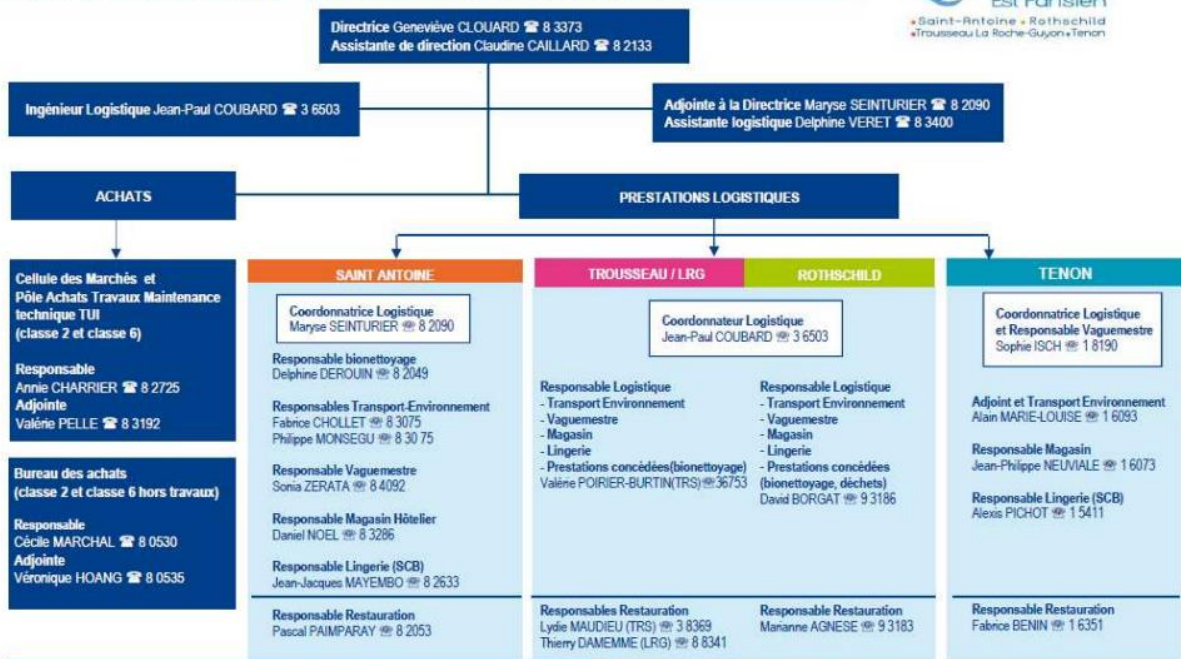
La centrale d'achat : les marchés sont mis à disposition à n'importe quel moment.

Quel que soit le moyen, l'établissement accède au marché directement auprès du fournisseur, en évitant les intermédiaires.

Au niveau du groupe hospitalier HUEP Le projet managérial de la Direction des Achats et des Prestations Logistiques D.A.P.L :

¹⁰⁶ « UniHA | UniHA en quelques mots ».

Direction des Achats et des Prestations Logistiques



-Organigramme de la Direction des Achats et des Prestations Logistiques HUEP-

Algérie :

La Pharmacie centrale des hôpitaux :

A l'échelle nationale, l'achat groupé est assuré par la Pharmacie centrale des hôpitaux :

Il s'agit d'un établissement public à caractère industriel et commercial créé en 1994, la PCH est dirigée par un directeur général, et administrée par un conseil d'administration.

Son siège général est basé à Alger, avec 5 directions régionales (Alger, Oran, Annaba, Bechar et Biskra).

La PCH dénombre environ de 190 fournisseurs dont 74 locaux et 116 étrangers pour établissements publics de santé et d'autres organismes acheteurs.

Les activités principale de la PCH: Achats, stockage et Distribution des produits pharmaceutiques pour le secteur hospitalier.

-Evolution de la PCH depuis sa date de création : lancement de projets industriels de fabrication de médicaments.

Les missions de la PCH :

- L'approvisionnement
- Le stockage et la distribution

- *Elaborer un programme d'approvisionnement en relation avec les structures sanitaires publiques.*
- *Initier et réaliser des programmes d'approvisionnements*
- *Assurer le contrôle de qualité*
- *Assurer la distribution des produits pharmaceutiques et instrumentations médicochirurgicales aux structures de santé (publique et privée).*
- *Assurer la commercialisation des produits pharmaceutique aux profits des malades atteints d'une affection particulières.*
- *Gestion des stocks stratégiques selon les normes qui seront définies par les autorités concernées.* ¹⁰⁷

La PCH, investie juridiquement d'approvisionner les hôpitaux, elle permet d'assurer la fourniture de manière continue et à des prix raisonnables ; et éviter les pénuries.

En tant qu'établissement public, elle assure les prérogatives d'une centrale d'achats pour les hôpitaux publics

Ses objectifs sont de satisfaire toutes les demandes dans un cadre contractuel en produits pharmaceutiques dans les conditions de qualité, de délais, de coûts et ce, en tout point du territoire national ; et garantir la disponibilité des produits destinés aux programmes nationaux spécifiques de santé et qui viendraient à être décidé par le Ministère de la Santé,

On note ; bien que le directeur de la PCH ait mis en place un système de numérisation en vue de bien gérer les stocks et faire face aux ruptures de médicaments au niveau des hôpitaux ; Un retard de la PCH concernant le commerce électronique et le E-commerce et la distribution.

¹⁰⁷ « Pharmacie Centrale des Hôpitaux (PCH) Ministère de la santé ».

CARACTÉRISTIQUES	INDICATIONS
Situation juridique	Etablissement Public à caractère Industriel et Commercial (EPIC)
Objet social	Approvisionnement des structures hospitalières
Siege social	11 Route de Wilaya Oued Smar Dar El Beida Alger
Date de création	25 septembre 1994
Capital	6 353 MILLIONS DE DINARS
Nombre des annexes	Cinq (5) directions régionales: Alger, Annaba, Biskra, Oran et Bechar
Nombre des clients	582 Établissements Publiques de santé, 660 Clients Divers

La Direction des Moyens matériel DMM CHU Mustapha :

La fonction achat à l'échelle du CHU Mustapha est assurées principalement par la Direction des moyens matériels. Elle est composée par :

- Sous-direction des services économiques :
 - -Bureau des approvisionnements
 - -Bureau de la gestion des magasins et des inventaires
 - -Bureau de la restauration et de l'hôtellerie
- Sous-direction des produits pharmaceutiques et du consommable
- Sous-direction des infrastructures, des équipements et de la maintenance

Les achats sont réalisés par priorité vu les conditions économiques, les 5 laboratoires prioritaires sont :

- Laboratoire de Biochimie
- Centre de transfusion sanguine
- Laboratoire d'immunologie
- Laboratoire de Parasitologie
- Laboratoire d'anatomie pathologique

On note :

-Une rigidité règlementaire et bureaucratique handicapante pour la fonction achat (afin d'éviter les risques de corruption).

-Souvent il faut un accord de la Direction centrale des équipements au ministère de la santé ou le ministère de l'industrie pharmaceutique .

-Une Gestion bureaucratique archaïques, pas de système d'information moderne, l'hôpital n'est pas numérisé.

-On peut se demander pourquoi l'hôpital n'est pas numérisé, système de d'information obsolète peut être par complicité générale pour moins de transparence ?

-Depuis les débuts les années 80 et le passage de l'économie de marché il y a eu apparition de lobbies qui ont l'exclusivité d'importation des produits pharmaceutiques et équipements médicaux. Ces intermédiaires spéculent parfois d'une manière spectaculaire, exemple un fauteuil dentaire qui est venu 1200 euros TTC frais de transport comprises, dans son pays de fabrication est revenu par les importateur plus de 8000 euros et souvent les particuliers ou les établissements de santé n'ont pas des licences d'importation ; ces intermédiaires sont surnommés parfois par « *les parasites de l'économie* ».

Un deuxième exemple : les fauteuils dentaires de marque SIRONA contrefaçon achetés au prix de l'original. (Sirona Dental Systems, une entreprise issue d'une scission de Siemens)

Un deuxième exemple : le scandale des comprimés du fluor dans les écoles primaires en Algérie¹⁰⁸(qui ressemble à l'affaire Médiator en France).

▪ La gestion du parcours du patient :

France :

Les agences régionales de santé ont pour mission de structurer les parcours de santé. Depuis 2010 elles se sont engagées dans une logique de découplage des champs de la prévention, de l'offre de soins et le médico-social, Un référentiel de certification de la HAS a été conçu pour l'évaluation de la gestion des parcours patients intra et extra hospitalier.

Le parcours de soins c'est la prise en charge globale et continue des patients au sein du système de santé par :

- L'adoption des comportements favorables à la santé et de prévention (hygiène, mode de vie, éducation à la santé)
- Favoriser les soins au plus près du lieu de vie du patient
- L'accompagnement des patients:

Les acteurs impliqués dans la gestion du parcours et la coordination des soins sont :

- Le personnel soignant (médecins, pharmaciens, hôpitaux...),

¹⁰⁸ « Reprise du « programme fluor » en milieu scolaire ».

- Les services et d'établissements médico-sociaux et sociaux (pour les personnes âgées ou handicapées),
- Les collectivités locales comme les mairies, et d'autres services de l'Etat
- Les organismes de protection sociale.

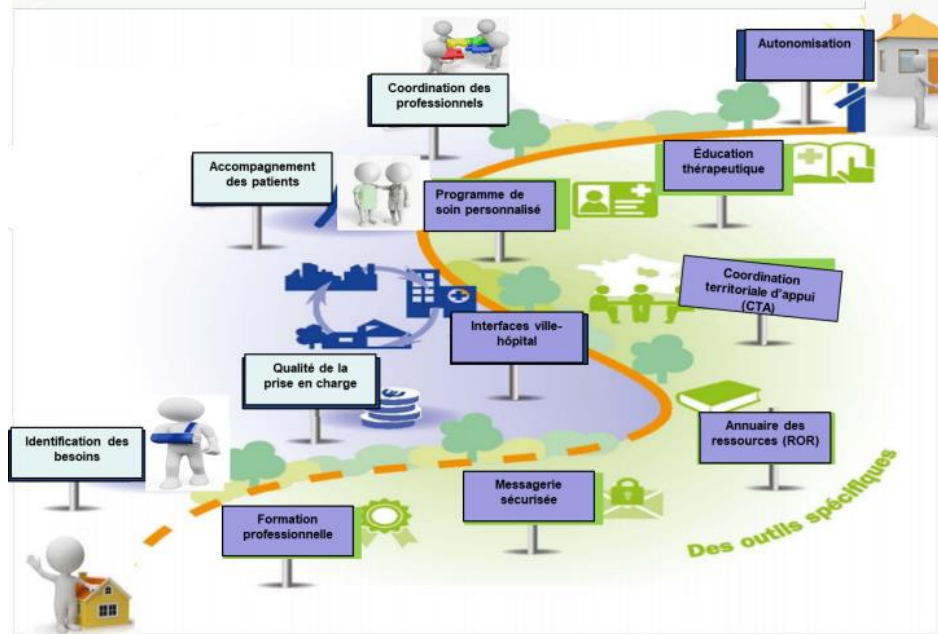
Les actions :

- Développer la coordination des parcours en lien avec les acteurs sanitaires et médico sociaux).
- Fluidifier le parcours et maîtriser l'hébergement : y avoir une visibilité des capacités d'hospitalisation des patients
- Formaliser des circuits courts
- Assurer la continuité des soins tout au long du parcours intra et extra hospitalier :
 - Assurer la production de la lettre de liaison ;
 - Prendre en compte l'autonomie et la situation sociale

Évaluation :

- Évaluer et améliorer l'accès des patients hospitalisés aux plateaux techniques
 - Améliorer le parcours intra hospitalier

1. La coordination des parcours en lien avec les acteurs sanitaires et médico sociaux



2. L'anticipation de l'organisation du séjour des patients

Les 4 piliers indissociables

- Besoin journalier minimal en lits
- Entrées directes
- Séjours programmés
- Durées prévisionnelles de séjour (DPS)

L'organisation de l'hébergement du patient

- Avoir une visibilité des capacités d'hospitalisation



- Avoir une cellule de gestion des lits



Algérie :

Améliorer la gestion des flux de patients aux urgences et prioriser la prise en charge de la structure de santé est l'une des priorités de tout système de soins, En Algérie il n'existe pas encore d'organismes centraux ou régionaux pour étudier et planifier et organiser le parcours des patients,

Il n'existe pas de directions du parcours du patient comme à l'HUEP, l'organisation de l'hôpital n'est pas basée sur les attentes et les exigences implicites et explicites des usagers.

Les services sont définis par spécialité médicale (ou chirurgicale) il n'y a pas encore de pôles d'activité

Exemple :

En Pole Odontologie (regroupement d'anciens services dentaires)

Le pôle prend en charge les adultes et les enfants (sauf l'orthodontie qui se situe à l'hôpital Pitié Salpêtrière).

Les activités médicales pratiquées sont :

- Les soins dentaires conservateurs et prothétiques
- La chirurgie orale
- La parodontologie
- L'implantologie dentaire et chirurgie osseuse pré-implantaire
- L'imagerie (radiographie dentaire, panoramique, téléradiographie et cone-beam)

Lorsqu'un patient se présente il passe aux secrétariats pour prendre RDV puis en consultation là où on lui réalise un devis puis des examens complémentaires, puis on lui réalise sa prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire dans le même service voir le même fauteuil dentaire.

Cependant au CHU Mustapha le département des soins dentaires est divisé par 5 services séparés

- Service odontologie conservatrice

- Service parodontologie
- Service Prothèse dentaire
- Service Orthopédie dento-faciale
- Service Pathologie et chirurgie buccale

Si un patient vient pour extraction il doit passer le guichet du paiement pour payer 50 dinars (environ 25 centimes d'euros) pour aller par la suite à la consultation du service Pathologie puis on l'oriente pour faire la radiographie dans une clinique privé ou service radiologie public

Puis on lui donne un rdv pour son extraction dentaire

Puis s'il a d'autres soins dentaires il doit voir la consultation d'odontologie conservatrice puis prendre rdv avec un étudiant ou résident (résident =équivalent d'interne en France).

Puis s'il a un détartrage à faire, pareille consultation puis RDV de plusieurs séances ...

Ce qui donne plusieurs RDV et déplacements inutilement ce modèle bureaucratique n'existe pas par exemple dans les cliniques dentaires privé en Algérie.

Cette séparation des soins dentaires en services aussi empêche l'émergence de nouvelles spécialité et disciplines comme l'implantodontie ou la pédodontie

La création d'un réseau des urgences médico-chirurgicales

Améliorer la gestion des flux de patients aux urgences et prioriser la prise en charge de la structure de santé était au menu des journées d'études organisées par le ministère de la santé par la création d'un réseau de gestion des urgences médico-chirurgicales. Les experts de plusieurs établissements hospitaliers ont montré l'absence d'un programme clair et d'une organisation et d'un contrôle rationnels de l'UMC (urgences médico-chirurgicale). Ils ont préconisé de redonner aux structures de proximité la place qu'elles devraient avoir sur le plan de la hiérarchisation et de la prise en charge des soins primaires. C'est aussi le résultat de l'augmentation de la population

Le ministère de la Santé s'engage désormais dans une stratégie de remettre la structure de la communauté là où elle devrait être, dans une perspective de priorisation et de gestion des soins primaires *«Ce programme a été entamé au niveau de la capitale, mais il s'étendra*

prochainement au reste du pays ; d'autant plus qu'en termes d'infrastructures sanitaires et de ressources humaines''

L'objectif principal est de réduire le nombre de patients aux urgences de chirurgie médicale dans les grands hôpitaux en les orientant vers des structures de proximité pour bénéficier des soins primaires les plus courants. (70% des patients qui se présentent aux urgences n'ont pas des cas d'urgences ,L'objectif de ce réseau est d'alléger la pression sur les services dans les hôpitaux qui connaissent des afflux importants ¹⁰⁹

La Loi sanitaire du 2 juillet 2018 à instaurer le concept du médecin traitant mais les décrets d'applications ne sont pas encore adoptés.

▪ Le marketing en santé :

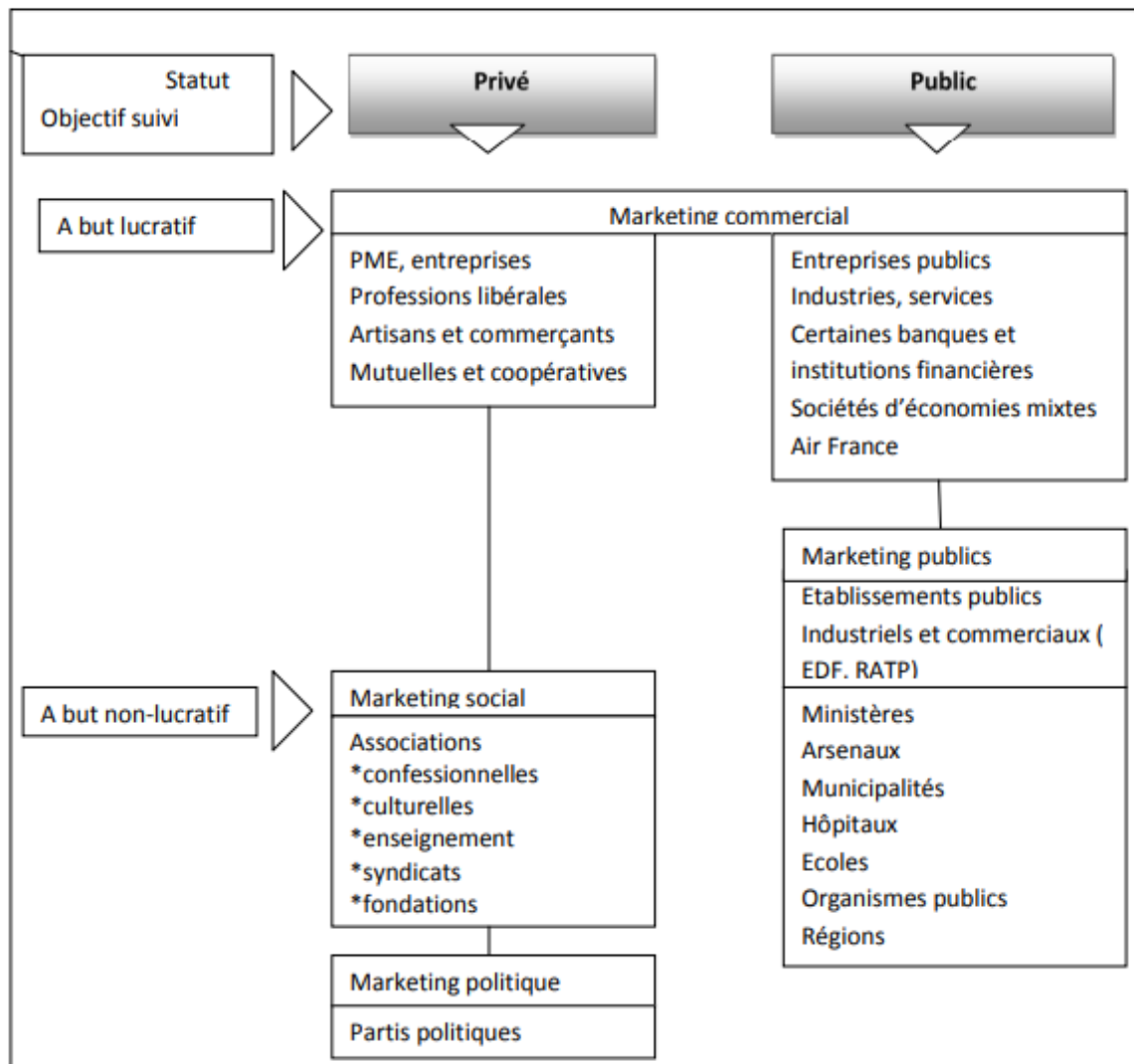
« En France le patient est considéré comme un client en Algérie le patient est une charge pour l'état » sous-directeur des finances CHU Mustapha

Le marketing émerge dans de nombreux domaines aujourd'hui, on parle du marketing des services dans le secteur marchand, Le marketing des services publics dans le secteur des organisations à but non lucratif, ou encore de Marketing politique.

Deux démarches complémentaires ont récemment été importées du privé dans le secteur des services publics, la Qualité et le Marketing. Elles permettent de placer l'utilisateur ou le client au centre des préoccupations du service (rares sont aujourd'hui les organisations privées ou publiques, qui n'ont pas placé le client au cœur de leur processus marketing et qui n'utilisent pas au moins quelques-unes des méthodes et des techniques d'écoute les clients). Les deux démarches visent aussi à satisfaire l'utilisateur ou le client, dont la démarche marketing est plus tournée vers l'extérieur que la démarche qualité, qui ne peut exister sans elle puisqu'il s'agit de mieux répondre aux besoins des clients.

¹⁰⁹ lesoirdalgerie.com, « Gestion des patients dans les urgences ».

Figure : secteurs d'application du marketing (d'après HERMEL et ROMAGNI 1990)



Source : P COUTELLE- BRILLET, V DES CARETS, 2004, marketing « de l'analyse à l'action », Pearson édition, et e-node France, P., 229

Le marketing de service public est défini comme étant un art de promouvoir des prestations mettant en œuvre des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées en apportant au débat démocratique et à la décision politique

Particularités du marché de la santé :

-Dissociation entre paiement et consommation : En général les usagers ont une couverture sociale

Asymétrie de l'information : L'utilisateur est ignorant de ses véritables besoins thérapeutiques, il ne connaît ni la quantité ni la qualité du bien qu'il veut ou qu'il doit consommer. Il ne peut pas vraiment intervenir dans des décisions et orientations thérapeutiques, en raison de sa méconnaissance en domaine médical.

-Ethique : Le marketing est souvent perçu comme le moyen de vendre n'importe quoi à n'importe quel prix. Il se résumerait à des techniques de manipulation dont le seul objectif est la recherche du profit. La santé n'étant pas un bien comme un autre, le corps médical est souvent réticent au marketing considérant qu'il réduit la dignité de la profession médicale.

-La maîtrise des dépenses de santé : augmenter le marketing engendre l'augmentation des facteurs de consommation ce qui augmente les dépenses de santé.

En France le marketing en santé est une question très réglementée, Il existe au sein de l'HUEP une direction de l'information. La publicité explicite qui engendre concurrence déloyale entre les praticiens est proscrite cependant l'information médicale est souhaitée.

La publicité indirecte est observée à travers les sites web des hôpitaux ou par l'application de gestion des RDV DOCTOLIB. Les praticiens du service public publient sur des plateformes ou réseaux sociaux comme YouTube ou Facebook pour informer les usagers mais aussi à les attirer et les orienter.

Nous avons même observé une des publicités en langue étrangères (anglais, arabe) destinées aux patients étrangers (comme sur le site de l'hôpital Gustave Roussy <https://www.gustaveroussy.fr/>) sachant que les prix sont beaucoup plus chers pour les usagers non-résidents non assurés en France.

En Algérie les hôpitaux sont financés avec une dotation globale peu importe la proactivité des services et des biens, idem le personnel est rémunéré à la présence, et non à l'activité ou à l'acte, ou même la qualité, ce qui ne les incite pas les hôpitaux ou le personnel à faire une démarche marketing en santé. (Chose très pratiquée dans le secteur libéral).

Les mêmes médecins qui travaillent en même temps en secteur public et privé (légalement ou clandestinement) font de la publicité via les réseaux sociaux pour augmenter leur activité dans le secteur privé mais jamais dans le secteur public.

G. Conclusion : Perspectives et pistes de progrès :

« Si nous ne changeons pas notre façon de penser, nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes que nous créons avec nos modes actuels de pensée »

Albert Einstein

J'ai commencé cette partie par cette citation pour dire que le changement souhaité dans système hospitalier algérien doit passer par des réformes et des changements profonds des méthodes de gouvernance, d'administration, de gestion et de management.

Les modes de gestion et d'administration actuels obéissent à des méthodes de gestion dépassées et bureaucratiques hérités du modèle soviétique des années 70, qui symbolisent la société de l'assistanat, l'inefficacité et du gaspillage des moyens publics.

Celui qui ne connaît pas les problèmes de santé notamment celles de gestion ne peut pas les résoudre ou induire quelconque changement dans le secteur de la santé.

Nous avons observé dans cette partie que la gestion du système de santé notamment le système hospitalier s'est inspiré des grandes évolutions du management des entreprises économiques à l'échelle de l'organisation, le management de la qualité et la gestion des risques ou la gestion du personnel....

Les enseignements managériaux que nous avons développés dans cette partie que l'Algérie peut s'inspirer et doit les appliquer pour reformer son système hospitalier (c'est valable aussi à l'ensemble de son service public). Brièvement et plus concrètement, les priorités sont :

En termes de financement du système de santé, Sur le plan macroéconomique : Si la France avec la réforme « Ma santé » du Président Macron envisage de diminuer la dépense de santé en France, je recommande d'augmenter la dépense nationale de la santé qui représente 5% du Pib en cherchant de nouveaux financements, et augmentant le nombre de cotisant (seulement 80% des algériens ont une couverture sociale)

Il faut continuer l'initiative abandonnée des années 90 que le ministre Pr Guidoum a voulu faire qui consiste à tarifier les actes dans l'établissement publique et avoir une contractualisation avec l'assurance maladie.

Le paiement des services et des biens par les usagers les rend plus responsables ce qui augmente les recettes et diminue les dépenses. Ainsi augmenter la qualité, la productivité, la performance et l'utilité des soins, ainsi assurer aussi le bon accueil et la dignité des usagers et des praticiens, cependant il faut penser à une autre façon ou couverture sociale solidaire pour permettre l'accessibilité des plus démunis aux établissements publics et privés.

Le financement des établissements de santé doit tenir compte de l'activité, la qualité, l'utilité et la performance, il faut privilégier ce mode de financement qui semble le plus juste, plus productif et plus motivant à travailler. Il faut instaurer une culture de financement basé sur les résultats, là où les objectifs ne seront pas remplacés juste par des mesures.

Le paiement à l'activité doit tenir compte La CIM-11 est qui est la onzième révision de la Classification internationale des maladies. Un modèle plus simplifié que la T2A ou le financement combiné en France est souhaité, comme le paiement à l'acte dans les établissements privés. Avec des tarifs réglementés pour éviter toute sorte de spéculation.

Ce mode de financement à l'acte est déjà pratiqué par les hôpitaux, cabinets et cliniques privés en Algérie.

Il est nécessaire d'introduire des méthodes de management et de marketing (*éthique*) dans les hôpitaux publics, inspirés des entreprises libérales, et considérer les patients (les usagers) comme des clients qui ont des exigences, et non des patients (usagers) comme une « charge » à l'état, et rompre avec le modèle bureaucratique socialiste des anciens payas soviétiques qui a prouvé son échec partout dans le monde (Corée du nord / Corée du sud, Allemagne de l'ouest RFA / RDA, Chine de Mao Zedong et la Chine passée à l'économie de marché ...).

Pour instaurer un tel financement et bannir le financement par forfait ou dotation globale (le plus possible) il faut évidemment développer des systèmes d'informations performants et fiables et universels ; à l'ère des smartphones et des réseaux connectés ce projet me semble très concrétisable, qui assure la transparence du système.

Une gestion informatisée et automatisée est nécessaire vu la complexité du système et pour une meilleure performance.

Un système d'information efficace, fiable, sécurisé est nécessaire pour une bonne transparence et une bonne gestion des ressources.

En France on dénombre 358 sociétés qui travaillent sur les SIH, 1 035 logiciels sont déclarés dans le RELIMS Référencement des Éditeurs de Logiciels et Intégrateurs du Marché de la Santé.

En termes de management de la qualité et gestion des risques : il est nécessaire de créer une direction centrale ou une institution centrale qui s'occupe du management de la qualité au

sein des établissements de santé publics et privés, la gestion des risques, les recommandations des bons pratiques.

En France le référentiel du manuel de certification des établissements de la santé V2020 (version 2021) est composé de 131 critères sur 3 chapitres : 1 le patient, 2 les équipes de soins, 3 l'établissement.

Notre vision du management de la qualité et la gestion des risques nous imaginons une action sur 2 axes horizontal et vertical :

Un axe horizontal : L'instauration de la certification des établissements de santé publics basée sur un référentiel standardisé plus simplifiée que la certification HAS ou ISO qui concerne tous les établissements de santé. Cette certification sera réalisée par des experts en management de la qualité en santé publique.

Un axe vertical : Des recommandations actualisées de bonne pratiques professionnelles par spécialités médicale (chirurgicale) réalisées par des spécialistes experts ; pour l'amélioration de la prise en charge du patient et des usagers ; et assurer la fonction d'inspection et de control de la qualité des soins.

En termes de gestion du parcours du patient ; l'hôpital doit être organisé sur les exigences et les besoins des usagers en commençant par les urgences et le bureau des admissions des malades pour rendre les soins plus efficaces et plus efficients et engendrer moins de déplacements et de temps pour les usagers, l'organisation actuelle des services par spécialité médicale (ou chirurgicale) arrange mieux peut-être l'enseignement des étudiants des stagiaires mais pas les usagers.

Le bon parcours du patient nécessite aussi des rénovations architecturales adaptées au bon fonctionnement de l'hôpital.

La rénovation architecturale ne concerne pas seulement le parcours des patients, mais aussi l'organisation de l'administration qui est représenté actuellement comme nous l'avons constaté à l'hôpital Mustapha par des bureaux cloisonnés dispersés sur les 15 hectares de l'hôpital ce qui rend le fonctionnement l'administration difficile.

Les activités de la santé ont un impact sur l'environnement, peu pris en compte aujourd'hui. Une réflexion sur le long terme doit pourtant être engagée pour que le secteur de la santé serait conforme aux impératifs du développement durable. Un management environnemental en santé est très recommandé, nous aspirons que les hôpitaux deviendront écologiques.

IV. Troisième partie : Les questions éthiques de la transposition du management hospitalier français en Algérie

“ Si l'univers physique est soumis aux lois du mouvement, l'univers moral ne l'est pas moins à celles de l'intérêt. L'intérêt est sur la terre le puissant enchanteur qui change aux yeux de toutes les créatures la forme de tous les objets...”.

Claude-Adrien Helvétius ¹¹⁰

¹¹⁰ « Extraits de l'Esprit d'Helvétius ».

A. Introduction :

La thématique développée dans cette recherche concerne l'intersection et la convergence de trois disciplines : l'éthique, le management et la santé publique

Dans la première partie, nous avons plus ou moins montré et étudié l'état de santé publique, le développement, l'organisation et les réformes des deux systèmes hospitaliers, durant ces 50 dernières années, en citant le contexte juridique, socio-économique, afin de mettre en évidence les disparités entre l'évolution du système de santé et en particulier des systèmes hospitaliers des deux pays.

Dans la seconde partie, nous avons abordé l'évolution de la gouvernance des deux systèmes hospitaliers durant le siècle dernier, c'est-à-dire les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison. Nous nous sommes basés sur la comparaison des pratiques managériales dans deux hôpitaux l'un français et l'autre algérien. Nous avons étudié le fonctionnement des différentes directions des établissements hospitaliers, ainsi que la gestion globale : nationale, et régionale, des deux systèmes hospitaliers.

Cette troisième et dernière partie sera consacrée aux questionnements éthiques concernant l'éventuelle transposition du management public et des modes de gestion hospitalières françaises en Algérie, en faisant une revue de littérature sur l'éthique managériale, tout en donnant des réflexions sur les objectifs et les valeurs de la santé, dans chaque pays.

Le thème abordé dans cette partie ne concerne pas l'éthique du management, l'éthique du care, ou de la sollicitude. Mais plutôt comparer les méthodes de management de gestion et de gouvernance hospitalières, non pas du point de vue de l'efficacité ou de l'efficacé, mais du point de vue éthique

Avant d'aborder cette troisième partie nous avons trouvé nécessaire de faire un petit rappel d'une manière brève, aux lecteurs sur les fondements philosophiques des questions éthiques et ses origines et qui reste encore des sujets philosophiques polysémiques compliqués et controversés chez les penseurs et les philosophes. Et que à chacun sa vision et son opinion qui sont parfois contradictoire et souvent complémentaires.

Nous avons trouvé intéressant aussi de faire une revue de littérature concernant les travaux faits sur cette thématique comme le rapport de l'OCDE « Renforcer l'éthique dans le service

public »¹¹¹ et le guide méthodologique de la haute autorité de santé « L'évaluation des aspects éthiques à la HAS »¹¹²

Sur une synthèse du champ théorique des bases de la philosophie morale j'essaie de faire par la suite une approche méthodologique **personnelle** de ma démarche d'analyse des questions éthiques de la transposition du management hospitalier français en Algérie, en se basant sur les objectifs et les impératifs d'un « bon » système de santé.

Les questions éthiques de la transposition du management hospitalier seront posées pour chaque méthode ou mode de management au sein des directions des établissements hospitaliers.

Donc dans cette thèse la comparaison des méthodes du management et de gestion des différentes instances de direction au sein des deux systèmes hospitaliers. Ma méthodologie personnelle s'appuie sur la capacité de ces méthodes de management à répondre aux objectifs et impératifs d'un système de santé idéal, en montrant les éléments positifs et négatifs.

B. Ethique, morale et déontologie : un concept polysémique

Cinq termes reviennent souvent dans les discours sur l'action humaine : morale, éthique, déontologie et droit. La définition et la distinction de ces termes reste toujours une tâche difficile.

Un cinquième terme encore plus vague qui est la religion qu'on peut rajouter vu le nombre des croyants théistes dans le monde, qui concerne les croyances, dogmes et préceptes religieux revient face aux questions d'ordre moral et la relation avec la divinité. C'est la morale religieuse.

MORALE :

On peut comprendre la morale comme l'ensemble des normes acceptées, et des valeurs respectées par une société humaine. C'est sur ces normes, parfois révélées ou imposées, que se fondent le permis et le défendu. Référence d'un groupe d'individus, elle n'est pas universelle. Mais, point d'ancrage d'une société, elle y assure une certaine pérennité.

MORALINE :

¹¹¹ « Renforcer l'éthique dans le service public | READ online ».

¹¹² « levaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf ».

La moraline est un terme inventé par Friedrich Nietzsche (das Moralin) pour désigner par dérision la morale bien-pensante.

Le suffixe -ine de moraline est accolé à "morale" pour suggérer une substance pharmaceutique désignant un produit imaginaire permettant de donner une bonne moralité.¹¹³

ÉTHIQUE :

L'éthique a pour fonction de transposer la morale dans le fonctionnement et la dynamique de la société. Elle repose sur une réflexion pluridisciplinaire et un débat ouvert entre convictions parfois opposées. On peut différencier l'éthique fondamentale qui est une réflexion sur les normes et les valeurs et l'éthique appliquée qui contribue à déterminer ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire dans des circonstances et des conditions particulières.

Exemple : La santé n'a pas de prix mais elle a un coût, notamment lorsqu'il s'agit de recourir aux médicaments onéreux en cancérologie. Une approche éthique préservant un système de santé fondé sur la solidarité consisterait à concilier les principes d'équité et de justice dans l'accès à ces médicaments et les contraintes financières.

Pour certains penseurs, « morale » et « éthique » ont la même signification : le premier provient du mot latin mores et le second du mot grec êthos qui, tous les deux, signifient « mœurs ».¹¹⁴

DÉONTOLOGIE :

La déontologie représente un ensemble d'exigences et de règles propres à un domaine particulier ou une profession. Ces règles sont établies sur un socle de valeurs morales et de normes éthiques. La déontologie est mise en place dans des codes de bonnes pratiques. Elle contribue à une identité professionnelle et à sa stabilisation.

Le code de déontologie de l'Ordre national des médecins rassemble et codifie l'ensemble des devoirs professionnels de ces derniers. Il est intégré au Code de la santé publique et s'impose à tous les médecins dans leur pratique quotidienne.

DROIT :

¹¹³ « Moraline — Wikiberal ».

¹¹⁴ « Une brève histoire de l'éthique - Luc Ferry ».

Le droit en résumé dit ce qui est permis ou défendu, sans avoir la charge de définir la valeur des actes ou les notions de bien et de mal. Le droit gère le « vivre ensemble » ; il a donc une fonction très structurante de la société. il permet l'ordre public.

C. De la philosophie morale à l'éthique managériale contemporaine

La Philosophie morale est une des branches majeures de la philosophie. La philosophie morale a trait à la philosophie pratique, alors que la métaphysique se rapporte à la philosophie théorique. La morale parle donc de l'action (et répond aux questions telles que "existe-t-il des guerres justes ? la peine de mort est-elle morale ?), certains se focalisant sur les intentions qui président aux actions, d'autres sur les conséquences de nos actions.

La philosophie morale tente ultimement de répondre à la question suivante : Faut-il ... ?
Que dois-je faire ?

Il y a deux manières d'envisager la source de la morale :

1– la théorie hétéronome ou une conception objectiviste de la morale, qui affirme que les lois morales ne dépendent pas de l'homme, mais :

- Sont des lois naturelles (philosophie grecque) ;
- Sont des commandements divins (religion) ;
- Sont des lois de la raison, auxquelles tout être raisonnable (l'homme)

L'homme reçoit la morale d'ailleurs qui de lui-même (Dieu, la loi morale, la société). C'est la position de Saint-Thomas, Kant (Critique de la Raison Pratique), Schopenhauer, Bergson ou encore Durkheim.

2– la théorie autonome ou relativiste de la morale :

Une conception ou autonome, pour laquelle les valeurs morales ont une origine humaine :

- Parce qu'elles sont imposées par la société ou par un groupe quelconque ;
- Parce qu'il appartient à l'individu en tant que tel de les définir.

L'homme crée, invente lui-même les principes de son action (Nietzsche, Sartre, Camus)

Courants de la philosophie morale :

Les principaux courants de philosophie morale qu'a connu l'humanité :

– morale stoïcienne : C'est le concept de destin c'est une morale de la liberté, malgré que nous maîtrisons pas les causes du destin, Les actions de l'homme doivent être guidées par l'acceptation du destin. La liberté désigne la possibilité d'action par soi-même au niveau de la pensée et du jugement.

– Conséquentialisme : Seules les conséquences d'un acte permettent de le qualifier de bien ou de mal .

– Déontologisme : (ou formalisme) La philosophie pratique de Kant se rattache à ce courant. Qui est une morale de principe, Le formalisme affirme que la morale d'un acte dépend de la forme de l'acte, et non de son contenu ou ses conséquences. Exemple : le mensonge est considéré mauvais peu importe les circonstances.

– Individualisme : L'individualisme, l'indépendance et l'autonomie de la personne au regard de la société ,en moral, représente la primauté de l'individu sur la société : Nietzsche ou Dumont sont des représentants de l'individualisme moral.

– Eudémonisme : L'eudémonisme est une doctrine philosophique posant comme principe que le bonheur est le but de la vie humaine.

– Pessimisme : Le pessimisme, en moral, consiste à penser le mal l'emporte sur le bien, la volonté est une source empoisonnée de l'action, car elle est causée par la souffrance et est toujours originellement motivée par l'égoïsme

– Utilitarisme : (de Bentham) L'utilité doit être le critère de l'action. Selon les utilitaristes, le principe d'utilité suppose une recherche de maximum de bonheur par maximum de plaisirs au maximum de gens.

– Hédonisme : doctrine qui fait de la recherche du plaisir et de la jouissance est le fondement de la morale et le but de vie. Le plaisir est considéré comme la chose la plus importante de l'existence humaine.

– Épicurisme : La morale épicurienne consiste à ne satisfaire que les plaisirs naturels et nécessaires, le bonheur de la modération.

– Cynisme : mépris effronté des convenances et de l'opinion qui pousse à exprimer sans ménagements des principes contraires à la morale. Le cynisme méprise la morale, les conventions.

– Relativisme éthique : Le relativiste considère que la morale n'est pas universel, et que les cultures ont une morale propre, équivalente les unes aux autres.

– Altruisme : L'altruisme considère que seul les actes faites par le désintéressement et par amour d'autrui qui sont moraux.

– Nihilisme : Le nihilisme défend une conception selon laquelle il n'existe pas d'absolu, de morale transcendante. Le sens du nihilisme de Nietzsche est différent du sens précédemment cité. Pour Nietzsche il n'y a pas de bien et du mal il y a seulement le bon et le mauvais, la morale du puissant et la morale des faibles, celui qui nie la morale de la volonté de puissance qui est nihiliste.

– Existentialisme : L'homme invente son parcours moral librement. Le mauvais, au contraire, guidé par l'esprit de sérieux, se cache derrière une morale transmise.

– Le Darwinisme social : Cette doctrine sociopolitique est apparue au XIXe siècle notamment dans les écrits du philosophe et sociologue Herbert Spencer (1820-1903), contemporain anglais de Charles Darwin. L'expression "darwinisme social" désigne l'application de la théorie de la sélection naturelle, de survie du plus apte en principe réservée au monde animal, à la sociologie et à la politique.

Les vertus de l'égoïsme : l'égoïsme rationnel constitue aussi un code éthique qui, loin d'être immorale, c'est ce qui pousse les individus au progrès personnel et collectif.

Adam Smith lorsqu'il aborde « la main invisible », considère que l'égoïsme de chacun conduit par la satisfaction de son intérêt à un équilibre. Par conséquent, la recherche des intérêts particuliers aboutit à l'intérêt général.

D. Le cocktail éthique : Éthique et management : une pratique hypocrite ?

On peut définir l'hypocrisie morale comme « la capacité d'un individu à entretenir une croyance et défendre des principes tout en agissant en désaccord avec cette croyance et ses principes ».

Dans la section précédente nous avons vu qu'il existe plusieurs conceptions de philosophie morale qui sont variées et divergentes soit par leurs sources de fondements philosophiques et soit par leur branches et courants philosophiques.

Le terme « cocktail éthique » a été cité dans le livre Le Fondement de la morale d'Arthur Schopenhauer, et dans la littérature anglophone « *ethical cocktail* » pour désigner un mélange de conceptions éthiques.

Chez les humains on observe souvent un mélange d'utilisation de ces différents courants philosophiques, Par exemple :

Chez un le même individu le comportement éthique peut être à la fois :

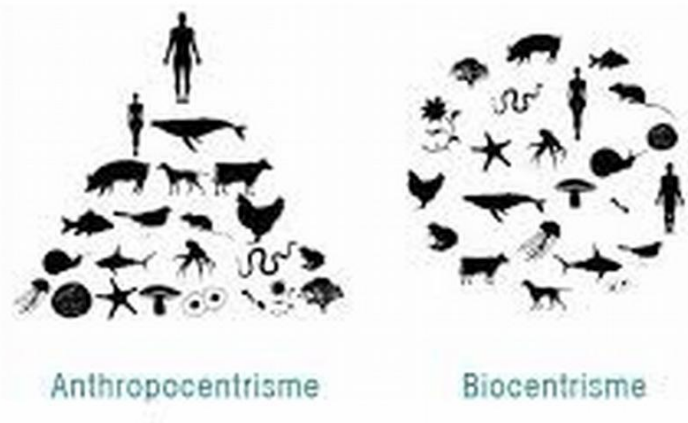
- Altruiste par exemple avec ses enfants et les membres de son groupe,
- Individualiste avec ses ennemis et adversaires,
- Obéissant à une logique darwinisme social avec ses concurrents commerciaux
- Nihiliste sur certaines questions existentialistes qu'on n'a pas de réponses.
- Utilisant une morale dite « d'esclave » par Nietzsche dans certaines situations où on est positionné du camp des faibles.
- Utilisant la morale Nietzscheenne de la volonté de puissance lorsqu'il est positionné du côté du camp des dominants. Par exemple lorsqu'il s'agit des droits des animaux...
- Une éthique Kantienne de principe lorsque « la fin ne justifie pas les moyens » et l'inverse une éthique de Machiavel lorsque la fin justifie les moyens.

Ce mélange éthique est aussi constaté sur les politiques des institutions et les états par exemple : la spéculation commerciale est considérée par l'état contraire à l'éthique

lorsqu'il s'agit du commerce du marché intérieur du pays, mais souhaitée lorsque le commerce extérieur rapporte de la richesse à l'état et à la société.

Cette fluctuation des principes moraux décrites par les courants philosophiques dépend de l'intérêt, l'intérêt individuel ou l'intérêt commun ; avec souvent une vision anthropocentrique

L'intérêt commun nous ramène sur la notion de la communauté, où se trouvent les membres du groupe ; ou souvent des frontières sont définies.



Bien que l'expression « hypocrisie morale » ait une connotation négative, ce mélange éthique constaté au sein d'une organisation est parfois nécessaire, il permet de contenter les intérêts des différents groupes présents dans et hors de l'organisation.¹¹⁵

Nous remarquons aussi dans les sociétés libérales l'éthique contemporaines est de plus en plus basée sur le consentement.

E. L'évaluation des aspects éthiques : Le guide de la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a pour objectif d'améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients et de contribuer au maintien d'un système de santé qui doit respecter des objectifs fondamentaux. Les sujets traités par la HAS peuvent soulever des enjeux éthiques importants. Dans cette optique, la HAS a élaboré un guide pour donner une place à l'éthique

¹¹⁵ Geoffroy, « Quand l'hypocrisie managériale protège l'organisation ».

dans ses travaux et prendre en compte les aspects éthiques dans les évaluations lorsqu'ils sont utiles à la décision publique.

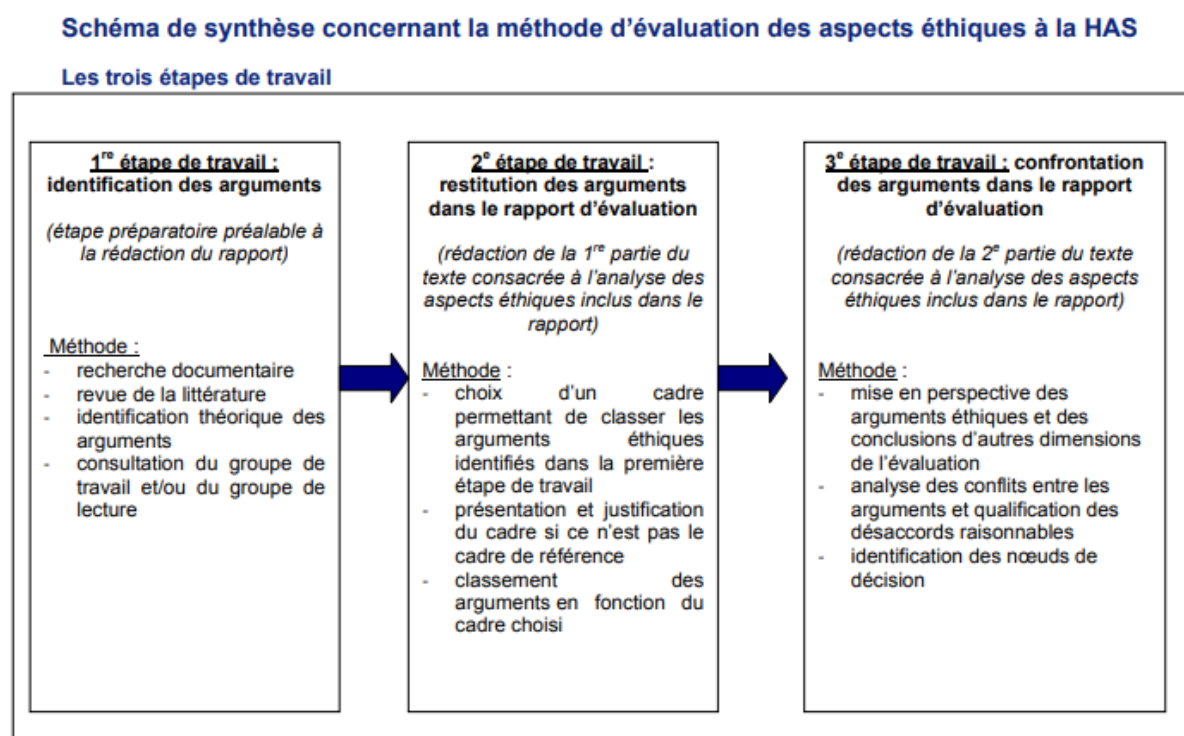
L'élaboration de ce guide éthique sert à :

- Facilite l'identification des questions qui soulèvent des questions éthiques pour lesquelles l'analyse peut être utile à la prise de décision.

- Définit comment évaluer les aspects éthiques afin que la Commission et le Collège de la HAS puissent comparer différents aspects de l'évaluation.

- Assurer l'uniformité des méthodes d'évaluation éthique.¹¹⁶

Méthode d'évaluation des aspects éthiques :



Source : L'évaluation des aspects éthiques à la Haute Autorité de santé de la HAS

Le processus d'évaluation de l'aspect éthique est divisé en trois phases consécutives.

Chaque étape est caractérisée par un objectif et une méthode spécifique.

¹¹⁶ HAS, « Ethique : une dimension à part entière dans les évaluations de la HAS ».

1. **La première étape** est le travail préparatoire. Elle consiste à identifier tous les arguments et raisons éthiques qui peuvent être soulevés à la lumière des enjeux éthiques soulevés par les actions dans le domaine de la santé. :

-1re source d'identification des arguments : la revue de la littérature éthique

-2e source d'identification des arguments : identification théorique des arguments éthiques

-3e source d'identification des arguments : la consultation des groupes de travail et de lecture

2. **La deuxième étape** vise à présenter les arguments et les raisons pertinents dans le rapport d'évaluation de manière cohérente.

Les quatre principes identifiés par Beauchamp et Childress dans son livre *Les Principes d'éthique biomédicale* ont été publiés en 1979 :

1 Respect de l'autonomie,

2 Non-malfaisance,

3 Bienfaisance

4 Justice

La troisième étape consiste à confronter les arguments et raisons à montrer les conflits qui existent entre eux et à déterminer quels écarts peuvent être considérés comme raisonnables.

Principe	Exemples de concepts pouvant être mobilisés dans les arguments	Commentaire
Bienfaisance et non-malfaisance	Bénéfices Risques Tolérance Sécurité Qualité de vie Efficacité médicale Estime de soi	Pour chacun des principes, les arguments de la revue de la littérature éthique sont confrontés aux conclusions des autres dimensions de l'évaluation : médicale - de santé publique – économique, sociologique organisationnelle juridique.
Autonomie	Consentement Liberté de choix Protection de la confidentialité et de la vie privée (protection des données) Dépendance Vulnérabilité	
Justice	Efficience Équité Discrimination Disparité géographique Inégalité sociale Accessibilité Compensation/indemnisation	

Source : « L'évaluation des aspects éthiques à la Haute Autorité de santé ».

En conclusion ; La méthode qui est proposée par la HAS vise à favoriser l'intégration des aspects éthiques dans les évaluations de la HAS. Cette méthode doit permettre de réaliser une démarche standardisée, et reproductible.

Ce guide éthique a pour but d'aide à la décision publique en tenant compte des aspects éthiques. L'objectif est d'éclairer sur les enjeux que peut engendrer une prise de décision, cette évaluation est complémentaire à celle des autres dimensions comme l'économie ou l'efficacité...

Ce guide constitue la première version à avoir abordé les aspects éthiques, d'autres versions pourront apparaître pour enrichir ou modifier cette évaluation des aspects éthiques

117

F. Renforcer l'éthique dans le service public, les Recommandations du Conseil de l'OCDE :

Le Comité de la Gestion Publique PUMA (public management) de l'OCDE avait publié son rapport sur l'éthique de la gestion publique et la lutte contre la corruption pour aider les pays de l'OCDE à améliorer leur administration et gestion du service public. Ce rapport a pour but d'aider les autorités publiques à maîtriser le champ dans lequel opèrent les agents publics contre d'éventuelles dérives ou tentation de corruption et encourager leurs intégrités. Pour concrétiser cette approche, le comité PUMA a lancé durant l'été 1999 une étude sur cette thématique dans le service public dans l'ensemble des Etats membres. Le but était de fournir des informations comparables pour inciter ces pays à garder le bon fonctionnement des institutions étatiques et des systèmes visant à promouvoir l'éthique dans le service public.

les impératifs nécessaires à la promotion de l'éthique dans le service public :

1. Une définition claire des normes éthiques :

¹¹⁷ « levaluation_des_aspects_ethiques_a_la_has.pdf ».

Les fonctionnaires et administrateurs de l'état doivent comprendre la définition et les principes des normes éthiques de base qui sont censés s'appliquer à leurs fonctions, ainsi que les limites de ce qui constitue une conduite acceptable. Cette définition des normes et des valeurs fondamentales et des principes éthiques doivent être publiée et médiatisée sous forme d'un guide ou d'un code de conduite contribue à créer une compréhension commune de la société tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'administration.

2. Institutionnalisation des normes éthiques :

La création d'un cadre légal est le point de départ pour communiquer les normes minimales et les principes de conduite qui lient tous les employés. Les lois et réglementations doivent clarifier les valeurs fondamentales des services publics, fixer des orientations, mener des enquêtes et fournir un cadre pour engager des actions disciplinaires et punitives.

3. assurer un conseil spécialisé en éthique managériale aux acteurs publics :

Les fonctionnaires de l'administration publique doivent être conseillés dans le domaine de l'éthique appliquée d'une manière concrète

La formation peut favoriser la prise de conscience des questions éthiques et développer des compétences de base pour un brainstorming et l'analyse éthique.

Des mécanismes internes de délibération et de consultation doivent être mis en place pour aider les agents publics à appliquer les normes éthiques fondamentales sur le lieu de travail.

4. Les administrateurs publics devront parfaitement connaître les normes juridiques :

Ils devront connaître leurs droits et leurs devoirs et leur devoirs face à des actes répréhensibles au sein du service public. En particulier, cela nécessite des règles et des procédures claires que les agents doivent suivre, ainsi qu'une chaîne de responsabilités bien définie. Les administrateurs doivent également savoir de quelle protection ils disposent s'ils découvrent une activité frauduleuse.

5. La nécessité d'un engagement des acteurs politiques

Les politiciens ont le devoir de maintenir un haut niveau d'intégrité dans l'exécution des affaires publiques. Leur engagement se situe au niveau politique, comme d'habitude et en établissant des mécanismes juridiques et institutionnels pour renforcer les comportements éthiques et sanctionner la fraude en allouant des fonds et des ressources appropriés aux activités éthiques dans le monde entier. Il se manifeste par des actions qui ne peuvent être réalisées qu'en. Institutionnalisation des règles éthiques et des lois à des fins politiques.

6. Promouvoir la transparence pour faciliter le contrôle :

Le public a le droit de savoir comment les institutions publiques utilisent le pouvoir et les ressources qui leur sont confiés. Le contrôle public doit être facilité par des procédures transparentes et démocratiques, un contrôle parlementaire et l'accès aux informations officielles. Des mesures telles que les systèmes de divulgation et la sensibilisation au rôle des médias actifs et indépendants devraient encore améliorer la transparence.

7. Il devrait exister des lignes directrices claires en matière de relations entre le secteur public et le secteur privé :

Des règles claires définissant des normes éthiques devraient guider le comportement des fonctionnaires dans leurs relations avec le secteur privé, par exemple en ce qui concerne les marchés publics, la sous-traitance ou les conditions d'emploi dans le secteur public.

L'augmentation de l'interaction entre les secteurs public et privé nécessite une plus grande attention à la valeur des services publics et des promesses que les partenaires externes respecteront les valeurs éthiques.

8. Les administrateurs devraient promouvoir un comportement éthique :

Un cadre organisationnel qui promeut des normes de conduite et fournit des incitations appropriées pour un comportement éthique, telles que des conditions de travail et une évaluation efficace des performances, a un impact direct sur la valeur du service et les opérations quotidiennes des normes éthiques. Les managers jouent un rôle important à cet égard et dirigent et agissent constamment comme modèles d'éthique et de comportement dans les relations professionnelles avec les dirigeants politiques, les autres responsables, le grand public et les citoyens.

9. Les responsables politiques, devraient favoriser un comportement 'éthique :

Les politiques doivent démontrer l'engagement d'une démarche envers les normes éthiques. Les gouvernements ne doivent pas se contenter de créer des structures basées sur le respect des règles. Mais plutôt ils doivent non seulement définir les normes minimales auxquelles les actions des fonctionnaires sont repressibles, mais également identifier clairement les valeurs de l'ensemble des services publics que les fonctionnaires devront s'efforcer d'atteindre.

10. Des conditions de gestion éthiques des ressources humaines :

Les politiques de gestion des ressources humaines devraient créer un environnement qui encourage un comportement éthique. Le respect de principes de base tels que le mérite qui doivent être systématiquement assurés lors du recrutement et de la promotion permet la mise en œuvre du principe d'intégrité dans les services publics.

11. Des mécanismes de responsabilisation et de contrôle :

Les administrateurs publics devraient rendre compte de leurs actions devant leurs supérieurs hiérarchique et l'opinion public. Cette responsabilisation doit concerner à la fois les règles éthiques et le respect des principes et des résultats obtenus. Des mécanismes de renforcement de la responsabilisation peuvent être conçus pour permettre un contrôle adéquat tout en permettant une grande flexibilité administrative.

12. Des sanctions appropriées devraient exister en cas de comportement contraire à l'éthique :

Les mécanismes de détection et d'enquête indépendante sur la corruption et autres fraudes font partie intégrante de l'infrastructure éthique. Des procédures et des ressources fiables sont nécessaires pour surveiller, signaler et enquêter sur les violations des réglementations de la fonction publique. Des mesures administratives ou disciplinaires appropriées doivent également être disponibles pour prévenir les activités illégales. Les administrateurs doivent prendre des décisions raisonnables dans la mise en œuvre des mécanismes qui découlent de la nécessité d'agir dans ce sens. ¹¹⁸

¹¹⁸ « Renforcer l'éthique dans le service public | READ online ».

L'infrastructure de l'éthique

Une infrastructure de l'éthique qui fonctionne bien fournit un cadre pour le service public qui favorise certaines normes de comportement. Chaque fonction et élément est un élément consécutif distinct important mais les différents éléments devraient être complémentaires et se renforcer mutuellement. Les éléments doivent agir les uns sur les autres de manière à obtenir la synergie indispensable pour devenir une infrastructure cohérente et intégrée. Les éléments de l'infrastructure peuvent être classés suivant les principales fonctions auxquelles ils servent -- orientation, gestion et contrôle -- en notant que certains éléments peuvent remplir plusieurs fonctions.

L'orientation est fournie par un engagement fort des dirigeants politiques ; par un énoncé des valeurs sous la forme de codes de conduite par exemple ; par des activités visant à l'intégration professionnelle comme l'éducation et la formation.

La gestion peut être réalisée par le biais de la coordination, assurée par un organe spécial ou un organisme central de gestion existant déjà et par le biais des conditions d'emploi dans la fonction publique, des politiques et des pratiques en matière de gestion.

Le contrôle est assuré principalement grâce à un cadre juridique qui rend possible enquêtes et poursuites indépendantes, grâce à des mécanismes qui permettent de rendre compte et à des mécanismes de contrôle efficaces, et grâce à la transparence et la surveillance du public.

Le dosage et l'importance relative de ces fonctions dépendront des traditions culturelles et politico-administratives de chaque pays.

119

On note que les travaux du comité PUMA de l'OCDE sur l'éthique s'est résumé à des conceptions étroites comme la maîtrise des dépenses publiques, la lutte contre la corruption, et la transparence, dans une logique d'économie libérale, voir néolibérale, la conception du mot éthique en management est en réalité plus globale et générale. Ce rapport n'aborde pas de grandes questions éthiques comme le sens de l'économie, les problèmes de l'obsolescence programmée connu depuis les années 30, l'évasion et l'optimisation fiscale qui permet aux plus grands groupes d'échapper aux impôts, l'utilité de certains secteurs économiques qui génèrent du bénéfice économique et qui produisent des biens et services nuisibles, au détriment de la santé, l'environnement ou la vie sociale ou le bien-être commun.¹²⁰

D'autre part c'est un rapport de plus de 360 pages qui ne précise pas une méthode claire qui permet d'inclure l'éthique dans la gestion du service public.

G. Approche et démarche méthodologique « personnelle » sur la comparaison du point de vue éthique :

*« La fin justifie les moyens. Mais qu'est-ce qui justifiera la fin ? » **Albert CAMUS***

¹¹⁹ « Renforcer l'éthique dans le service public | READ online ».

¹²⁰ « L'ÉCONOMIE A-T-ELLE UN SENS ? - Essai, Philippe Vadjoux - livre, ebook, epub ».

Si L'éthique utilitariste privilégie « le plus grand bonheur du plus grand nombre » et impose de considérer que l'amélioration du bien-être de chaque individu a une valeur identique quelle que soit sa situation personnelle, John Rawls, dans sa critique de l'utilitarisme, réfute l'idée selon laquelle le caractère juste d'une politique publique s'évalue seulement à l'aune de la quantité de bien-être total qu'elle induit. En effet, Rawls souligne, d'une part, qu'une société n'est juste que lorsqu'elle respecte les libertés fondamentales des individus et, d'autre part, qu'il convient de prendre en compte la façon dont les ressources sont distribuées au sein de la population.

Dans cette thèse la comparaison des méthodes du management et de gestion des différentes instances de direction au sein des deux systèmes hospitaliers, ma méthodologie personnelle s'appuie sur leur capacité à répondre aux objectifs et impératifs d'un « Bon » système de santé, en montrant les éléments positifs et négatifs.

Exemple :

Le mode de financement des établissements, (financement hybride T2A ou Budget de fonctionnement) : la comparaison se base sur la capacité du mode de financement à respecter les objectifs et les impératifs du système de santé « idéal », en montrant les vertus et les défauts ce mode de financement.

H. Objectifs et impératifs vertueux d'un « bon » système de santé

Premier impératif « l'efficacité » : En termes d'efficacité améliorer la santé de la population comme elle a été définie par l'OMS en 1946 : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » Augmentation de l'espérance de vie et la prévention des maladies.

Cet objectif est considéré comme premier sans cette objectif les objectifs suivants n'auront aucun sens autrement dit un système qui n'améliorait pas concrètement la santé des citoyens ne devrait pas exister.

Bien que notion de l'amélioration du système de santé soit plus large que la notion du système de soins ou système hospitalier. D'autres facteurs sont impliqués comme l'éducation l'hygiène de vie et la culture.

Deuxième impératif « l'efficience » : En termes d'efficience un système de santé ou de soins doit être efficient. L'efficience économique est définie comme attendre le maximum de moyens en mobilisant le minimum de ressources. Mais aussi en minimum de temps (le temps c'est de l'argent).

La notion de l'efficacité efficience était abordée la première fois par Chester Barnard dans son livre *The Functions of the Executive* (1938).¹²¹

En terme concret c'est améliorer l'État de santé de la population en mobilisant le minimum de ressource en peu de temps possible.

Cet objectif de l'efficience globale du système de santé n'est pas un objectif pour les établissements et industriels de santé privé à but lucratifs qui cherchent à maximiser leur bénéfices. et réduire leurs couts. Si en France l'état et les assurances maladies cherchent à limiter et rationaliser les dépenses de santé plus ou moins à travers l'ONDAM (Ordonnances JUPEE) l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. On constate aux USA l'exemple de du système de santé privé libérale la plus forte dépense mondiale de santé par habitant, au détriment à la santé générale des citoyens américains.

En Algérie il n'y a pas d'ONDAM et le ticket modérateur et le reste à charger du citoyen constitue une portion très importante de la dépense totale de la santé. Ces dépenses concernent le privé et les soins à l'étranger puisque dans le public il existe une médecine dite « médecine gratuite » (cette dépense est estimée à 30% de la dépense totale de la santé).

Le troisième impératif « le bien-être socioprofessionnel » : d'un système de santé et de soins est le bien-être socioprofessionnel de l'ensemble du personnel médical et de direction médicotechnique et autres axillaires....

Investir sur le « capital humain » est aujourd'hui l'un des grands facteurs de développement des secteurs économiques dont la santé, Selon la définition de l'OCDE le capital humain « Un ensemble de connaissances, de compétences, d'aptitudes et de caractéristiques personnelles qui facilitent la création d'un bien-être personnel, social et économique. » Le

¹²¹ Barnard, *The Functions of the Executive*.

capital humain est un bien immatériel qui peut promouvoir ou soutenir la productivité, l'innovation et l'employabilité. »

Le quatrième impératif « le respect de l'environnement et les objectifs du développement durable » :

Le secteur de la santé, comme tout secteur économique et industriel, et peut-être même davantage du fait de sa mission intrinsèque d'œuvrer pour la santé et le bien-être, s'inscrit dans une démarche de développement durable, veillant à l'impact de ses activités en matière d'économie de ressources planétaires qui ne sont pas illimité loin de là, de pollution, d'émissions de gaz à effet de serre, de consommation d'eau et d'énergie, de production de déchets... Les établissements et les industries de la santé font également face à des défis spécifiques, par exemple liés au cycle de vie de leurs produits. Et lutter contre l'obsolescence programmée. Un système de santé ou de soins idéal doit aussi entreprendre des actions efficaces pour maîtriser l'empreinte environnementale de ses différentes activités. D'autres parts, Il faut se poser les questions aussi sur la croissance démographique et l'augmentation de l'espérance de vie et leur impact sur l'environnement.

Le cinquième impératif « le respect des normes juridiques » : chaque système de santé doit veiller à respecter les normes juridique du pays (constitution, traités internationaux, le code du travail,....)

Le sixième impératif « l'éthique contemporaine » : tout système de santé ou de soins doit respecter l'éthique médicale ou managériale ou autre. *"Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court"*¹²² « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme »

¹²³une phrase de **Jean-Claude Ameisen**, le président du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Le septième impératif « l'économie » : (à ne pas confondre avec l'efficacité) les rentabilités économiques, à travers la production des biens et des services médicaux, la croissance, diminution du chômage, et la recherche de nouveaux marchés nationaux et internationaux de la santé. Le tourisme médical ...

¹²² « Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court ».

¹²³ « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme ».

Le huitième impératif « l'utilité » : l'utilité en économie est une qualité d'un objet par laquelle est possible une mesure relative de la satisfaction présente par la consommation, ou le profit trouvable d'un bien ou d'un nombre de services. Elle est liée mais distincte au besoin d'un consommateur.

L'utilité en santé est la capacité d'un bien ou un service médical d'apporter la satisfaction ou le bien-être face à un besoin de santé. Cette notion d'utilité a conduit les économistes à utiliser des indicateurs comme le QALY (quality-adjusted life year qui veut dire « année de vie pondérée par la qualité ») ou le HYE (healthy years équivalents) comme critères d'utilité.

En considérant QALY, il est possible d'évaluer l'importance d'une intervention thérapeutique particulière en fonction de l'espérance de vie et de son impact attendu sur la qualité de vie. Son intérêt ne réside cependant pas dans l'évaluation isolée d'un acte thérapeutique, mais dans la possibilité qu'il permet d'arbitrer entre différents actes : s'il faut choisir, on choisira entre Celui qui maximise à la fois l'espérance de vie et la qualité de vie, ou celui qui est optimal entre ces deux paramètres.

La hiérarchie et le classement de ces objectifs et impératifs dépendent s'il s'agit d'un établissement de santé public ou établissement de santé privé à but lucratif avec un esprit libéral ¹²⁴

I. Valeurs et vertus d'un système de santé :

Etymologie : du latin valor, valeur, dérivé de valere, valoir, avoir de la valeur, avoir de la vertu.

La valeur est ce que représente quelqu'un ou quelque chose, quantitativement, financièrement, qualitativement ou symboliquement.

¹²⁴ « Professeur Kamal Sanhadji : "Un hôpital et une clinique n'ont pas les mêmes finalités" ».

Dans son sens originel, dès le XIIe siècle, la valeur désigne le courage, la vaillance guerrière, la bravoure au combat, la hardiesse, la combativité. ¹²⁵

Définition de vertu :

Etymologie : du latin virtus, vertu, force morale, force d'âme, valeur, vaillance, courage, dérivé du latin vir, homme, mari, époux, homme de courage, homme de cœur.

La vertu est la capacité, le pouvoir de quelque chose à produire un effet bénéfique.

Voici des exemples de valeurs de l'éthiques managériales en santé publique :

- Solidarité : (protection sociale)
- Efficience : (s'opposant au gaspillage, peu coûteux)
- Efficacité : (amélioration de la santé des populations, données épidémiologiques)
- Pertinence : (par ordre priorités)
- Utilité :
- La Qualité :
- La laïcité :
- Démocratie sanitaire : (représentation et assentiment de la population)
- Globalité : ne pas négliger aucun secteur ou objectif
- Egalité : et lutte contre les inégalités
- Accessibilité (économique et géographique)
- Justice (et justesse)
- Liberté et responsabilité
- L'adaptabilité et la flexibilité (face à de nouvelles circonstances)
- La dignité, le bien-être et la qualité de vie.
- La transparence
- Simplicité

On peut aussi désigner une valeur par son opposé exemple l'opposé de la Bureaucratie, ou l'opposé du gaspillage, la corruption, l'obsolescence programmée.

La grande difficulté c'est la volonté de hiérarchiser ces valeurs qui parfois sont opposable et contradictoire.

À titre d'exemple : vouloir augmenter la qualité, induit à une augmentation des coûts, ce qui diminue l'efficience et l'efficacité.

Vouloir augmenter le bien-être au travail, ou la rémunération du personnel à un coûts aussi.

¹²⁵ « Définition : Valeur ».

J. Réflexion à partir des pratiques :Expériences sur le terrain AP-HP HUEP, CHU Mustapha

Les aspects et questions éthiques de la transposition des pratiques managériales concernant l'organisation et le management des différentes directions :

▪ L'organisation des établissements hospitaliers

L'organisation interne des établissements hospitaliers en France a connu beaucoup d'évolutions, elle s'est inspirée des méthodes managériales des entreprises (publiques ou privées plus ou moins capitalistes) alors que les hôpitaux en Algérie sont toujours sous une forme d'organisation tirée des entreprises socialistes de l'époque soviétique gérées avec un mode de gestion « administrative » souvent très bureaucratique.

La gestion du système hospitalier en France est « centralisée » mais relativement « déconcentrée ». Les autorités déconcentrées sont soumises au contrôle hiérarchique de l'État qui dispose à leur égard, d'une part, du pouvoir disciplinaire permettant la sanction, la suspension ou la révocation, et, d'autre part, du pouvoir d'approbation, d'annulation ou de substitution de leurs actes. Cependant la gestion du système hospitalier en Algérie est hypercentralisée ; pour installer un scanner il faut passer par la tutelle, par ailleurs pour faire mon stage de doctorat, l'ancien Directeur du CHU Mustapha a exigé une autorisation ministérielle pour donner son accord.

Parmi les aspects de l'accompagnement des évolutions managériales, on peut citer le changement des anciennes terminologies comme la transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance, et du conseil exécutif en directoire.

Par ailleurs l'observation et la comparaison des organigrammes montrent un modèle nettement plus développé face un autre plus archaïque.

L'apparition de nouvelles directions comme la direction de la qualité et de la gestion des risques comme dans les entreprises économiques cette direction étant toujours absente dans les hôpitaux algériens.

Apparition d'une direction de la « gestion et organisation du parcours du patient » et le développement des pôles qui traduisent que le management de l'hôpital est fondé sur les attentes explicites et implicites des usagers (des clients en entreprise) pour un meilleur fonctionnement de l'hôpital.

L'hôpital en France à l'ère du numérique est entièrement informatisé, cependant dans le CHU Mustapha j'ai constaté l'absence de direction d'informatique, il existe seulement un petit bureau d'informatique.

Ces organisations internes et externes des différentes directions et sous-directions sont étudiées d'une manière plus approfondie dans les chapitres suivants.

Un regroupement en (GHT) groupement hospitalier de territoire est un dispositif qui régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire. Les GHT n'ont pas la personnalité morale. Ça remplace les CHT.

Le GHT, c'est une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie collective est formalisée dans un projet médico-soignant partagé conçu par les professionnels pour leurs patients et garantit une offre de proximité, de référence et de recours.

Concernant les Agences de l'Etat en France, dans un Rapport de l'IGAS « l'état et ses agences » ¹²⁶: on dénombre 1200 agences d'Etat (santé ou autres) qui embauchent environ 443000 agents pour 80 milliards de dépenses : c'est le trop plein, il est nécessaire de faire le ménage et des réorganiser ses agences selon leur utilité publique. ¹²⁷

Les agences de santé font souvent double ou triple travail,

On ne peut pas gérer des paramètres comme la qualité, les finances, les ressources humaines... la performance... séparément car la régulation d'un de ces paramètres influence directement les autres paramètres. Exemple : vouloir augmenter la qualité induit forcément à l'augmentation du coût financier et une baisse de la productivité (efficacité). Augmenter le bien-être du personnel en gestion des ressources humaine induit à une augmentation des coûts.

Donc l'idéal serait d'avoir une régulation et un équilibre éthique de ces paramètres en travaillant ensemble et non séparément.

Le poids financier et le caractère budgétivore de ces agences constitue un modèle bureaucratique de gaspillage à ne pas suivre.

Il faudrait penser à établir à financement à l'activité pour le personnel administratif basé sur la performance et le résultat, de la même façon qu'on a pu le faire pour les médecins pour leur activités cliniques.

¹²⁶ Juéry, Paulhac, et Barre, « L'Etat et ses agences ».

¹²⁷ « 1 200 agences d'Etat pour 80 milliards de dépenses ».

▪ La gouvernance interne

Les questions d'ordre éthiques que nous pouvons poser :

- Le problème de la chefferie de service :

En Algérie le chef de service est nommé par arrêté interministériel (santé et enseignement supérieur) après passage du concours d'accès au poste supérieur de chef de service hospitalier. (Selon la grille d'évaluation interministérielle du 26 septembre 2016).

Le concours comporte :

- une évaluation des titres des candidats ;
- une évaluation des travaux scientifiques et pédagogiques des candidats.

L'évaluation se base sur l'aspect quantitatif des travaux et non sur l'aspect qualitatif, (publications, enseignements, communications, responsabilités) ce qui pousse les candidats à faire des pseudos publications. (300 publications scientifiques en 2 ou 3 ans !) ; ou des livres OPU (office des publications universitaires) avec contenu plagié ou obsolète, sans comité de lecture.

Depuis la loi HPST en France les chefs de pôles sont invités à faire une formation de niveau Master 2 en managements des établissements de santé. En Algérie il n'y a pas cette exigence pour la chefferie de service ce qui peut expliquer une certaine médiocrité de gestion.

Les chefs de services peuvent occuper leurs postes pour plusieurs décennies (depuis peu de temps l'âge de départ à la retraite à 70 ans pour les enseignants universitaires) ce qui est contraire au principe de la rotation du pouvoir en démocratie (principe de rotation des gouvernants d'Aristote) , cette absence de rotation de pouvoir peut engendrer des phénomènes perverses comme l'abus de pouvoir, la vision unique ,le manque de compétitivité, le clientélisme , l'absence de contrôle et le sentiment d'impunité.

L'absence de l'évaluation et de la quantification des activités cliniques des chefs de services qui sont souvent occupés par d'autres activités d'enseignements ou de recherche ou activités associatives.

- Absence des représentants des usagers comme instance consultative internes
- Les services sont organisés par spécialité, et non pas par le parcours du patient comme les pôles en France,
- Absence de la coopération territoriale entre les établissements hospitaliers comme les anciens CHT et les actuels GHT.
- Les personnels de direction ont une fonction de gestion administrative, et non de management ; ils sont appelés parfois les « dépensiers de l'Etat ».
- La gestion n'est pas basée sur les résultats, pas de culture de performance ou esprit de rentabilité économique.

▪ **Financement des établissements hospitaliers**

Dans la deuxième partie nous avons comparé le mode de financement des établissements hospitaliers français et algériens. Nous constatons beaucoup de questions d'ordre éthiques

Le financement par Budget de fonctionnement en Algérie :

- Absence de l'ONDAM pour plafonner les dépenses de santé ; et l'Objectif Quantifié National (OQN) pour le secteur privé.
- Le budget de fonctionnement « n'est pas motivant » il n'incite pas les employés à plus de productivité.
- Le budget de fonctionnement est « décourageant » pour le développement de nouvelles activités de soins ; car il tient compte de l'historique des activités des années précédentes.
- Le budget de fonctionnement est « inégalitaire » : il ne concerne que le secteur public ; le secteur privé étant financé à l'acte.
- Le budget de fonctionnement est « sclérosant » : elle ne favorise ni l'innovation, ni l'investissement.
- Il le budget de fonctionnement ne tient pas compte non plus ni de la qualité des soins ni de la performance.

Le financement à l'activité permettrait :

-La régulation des dépenses par deux mécanismes l'ONDAM et tarification des actes chaque année.

-De développer l'efficacité des producteurs de soins en mettant en place une concurrence comme facteur incitatif à la performance économique.

- De favoriser l'introduction de règles de gestion de l'entreprise privée à l'hôpital public

- D'inclure une culture « entrepreneuriale » partagée par les médecins et les dirigeants des hôpitaux

- De susciter la mise en place dans les établissements de santé de nouvelles organisations soignantes moins consommatrices de ressources sans dégrader l'accessibilité aux soins et la qualité des prestations

-D'accélérer la reconversion des services qui a une faible activité (service des grands brûlés qui a une faible activité, par exemple) en activités rémunératrices.

Le financement de l'activité cependant peut comporter certains inconvénients :

- La nécessité d'un système d'information transparent et fiable pour lutter contre la surfacturation et les abus de codage.
- Le sous-financement du au problèmes de sous-codage
- Une bureaucratie, et du temps perdu par médecins à faire le travail du secrétariat médical à la place de leur cœur de métier.
- Nécessité de recruter des médecins DIM, des assistants administratifs et de créer des départements d'information médicale au sein des établissements hospitaliers.
- La complexité du système.
- Les problèmes techniques et d'obsolescences du matériel informatique.
- La recherche de plus de productivité et d'efficacité peut engendrer des contestations sociales.

Contrairement au modèle de « la médecine gratuite » Payer les prestations de services et biens médicaux par les usagers les rend plus responsables ce qui augmente les recettes et diminue les dépenses. Ainsi augmenter la qualité, la productivité, la performance et l'utilité des soins, ainsi assurer aussi le bon accueil et la dignité des usagers et des praticiens. Cependant il faut penser à instaurer un système de solidarité pour permettre l'accessibilité aux soins des plus démunis.

▪ Management de la qualité et gestions des risques

Les établissements de santé en Algérie ne sont pas dotés de directions de la qualité et de la gestion des risques. Il n'existe pas de postes au sein des hôpitaux pour des ingénieurs qualité. À l'échelle nationale ou régionale, il n'existe pas de d'institution ou organisme pour gérer la qualité,

De même le personnel médical soignant n'est pas formé et informé sur la démarche qualité. Il existe au sein du ministère une direction d'inspection générale mais non spécialisée en qualité.

Il existe des contrôles de conformité pour les cabinets libéraux et clinique privés au moment de leur installation qui s'intéressent à une dizaine de critères basiques et simple comme l'architecture des locaux, ou le nombre de pièces ,la présence ou non d'une citerne d'eau, de la présence d'autoclave (à la place des anciens Poupinels)...

Les difficultés à effectuer une démarche qualité :

1- Difficultés à faire accepter la démarche par l'ensemble du personnel mais aussi par la direction de l'établissement

2-Bureaucratie, avec de nombreux formulaires.

3- Informer et former les acteurs à la qualité (analyse de la norme : traduction en « langage métier », formation au pilotage des processus, à conduite des audits, définition des indicateurs qualité ...)

4-la nécessité de recruter du personnel spécialisé en qualité (ingénieurs qualité, experts visiteurs).

- Dégager le potentiel humain nécessaire (1.5 ETP + 0.5) (équivalent temps plein)

- Démotivation face à la planification des actions

- Trouver les ressources financières

- Manque de temps

- Réserver des créneaux horaires au travail des groupes qualité

- Difficulté à planifier réunions, audits, revue de direction avec ordre du jour, durée, personnels concernés

- Dynamique qualité insuffisamment entretenue

- Communication et information, engagement de la direction

- Manque de reconnaissance et de valorisation du travail
- Avoir un soutien de la direction de l'établissement

▪ La gestion du personnel, Ressources humaines :

Dans la deuxième partie nous avons comparé la gestion des ressources humaines à l'échelle nationale et au sein des établissements hospitaliers français et algériens. Les questions éthiques qui se posent en Algérie :

A-La formation et la gestion des compétences :

1-La formation du personnel médical :

- Coursus d'études médicales est linéaire qui n'a pas évolué, les langues étrangères comme l'anglais ne sont pas enseignées.
- Les lieux de formation (CHU) sont tous implantés au nord du pays, le numérus clausus est national, et pas régional ; ce qui cause les problèmes de démographie médicale.
- L'accès à la spécialité est difficile. La reconversion professionnelle n'est pas possible.
- A part les études de spécialités il n'existe pas de formation publique de 3eme cycle pour les médecins
- Les études de spécialité (Résidanat) se font par autoformation, et présentation d'une dizaine de colloques sur des thèmes qui se répètent chaque année.
- Il n'existe pas de formation continue obligatoire

2-La formation paramédicale : universitarisation des études d'infirmier en LMD n'est pas d'actualité

- Il n'existe pas des spécialités en études paramédicales.
- Le diplôme d'infirmier ne donne pas l'accès à d'autres diplômes de master.

3- la formation du personnel administratif et de la gestion :

- Beaucoup d'anciens directeurs sont des anciens médecins qui n'ont pas de compétences en sciences de gestion. Ou des diplômés de l'école nationale d'administration
- Les chefs de services n'ont pas l'obligation à faire une formation ou un master en management des établissements de santé.
- Les administrateurs diplômés de l'école d'administration et management de la santé n'ont pas le droit à accéder à d'autres formation universitaire ou aux études doctorales.

B-Gestion des recrutements très bureaucratique et hypercentralisée :

- Le recrutement des assistants et maitres-assistants (l'équivalent des PH et MCU-PH) se fait à la direction centrale des ressources humaine au ministère de la santé ; ce qui exprime le caractère hypercentralisé de la santé en Algérie.
- Le recrutement et l'affectation des praticiens hospitaliers tiens compte des postes budgétaires vacants, il ne tient pas compte des vrais besoins des populations en santé publique.

C-La politique des rémunérations :

- A l'ère du paiement à la performance P4P, la prime de la performance, et l'incitation financière à la qualité, La rémunération du personnel en Algérie est basée seulement sur la présence, (ni à l'activité, ni à la qualité, ni la performance, ni l'utilité) un employé est déclaré absent seulement si son responsable hiérarchique le déclare absent avec un rapport. Cette situation de complicité générale a donné beaucoup d'abus comme l'histoire du chef de service qui s'est absenté 2 ans tout en ayant son salaire. La maitre-assistante qui a quitté son travail pour immigrer en France qui a continué de recevoir ses salaires sur plusieurs années...
- Le salaire fixe n'incite pas à plus d'efficacité (productivité) ni à l'efficience (utilisation moins de moyens) ni à la qualité du service ; ni à la performance du travail.
- Il n'y a pas de gestion du temps ni évaluation de la performance ou le rendement du personnel (médical, paramédical ou même administratif).
- Salaire relativement très bas de l'ensemble du personnel on les compare juste avec les pays voisins.

▪ Gestion des systèmes d'information

On note les points tirés de la comparaison :

- Absence de la direction d'informatique dans les hôpitaux algériens (il existe un petit bureau informatique au niveau du CHU Mustapha qui dépend de la Direction générale), ni de département d'information médicale, il n'existe pas encore de médecins DIM en Algérie.
- Absence d'un programme national pour le développement de systèmes d'information hospitalier,
- Balkanisation des systèmes d'information chaque hôpital avec son propre moyen recrute des ingénieurs informatiques pour développer des petits logiciels d'informatique basiques non compatibles entre eux.
- Phénomènes d'obsolescence du matériel informatique, hardware et software.
- Retard technologique et coupures fréquentes des réseaux internet

- Un système d'information médiocre influence négativement la performance de l'établissement et le management dans tous ces états.
- La volonté de transparence : Peut-être qu'un bon système d'information engendre plus de transparence et plus de responsabilisation ? La chose qui n'est pas souhaitée par l'ensemble des acteurs vu que les salaires ne sont pas liés aux activités réalisées ou aux résultats.
- Nous nous rappelons tous de l'histoire de l'opposition de l'ensemble du personnel à l'installation d'une pointeuse digitale pour marquer leur présence dans les hôpitaux algériens dans les années 2015, des médecins ont trouvaient à l'époque des arguments de mauvaise foi, pour ne pas les utiliser (comme source de contamination croisées entre le personnel), ces pointeuses ont fini d'être vandalisées dès les premières semaines de leur installation.

▪ **Achats, équipement, Investissement et des prestations logistiques**

Les questions d'ordre éthiques que nous pouvons poser :

-La responsabilisation : bien que l'état investi de considérables moyens matériels et d'équipements, on note l'absence de contrat ou de convention de responsabilisation concernant la bonne utilisation des moyens et des équipements, et la gestion des stocks. On peut s'interroger aussi sur la nécessité d'une couverture assurantielle (assurance de responsabilité civile, assurance équipement, assurance multirisques dégâts et catastrophes naturelles ...)

-Les garanties et maintenance : selon le Directeur des moyens matériels du CHU Mustapha la réglementation des achats des équipement impose la garantie de la maintenance pour une période de 10 ans, le problème qui se pose c'est que souvent les fournisseurs (dont les importateurs) déposent leur bilan, ou changent leur activité.

-L'état des lieux : Je trouve nécessaire d'établir un état des lieux joint au contrat de responsabilisation ; Ce document décrit l'état du service ou l'unité des soins et de ses équipements médicaux ou autres, et un inventaire des instrumentations.

-Etudes de rentabilité : les études de rentabilités sont réalisées par les contrôleurs de gestion en calculant les charges fixes (amortissements, charges immobilières, maintenance, assurances) et les charges variable (consommables, énergie) et une étude de marché pour calculant la rentabilité économique des investissements. Pour apprécier s'il faut se procurer tel ou tel équipement ou machine ou bien orienté les patients vers d'autres établissements qui les possèdent, ou externaliser la fonction.

En Algérie comme les soins et les services médicaux ne sont pas payants, les gestionnaires ne font pas d'études de rentabilité.

-Pénuries et ruptures des stocks : très répandue, même pour des produits de première nécessité comme les gants ou l'eau....

- Le lobbying, concurrence déloyale, spéculations : l'Algérie représente un grand marché des produits pharmaceutiques, la facture d'importation s'élève à 1,2 milliard de dollars en 2021 (avant les mesures d'austérité elle pouvait dépasser les 2,5 milliards de dollars par an), il existe une forte pression des lobbies des importateurs, et fabricants de médicaments , on se rappelle des 2 tentatives de meurtre de l'ancien PDG de l'entreprise nationale des produits pharmaceutique SAIDAL M Ali AOUN (dont la première son chauffeur n'a pas survécu) qui est actuellement le PCH qui durant toute sa carrière a subi des pressions directes et indirectes.

On peut se rappeler aussi du scandale des comprimés de fluor dans les écoles primaires...

Il est nécessaire de réglementer davantage le secteur des produits pharmaceutiques et des équipements médicaux, comme il y a eu en France après le scandale Médiateur, avec la Loi Bertrand de 2011 ; la loi de transparence, dite anti-cadeaux.

M. Ali AOUN ajoute qu'actuellement le grand défi est le contrôle la qualité des produits pharmaceutiques produits en Algérie ou importés, sachant que selon des sources le faux médicament concernerait 10 % du marché mondial, soit une cinquantaine de milliards de dollars américains (FDA), et jusqu'à 30% du marché africain, les faux médicaments sont soit « produits de qualité inférieure », « produits non enregistrés » et « produits falsifiés »

Sans parler des produits de la médecine parallèle, et les produits homéopathiques.

Le faux médicament tue plus de 100 000 personnes sur le continent africain.

Agence nationale des produits pharmaceutiques (ANPP) (équivalent algérien de l'ANSM) n'ont pas encore les moyens techniques pour le contrôle de la qualité des produits pharmaceutiques

La France n'est pas à l'abri de ce phénomène, à titre d'exemple en février 2014, sur le port du Havre, la douane française ont fait une saisie record à l'échelle de l'Union européenne : 2,4 millions de faux médicaments en provenance de Chine.¹²⁸

¹²⁸ Leem – Direction de la Communication, « LUTTER CONTRE LES FAUX MEDICAMENTS : une urgence pour la santé publique mondiale ».

▪ La gestion et l'organisation et Parcours du patient

Améliorer la gestion des flux de patients aux urgences et prioriser la prise en charge de la structure de santé est l'une des priorités de tout système de soins, En Algérie il n'existe pas encore d'organismes centraux ou régionaux pour étudier et planifier et organiser le parcours des patients,

Il n'existe pas de directions du parcours du patient comme à l'HUEP, l'organisation de l'hôpital n'est pas basée sur les attentes et les exigences implicites et explicites des usagers. Il est nécessaire d'organiser l'hôpital sous forme des pôles d'activité où les services seront organisés sur la base des besoins des usager et leur parcours, et non pas l'organisation actuelle par spécialité.

Penser à diminuer le nombre de déplacements des usagers et le va et vient.

Autres aspects d'éthiques managériales :

▪ Le bien-être au travail

Il est clair que la qualité de vie au travail (QVT) et qualité des soins, sécurité des soins, la performance, vont dans le même sens. La gouvernance doit établir une démarche qualité de vie au travail. Ce concept concerne la santé mentale, physique et sociale des employés.

La mise en place d'une politique de bien-être peut ainsi contribuer à l'épanouissement professionnel du personnel mais aussi à l'amélioration de l'ambiance de travail au sein des équipes et au renforcement du climat de respect et d'écoute. Elle contribue aussi à prévenir les risques psychologiques et sociales, avant l'apparition des signes aigus de stress, de burnout, ou de violence implicites ou explicites.

La bientraitance se fonde sur le respect de la personne humaine et de sa dignité, la participation des personnes aux projets de soins qui les concernent. La bientraitance ne doit pas être réduite uniquement à la lutte contre la maltraitance,

L'amélioration de la bientraitance des patients et des usagers est inséparable du bien-être des professionnels et de la valorisation des actions relatives à la qualité de vie au travail dans les structures de santé.

La démarche QVT a été construite essentiellement à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels (comme le questionnaire « SATIN » qui est un outil d'investigation des conditions de travail et de la santé somatique, stress, risques

psychosociaux, évaluation de l'environnement de travail) ou à travers d'autres méthodes pour connaître leur avis sur leur qualité de vie au travail pour construire une démarche QVT.

La démarche QVT tient compte des composants comme le sexe et l'âge, analyses de l'absentéisme, de, d'arrêts maladie turn-over, voir même les démissions.

Un dispositif d'accompagnement des professionnels à la recherche de solutions pour améliorer leur organisation du travail.

Il est nécessaire de se former en psychologie du travail, et le management des équipes basé sur l'écoute, moderniser le cadre du travail, préserver la santé du personnel, et mieux concilier la vie privée et la vie professionnelle.

- **Le management environnemental vers des hôpitaux écologiques :**

« La terre a une peau et cette peau a des maladies ; une de ces maladies s'appelle l'homme ». Friedrich Nietzsche

Les activités de la santé ont un impact sur l'environnement, peu pris en compte aujourd'hui. Une réflexion sur le long terme doit pourtant être engagée pour que le secteur de la santé doit conforme

La santé et l'environnement sont liés. On parle souvent des impacts environnementaux sur la santé, mais on parle peu des impacts potentiels des activités de soins sur l'environnement.

Les structures hospitalières sont énergivores, elles consomment beaucoup de produits (eau, plastiques, papier, tissus, emballages...) et produisent beaucoup de déchets très variés.

La certification Haute qualité environnementale HQE™ est une approche volontaire apparue en 2004 en France par l'AFNOR, pour la construction, la rénovation ou l'exploitation de tous les immeubles. Elle traduit un équilibre entre la qualité de vie et performance économique et respect de l'environnement (énergie, eau, air, déchets...)

La famille des normes ISO 14000 constitue les outils pratiques du management environnemental.

Le Grenelle Environnement est l'un des grands projets lancés par Nicolas Sarkozy après les élections de 2007. Cela se traduit par l'émergence de programmes ou d'organisations de responsabilité sociale des entreprises ou des organisations (RSE) (RSO).

En 2015 un « débat national sur la transition énergétique » (DNTE), a abouti à l'adoption de la loi de transition énergétique pour la croissance verte.

Le 3eme Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 (qui est établi chaque 5 ans)¹²⁹

Les questions abordées dans le PNSE3 abordent les enjeux de santé posés par les pathologies en lien avec l'environnement. (L'amiante, le radon, les effets sanitaires liés à l'exposition à certaines espèces végétales ou animales, les perturbateurs endocriniens, l'exposition aux métaux lourds (plomb, mercure et cadmium). Les maladies transmises par des vecteurs dans un contexte de changement climatique. Les nuisances sonores, l'usage des pesticides.)

La présence d'un responsable Qualité sécurité environnement (QSE) est recommandé de nos jours.

Fonctions achats doit évoluer pour se former aux impératifs de RSO-RSE, par exemple il n'est pas admissible d'acheter des produits peuvent contenir des perturbateurs endocriniens (cosmétiques, emballages ou alimentation).

Il faut aussi privilégier d'acheter des produits locaux et de saison.

La consommation rationnelle d'énergie nécessite l'audit énergétique d'un conseiller thermicien.

Usage unique ou recyclage ? L'impact environnemental des pratiques de soin nécessite une évaluation médico-économique et environnementale. La généralisation des usages uniques et des dosettes individuelles est pourtant fortement productrice de déchets, cependant le recyclage et le conditionnement est énergivore, et nécessite du travail supplémentaire.

L'élimination des DASRI (Déchets d'activité de soins à risques infectieux) par les incinérateurs (au lieu des banaliseurs de DARS) comme c'est le cas au sein du CHU Mustapha, génère de la pollution en plein ville et consomme de l'énergie.

Les produits pharmaceutiques doivent être étiquetés selon leurs niveaux de persistance, de bioaccumulation et de toxicité (comme c'est le cas en suède)

L'hospitalisation à domicile et la chimiothérapie ambulatoire, peuvent constituer une faille dans la maîtrise des déchets toxiques.

¹²⁹ « Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 - Ministère de la Santé et de la Prévention ».

Le management environnemental à l'hôpital et la recherche de l'efficacité énergétique, la recherche de la consommation modeste des ressources, la bonne gestion des déchets ne constituent pas encore une priorité. Elles restent toujours marginales dans la gestion globale du système hospitalier.

Les projets en management environnemental nécessitent un budget pluriannuel, et engendrent souvent un manque à gagner qui n'est pas prévu par les modes de financement de l'hôpital actuellement.

Le management environnemental à l'hôpital est inclus dans la procédure de certifications HAS.

La doctrine écologique et des normes écologiques ne doivent pas viser qu'un seul pilier du développement durable, mais ensemble de ses quatre piliers : le social, l'environnemental, l'économique, et le culturel.

▪ **Le marketing, la publicité et la communication :**

« En France le patient est considéré comme un client en Algérie le patient est une charge pour l'état » sous-directeur des finances CHU Mustapha

Le marketing émerge dans de nombreux domaines aujourd'hui, on parle du marketing des services dans le secteur marchand,

Le marketing des services publics dans le secteur des organisations à but non lucratif, ou encore de « marketing politique ».

Deux démarches complémentaires ont récemment été importées du privé dans le secteur des services publics, la Qualité et le Marketing. Elles permettent de placer l'utilisateur ou le client au centre des préoccupations du service (Aujourd'hui, peu d'organisations, privées ou publiques, ne placent pas leurs clients au centre de leur processus marketing et emploient au moins une partie des méthodes et techniques utilisées pour entendre leurs exigences). Les deux démarches visent aussi à satisfaire l'utilisateur ou le client, dont la démarche marketing est plus tournée vers l'extérieur que la démarche qualité, qui ne peut exister sans elle puisqu'il s'agit de mieux répondre aux besoins des clients.

Le marketing de service public est défini comme étant un art de promouvoir des prestations mettant en œuvre des missions d'intérêt général démocratiquement définies et évaluées en apportant au débat démocratique et à la décision politique

Particularités du marché de la santé :

-Dissociation entre paiement et consommation : En général les usagers ont une couverture sociale

Asymétrie de l'information : L'utilisateur est ignorant de ses véritables besoins thérapeutiques, il ne connaît ni la quantité ni la qualité du bien qu'il veuille ou qu'il doit consommer. Il ne peut pas vraiment intervenir dans des décisions et orientations thérapeutiques, en raison de sa méconnaissance en domaine médical.

-Ethique : Le marketing est souvent perçu comme le moyen de vendre n'importe quoi à n'importe quel prix. Il se résumerait à des techniques de manipulation dont le seul objectif est la recherche du profit. La santé n'étant pas un bien comme un autre, le corps médical est souvent réticent au marketing considérant qu'il réduit la dignité de la profession médicale.

-La maîtrise des dépenses de santé : augmenter le marketing engendre l'augmentation des facteurs de consommation ce qui augmente les dépenses de santé.

En France le marketing en santé est une question très réglementée, Il existe au sein de l'HUEP une direction de l'information. La publicité explicite qui engendre concurrence déloyale entre les praticiens est proscrite cependant l'information médicale est souhaitée.

La publicité indirecte est observée à travers les sites web des hôpitaux ou par l'application de gestion des RDV DOCTOLIB. Les praticiens du service public publient sur des plateformes ou réseaux sociaux comme YouTube ou Facebook pour informer les usagers mais aussi à les attirer et les orienter.

Nous avons même observé une des publicités en langue étrangères (anglais , arabe) destinées aux patients étrangers (comme sur le site de l'hôpital Gustave Roussy <https://www.gustaveroussy.fr/>) sachant que les prix sont beaucoup plus chers pour les usagers non-résidents non assurés en France .

En Algérie les hôpitaux sont financés avec une dotation globale peu importe la proactivité des services et des biens, idem le personnel est rémunéré à la présence, et non à l'activité ou à l'acte, ou même la qualité, ce qui ne les incite pas les hôpitaux ou le personnel à faire une démarche marketing en santé. (Chose très pratiquée dans le secteur libéral).

Les mêmes médecins qui travaillent en même temps en secteur public et privé (légalement ou clandestinement) font de la publicité via les réseaux sociaux pour augmenter leur activité dans le secteur privé mais jamais dans le secteur public.

K. Réflexion sur les méthodes d'évaluations quantitatives et qualitatives de l'éthique managériale

Parfois il n'est pas nécessaire de dire qu'une méthode est bonne est une autre est mauvaise avec une vision noire et blanc, ou une méthode est meilleure qu'une autre ; il est nécessaire de lancer une réflexion pour des méthodes afin de quantifier plus ou moins les aspects éthiques ; comme on a pu quantifier la qualité, noter classer les hôpitaux sur la qualité à partir des indicateurs de qualité et des comptes qualité et les publier sur <https://www.scopesante.fr>.

Dans le compte qualité des hôpitaux il existe déjà une quantification de certains aspects éthiques comme « *la qualité de vie au travail* » « *Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés* » « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée* »

L. Les leviers et outils d'une éthique managériale en santé :

▪ L'institutionnalisation de la démarche éthique en management :

L'institutionnalisation de la démarche éthique est un préalable nécessaire, au développement d'une culture de l'éthique en management. Dans des structures de santé très règlementées comme les hôpitaux, si on ne commence pas par institutionnaliser, les démarches ne se feront pas d'une manière sérieuse ; cette reconnaissance institutionnelle n'est concrète si on fournit des moyens humains, financiers mais aussi dans un cadre juridique.

L'inscription de la démarche éthique au sein du projet d'établissement afin de l'ériger en objectif institutionnel. Elle devrait mettre en valeur l'implication de l'équipe de direction au service de cette dynamique, et l'adhésion du personnel et généraliser les bonnes pratiques au sein de l'établissement. Cette « Généralisation » n'est pas à confondre avec « uniformisation » : l'importance de l'autonomie dans l'élaboration des chartes de management éthique.

▪ Projets de valeurs managériales

La plupart des projets des établissements, on se réfèrent à des valeurs : projet d'établissement et médical, projet de soins, projet management et social, projet de pôle... Mais, la définition de ces valeurs reste souvent philosophique loin de la pratique.

De plus, il est rare de traduire des valeurs philosophiques en règles ou principes de fonctionnement. Réduire les valeurs à un débat philosophique ou littéraire, n'aide pas concrètement les managers et les administrateurs dans leur décisions quotidienne.

Le projet managérial doit partager les valeurs managériales qui sont tirés par des expériences terrain d'une manière scientifique pour montrer leur points positifs et négatifs et dire si les directions et les encadrements peuvent s'en inspirer dans leurs pratiques managériales. Par exemple : l'égoïsme qui a une connotation négative sur son sens superficiel, a aussi des vertus positives qui ont été décrites par la main invisible Adam Smith ; et qui ont prouvé leur succès dans le domaine économique et social. Donc théoriquement et superficiellement l'égoïsme est une valeur négative mais sur le plan pratique, avec le retour des expériences l'égoïsme a beaucoup de vertus socio-économiques.

▪ Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de l'éthique managériale

La démarche qualité des établissements connaît un développement important, à travers le volet qualité de la certification menée par la HAS et des manuels d'évaluation de l'ex ANESM ; ou encore l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)

Pour autant, l'éthique managériale ne constitue que rarement un critère explicite, et se concentre essentiellement sur l'éthique clinique, Il apparaît donc nécessaire d'inclure concrètement un chapitre management éthique au sein du manuel de certification des établissements de santé.

Je trouve nécessaire de lancer une réflexion à des méthodes pour quantifier plus ou moins les aspects éthiques comme on a pu quantifier la qualité ; dans le compte qualité il existe déjà une quantification de certains aspects éthique comme « *la qualité de vie au travail* » « *Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés* » « *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée* »

- **Comités de réflexions éthiques d'analyse des pratiques managériales :**

À l'imitation des comités éthiques médicales, qui se sont développés dans les établissements de santé et médico-sociaux, qui ont un rôle d'aide à la décision dans des situations cliniques critiques et complexes, il est nécessaire d'instaurer des comités similaires pour les managers et administrateurs. Qui réunissent les managers gestionnaires, médicaux et paramédicaux et le reste du personnel impliqué... Voir même des philosophes, et représentants des usagers... Ces instances peuvent être un lieu d'analyse de certaines pratiques managériales, surtout lors des situations critiques ou de crises.

Dans ce sens, on a vu l'émergence des ERER Espaces de réflexion éthique régionaux et ERERI interrégionaux par l'arrêté du 4 janvier 2012, en application de la loi du 6 août 2004 relative à la bioéthique de Philippe Douste-Blazy. Ce texte trouve ses fondements dans le rapport dit CORDIER proposant de « créer un espace de réflexion éthique dans chaque région » et préconisant la formation à l'éthique, les rencontres et échanges entre théoriciens et personnes de terrain et l'accès aux ressources documentaires en éthique. Aujourd'hui, 20 ERER et 3 ERERI ont été créés.

Le fonctionnement des ERER est encadré par les Agences Régionales de Santé.

Chaque espace de réflexion éthique publie un rapport d'activité annuel qui est rendu public et adressé au Comité Consultatif National d'Éthique qui élabore une synthèse.

La Conférence Nationale des Espaces de Réflexion Éthique Régionaux (CNERER) est l'association loi 1901 qui fédère depuis 2021 les 15 ERER afin de donner de la valeur à leurs travaux et de permettre des échanges de bonnes pratiques entre ERER.

Rappelant que dans la loi du 21 juillet 2009 (HPST) de madame Bachelot, la commission médicale d'établissement (CME) contribue à la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge des usagers mais ça ne concerne pas l'éthique du managériale.

En matière d'éthique clinique, beaucoup d'établissements n'ont créé des comités éthiques que pour répondre aux exigences de la HAS en matière de certification, sans conséquence réelle sur les pratiques professionnelles.

- **Développer la formation au management éthique et coaching au leadership éthique**

Les managers et les administrateurs doivent donner l'importance de la dimension éthique du management, et avoir une posture éthique et un leadership éthique. La formation permet

de découvrir, d'enrichir ses connaissances, d'acquérir des connaissances et des compétences pour la mise en œuvre d'une démarche éthique pour l'établissement et l'ensemble du personnel.

La réflexion éthique, le questionnement la prise de recul, l'interrogation en équipe renforce la fonction du coaching de l'équipe, et permet à plus d'acceptabilité décisions et des pratiques managériales.

Il est nécessaire de développer des formations, dont un diplôme d'université en éthique (DU) pour les cadres, ouvert à la direction.

On note que l'université de Strasbourg a créé, au sein d'un master d'éthique, une spécialisation « éthique et entreprise ».

ESCP Business School, qui est une grande école de commerce consulaire, a développé un master « management médical et gestion hospitalière » de l'ESCP, comporte une unité d'étude sur l'éthique du management.

- **Développer une stratégie de communication au management éthique**

Développer une politique de communication au management éthique par la définition du rôle des soignants, des grandes valeurs partagées, participation de tous à la décoration du service...élaborer des chartes d'éthiques, La communication et l'écoute, constituent un outil pour créer la convivialité interne entre les professionnels.

- **Donner un rôle important des représentants des usagers RU**

Le statut de Représentant des Usagers est règlementé, Pour représenter les usagers dans les des instances comme les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) , les conférences de santé etc., il faut être membre d'une association agréée par un avis favorable de la commission nationale d'agrément. Cette commission vérifie si les conditions règlementaires sont remplies et donne un avis au ministre chargé de la Santé ou aux directeurs généraux des agences régionales de santé.

Ils ont leur sièges au sein des établissements de santé publics et privés dans :

Les Conseils de surveillance et les Conseils d'administration

Les (CDU) Commissions des usagers

Les Commissions d'activité libérale

Ils aussi siègent dans des instances extrahospitalières telles que :

Les Comités de protection des personnes

Les (CPTS) Communautés Professionnelles Territoriales de santé

La (CCI) Commission de conciliation et d'indemnisation

La (CRSA) Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

Les (CTS) Conseils territoriaux de santé

La (COREVIH) Coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH

Les Commissions départementales des soins psychiatriques sans consentement (CDSP)

Leurs rôles :

- S'impliquer, au nom des usagers, dans l'administration ou l'organisation d'un établissement de santé,
- Améliorer la qualité de la vie quotidienne du patient, faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits
- Participer à l'élaboration des politiques de santé.
- Faire valoir les droits des usagers victimes d'accidents médicaux.

L'hôpital est fondé et construit au bénéfice des usagers ; les représentants des usagers sont invités à suivre une formation en éthique managériale et de lancer des travaux de recherches dans le droit des usagers, pour mieux écouter leur exigences (voir doléances) et faire valoir leur droit.

Il est préférable de créer une direction des droit et exigences des usagers au sein des institutions sanitaires que se contenter des représentants mandataires pour 3 ans avec une participation qui repose sur un engagement associatif bénévole.

M. Conclusion de la troisième partie

Le but de cette partie est de mettre en évidence notre vision sur les objectifs du management éthique qui ne sont pas uniquement des objectifs de rentabilité économique comme il est constaté dans les entreprises néo-libérales ou l'objectif ultime est la croissance du capital financier, dans une course pour maximiser le profit.

Les objectifs du management éthique doivent tenir compte non seulement des indicateurs d'efficacité ou de productivité et d'efficience (diminution des moyens) mais aussi se soucier d'abord sur l'utilité, le bien-être du personnel, l'impact environnemental, le respect de l'éthique, et le sens et la finalité de l'économie pour le bonheur et l'intérêt commun.

Si depuis une vingtaine d'année plusieurs auteurs en sciences de gestion se sont intéressés à l'éthique du management ou l'éthique du « care » ou de la sollicitude ; nous avons constaté dans leurs ouvrages qu'ils s'intéressaient uniquement à quelques parties de l'éthique qui va dans le sens de la rentabilité économique en augmentant la production et en diminuant les charges et aboutir à la lutte contre le gaspillage et la corruption, et avoir moins de mouvements sociaux et de conflits avec les employés....

Idem pour certains travaux d'organismes comme l'OCDE dans leurs travaux sur l'éthique au service public s'est résumé à des conceptions étroites comme la maîtrise des dépenses publiques, la lutte contre la corruption, et la transparence, dans une logique d'économie libérale, voir néolibérale, la conception du mot éthique en management est en réalité plus globale et générale. Ce rapport n'aborde pas de grandes questions éthiques comme le sens de l'économie, les problèmes de l'obsolescence programmée connu depuis un siècle, l'évasion et l'optimisation fiscale qui permet aux plus grands groupes d'échapper aux impôts (des grands firmes pharmaceutiques, cabinets conseils), l'utilité de certains secteurs économiques qui génèrent du bénéfice économique et qui produisent des biens et services nuisibles, au détriment de la santé, l'environnement ou la vie sociale ou le bien-être commun ; comme les industries du sucre, du tabac, des produits alcoolisés, les voitures dangereuses sans limitation de vitesse...

Si les indicateurs économiques sont mesurables et vérifiables pour évaluer l'efficacité et l'efficience, les autres aspects de management comme l'utilité, l'impact environnemental, la qualité de vie, l'éthique sont difficilement mesurables. Il est nécessaire de les évaluer, de les chiffrer les rendre quantifiables, et démocratiser et banaliser leur utilisation au sein du grand public.

A travers de cette réflexion et de cette vision du management éthique nous avons comparé les méthodes de gestion et de gouvernance des deux systèmes hospitaliers à l'échelle nationale des institutions centrales, puis au sein de chaque direction des établissements de santé de chaque pays.

Parmi les leviers et outils d'une éthique managériale dans le domaine de la santé qu'il faut concrétiser d'abord l'institutionnalisation de la démarche éthique managériale, si on ne commence pas par l'institutionnaliser, les démarches ne se feront pas d'une manière sérieuse ; cette reconnaissance institutionnelle n'est concrète si on fournit des moyens humains, financiers mais aussi dans un cadre juridique.

Etablir un projet de valeurs managériale ; Le projet managérial doit partager les valeurs managériales qui sont tirés par des expériences terrain d'une manière scientifique pour montrer leur points positifs et négatifs et voir si on peut s'en inspirer pratiques managériales.

Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de l'éthique managériale ; Je trouve nécessaire de lancer une réflexion à des méthodes pour quantifier plus ou moins les aspects éthiques comme on a pu quantifier la qualité et pour cela, Il apparaît donc nécessaire d'inclure concrètement un chapitre management éthique au sein du manuel de certification des établissements de santé de la HAS.

Créer des comités de réflexions éthiques d'analyse des pratiques managériales, à l'instar des comités d'éthique médicale.

Développer la formation au management éthique et coaching au leadership éthique et une stratégie de communication,

Le dernier levier c'est de redonner une place centrale aux usagers à travers leur représentants ; Il est préférable, de mon point de vue, de créer une direction des droits et exigences des usagers au sein des institutions sanitaires, que se contenter d'avoir la présence des représentants mandataires pour trois ans avec une participation qui repose sur un engagement associatif bénévole.

V. Conclusion générale et perspectives :

Après avoir étudié d'abord l'histoire du développement , de l'organisation et des réformes des systèmes hospitaliers algériens et français, puis l'évolution de la gouvernance des deux systèmes hospitaliers et enfin la comparaison actuelle domaine par domaine en particulier de l'organisation, du financement, des ressources humaines, de la performance, de l'informatisation, de la qualité à partir des données recueillies dans deux hôpitaux équivalents (Hôpital Mustafa Pacha à Alger, Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien à Paris), une discussion sur la transposition du management hospitalier français en Algérie peut s'engager en mettant en exergue les questions d'éthique.

Le système de santé algérien a fait de grands progrès pour améliorer la santé des citoyens depuis l'indépendance, ce qui apparaît sur plusieurs indicateurs épidémiologiques. Mais cette étude comparative a montré un retard en termes de gestion et de gouvernance du système de santé par rapport à celui de la France. En effet, cette dernière a connu de multiples réformes de caractère managérial dans le domaine de la santé en s'inspirant des meilleures expériences étrangères dans le monde. L'Algérie a hérité du système de santé français des années 60, mais elle n'a pas suivi les évolutions universelles en termes de bonne gouvernance et de gestion publique. Des choix ont été fait de suivre des modèles de gestion reposant sur la notion de « médecine gratuite » qui doit actuellement être remise en question. Cette « médecine gratuite » est devenue un système trop bureaucratique manquant d'efficacité, peu performant, ne favorisant pas l'innovation et le dynamisme. La santé des citoyens ne s'améliore pas, qu'ils soient pauvres ou riches et le personnel de santé n'est pas compétitif dans le domaine médical et dans son statut socio-économique.

Dans un contexte mondialisé, la gestion optimisée du système de santé est devenue une nécessité. Certains pays du Moyen-Orient, comme le Qatar, les Emirats Arabes Unis, producteurs de pétrole, reconnaissant leur retard technologique et en matière de gestion publique, depuis une cinquantaine d'années, ont fait le choix d'importer non seulement les moyens technologiques, mais aussi les techniques de gestion pour moderniser leur gouvernance publique notamment en santé. Ils sont restés classés dans des rangs de

classement international performants autour du 15^{ème} ou 20^{ème} rang mondial contrairement à l'Algérie qui se trouve au 80 ou 90^{ème} rang. A ressources équivalentes, la gouvernance en santé est déterminante pour l'état de santé de la population.

Des réformes hospitalières inspirées des progrès des sciences de gestion publiques et privées n'ont pas émergées en Algérie. La question est de mettre en évidence les freins à ces réformes et de proposer des pistes pour avancer dans la construction d'un système de santé correspondant aux besoins thérapeutiques et préventifs des algériens en respectant la personne humaine.

Le choix du changement et du développement ne revient pas uniquement aux gouvernants, mais aussi aux citoyens prenant la responsabilité d'accepter de nouveaux concepts d'organisation et de gouvernance et renonçant au modèle actuel pour permettre une médecine de qualité. Les valeurs du travail, de la construction commune, de l'innovation, de la responsabilité, de la compétitivité et de la qualité doivent être mises au premier plan.

Il semble très difficile, après une analyse critique théorique du service public hospitalier algérien, d'apporter des solutions pratiques concrètes à appliquer sur le terrain.

Dans cette thèse, les objectifs du management éthique ont été exposés. Il ne s'agit pas uniquement d'objectifs de rentabilité économique comme il est constaté dans les entreprises où l'objectif principal est la croissance du capital financier, pour maximiser le profit. Les objectifs du management éthique doivent tenir compte non seulement des indicateurs d'efficacité, de productivité et d'efficience mais aussi de l'intérêt commun : les mesures pour une bonne santé collective et individuelle doivent avoir un sens, être utiles, tout en limitant les coûts. L'impact sur l'environnement, le respect des patients et des personnels sont à prendre réellement en compte.

Dans cette logique, tout système de santé doit respecter plusieurs impératifs dont voici un rappel:

Premier impératif « l'efficacité » qui est l'impératif premier : améliorer la santé de la population comme elle a été définie par l'OMS en 1946 : « *un état de complet bien-être*

physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle prend en compte l'augmentation de l'espérance de vie et la prévention des maladies.

Deuxième impératif « l'efficience » : l'efficience économique doit obtenir le maximum de moyens en mobilisant le minimum de ressources et le moins de temps possible.

En France, l'Etat et les assurances maladies cherchent à limiter et rationaliser les dépenses de santé à travers l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) qui est voté par le parlement. Aux USA, le système de santé privé libéral a la plus forte dépense mondiale de santé par habitant. En Algérie, il n'y a pas d'ONDAM. Dans le secteur privé, le ticket modérateur et le reste à charger du citoyen constitue une portion très importante de la dépense totale de la santé. Ces dépenses concernent le privé et les soins à l'étranger puisque dans le public il existe une médecine dite « médecine gratuite ». Cette dépense *[est-ce bien une dépense publique ?]* est estimée à 30% de la dépense totale de la santé.

Le troisième impératif « le bien-être socioprofessionnel » : il concerne l'ensemble du personnel médical, paramédical, médicotechnique, de direction, et autres corps de métier. L'OCDE définit le capital humain comme un bien immatériel.

Le quatrième impératif « le respect de l'environnement et les objectifs du développement durable » : les établissements et les industries de la santé font également face à des défis spécifiques, comme ceux liés au cycle de vie de leurs produits, ou la lutte contre l'obsolescence programmée. Un système de santé ou de soins idéal doit aussi entreprendre des actions efficaces pour maîtriser l'empreinte environnementale de ses différentes activités.

Le cinquième impératif « le respect des normes juridiques » : chaque système de santé doit veiller à respecter les normes juridiques du pays (constitution, traités internationaux, code du travail, ...)

Le sixième impératif « l'éthique contemporaine » : tout système de santé ou de soins doit respecter l'éthique médicale, managériale dans le respect de la personne. *"Nous n'avons pas*

*besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court*¹³⁰ « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme »¹³¹ une phrase de **Jean-Claude Ameisen**, président du Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

Le septième impératif « l'économie » : le système de santé ne fait pas exception aux approches économiques, à travers la production des biens et des services médicaux, la croissance, la diminution du chômage, la recherche de nouveaux marchés nationaux et internationaux de la santé. Le tourisme médical freine le développement local des services de santé.

Le huitième impératif « l'utilité » : l'utilité en santé est la capacité d'un bien ou d'un service médical à apporter la satisfaction ou le bien-être face à un besoin de santé. Cette notion d'utilité a conduit les économistes à utiliser des indicateurs comme le QALY (Quality-Adjusted Life Year qui veut dire « année de vie pondérée par la qualité ») ou le HYE (Healthy Years equivalents) comme critères d'utilité.

La question de la possible transposition du management public hospitalier français en Algérie est interrogée dans l'étude comparative des systèmes de santé hospitaliers des deux pays. Pour avancer dans la réponse à cette question, la prise en compte des représentations sociales, des valeurs, des intérêts et des rapports de force est difficile. La démarche de cette recherche a d'abord été un travail préliminaire par l'étude, pour les deux pays, des documents de santé publique, des textes de loi, des réformes hospitalières, des textes portant sur l'organisation des hôpitaux et les différentes institutions. Puis il a été nécessaire d'avancer sur les comparaisons domaine par domaine, du management hospitalier, pour réfléchir sur ce qui pourrait faire progresser le système de santé algérien et pour proposer des réformes dans l'un ou l'autre des domaines ou une réforme plus globale qui pourrait intégrer ces différents composants du management. Cette comparaison a été facilitée par l'étude approfondie des pratiques de management menées d'une part dans différentes directions à l'HUEP (Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien comprenant les hôpitaux Saint Antoine, Tenon, Trousseau, Rothschild, La Roche Guyon) avant son regroupement récent avec les hôpitaux de la Pitié Salpêtrière et de Charles Foix) et d'autre part à l'hôpital Mustafa Pacha. Des entretiens avec des chefs de pôle, des responsables de structures

¹³⁰ « Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court ».

¹³¹ « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme ».

internes, de cadres de santé et des cadres administratifs ont été menés à l'HUEP, avec des chefs de service à l'hôpital Mustafa. L'assistance à des instances de direction dans les deux pays a été très productive. L'étude de nombreux documents a permis une comparaison documentée.

Ces études de texte puis des études sur le terrain du management hospitalier ont permis de proposer des perspectives d'amélioration et de faire des propositions, issues ou non de la comparaison des deux systèmes. A titre d'exemples, quatre domaines sont choisis pour discuter de l'amélioration du management

1. Le financement

En termes de financement du système de santé, en Algérie, la dépense nationale de la santé, qui représente 5% du PIB, devrait augmenter en cherchant de nouveaux financements, par exemple en augmentant le nombre de cotisant, 80% des algériens ayant une couverture sociale.

En France, le financement majoritaire se fait par la T2A (tarification à l'activité). Cela pousse les hôpitaux à « faire de l'activité » et pourrait pousser à une démarche commerciale. Mais il ne s'agit pas de la totalité du financement car il existe aussi un financement grâce à des missions pour l'enseignement, pour la recherche, le financement spécifique pour certains projets, pour les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), pour des démarches de qualité (IFAQ ou Incitation Financière à la Qualité. L'évolution semblant désirée est celle qui développerait encore davantage d'autres financements que la T2A en particulier par le financement de projets.

En Algérie, Il faudrait reprendre l'initiative pour tarifier les actes dans les établissements publics et avoir une contractualisation avec l'assurance maladie sur la base de projet. La participation des usagers au paiement des services et des biens, prenant en compte leurs ressources, les rendrait plus responsables. Cela contribuerait à augmenter les recettes et à diminuer les dépenses, ainsi qu'à augmenter la qualité, la productivité, la performance et l'utilité des soins. Cela concourrait alors à assurer aussi l'accueil et la dignité des usagers et des praticiens. Cependant il faudrait permettre l'accessibilité des plus démunis aux établissements publics et privés d'une autre manière pour obtenir une couverture sociale

solidaire. Il faudrait privilégier ce mode de financement qui semble plus juste, plus productif et plus motivant pour travailler. L'instauration d'une culture du financement basé sur les résultats est essentielle pour produire une dynamique de la santé à l'hôpital.

Le paiement à l'activité doit tenir compte de la CIM-11 qui est la onzième révision de la Classification Internationale des Maladies. Un modèle simplifié de la T2A ou le financement combiné de la France est souhaité, comme le paiement à l'acte dans les établissements privés. Mais les tarifs doivent être réglementés pour éviter toute sorte de spéculation. Il faudrait également tenir compte de la composante hôtelière.

Il est nécessaire d'introduire des méthodes de management et de marketing éthiques dans les hôpitaux publics, inspirés des entreprises libérales, et considérer les patients (les usagers) comme des clients qui ont des exigences, et non des patients (usagers) à la charge l'Etat, et rompre avec le modèle bureaucratique inspiré de l'ère soviétique qui a prouvé son échec partout dans le monde , sans pour autant aboutir à un système exclusivement commercial.

2. Systèmes d'information

Pour instaurer un tel financement et rejeter autant que possible le financement par forfait ou dotation globale, les systèmes d'informations doivent se développer pour devenir performants, fiables et universels. A l'ère des smartphones et des réseaux connectés, ce projet semble très réalisable, et permettrait d'assurer la transparence du système. Une gestion informatisée et automatisée est nécessaire du fait de la complexité du système et pour une meilleure performance. Ce système d'information, permettant une gestion cohérente des ressources doit aussi être sécurisé.

En France, on dénombre 358 sociétés qui travaillent sur les SIH, 1 035 logiciels sont déclarés dans le RELIMS (Référencement des Éditeurs de Logiciels et Intégrateurs du Marché de la Santé). Les hôpitaux sont dotés d'une direction des systèmes d'information.

En Algérie, il n'y a pas de direction des systèmes d'information, pas de médecin formé, pas de programme national. Il existe des logiciels dans chacun des hôpitaux mais souvent non compatibles entre eux. Le matériel informatique est souvent obsolète, avec un retard technologique. Il existe de fréquentes coupures informatiques. Le matériel informatique et son utilisation est parfois non respecté.

3. Qualité et gestion des risques

En termes de management, il est nécessaire de créer une direction centrale ou une institution centrale qui s'occupe du management de la qualité au sein des établissements de santé publics et privés, de la gestion des risques, et des recommandations des bons pratiques.

En France le référentiel du manuel de certification des établissements de la santé V2020 (version 2021) est composé de 131 critères sur 3 chapitres : 1 le patient, 2 les équipes de soins, 3 l'établissement. Tous les établissements doivent être certifiés selon ces normes de la Haute Autorité de Santé(HAS). Il n'y a pas de démarche réelle de certification en Algérie.

Notre vision du management de la qualité et la gestion des risques envisage une action sur deux axes, horizontal et vertical :

Un axe horizontal : l'instauration de la certification des établissements de santé publics basée sur un référentiel standardisé plus simple que la certification HAS ou ISO qui concernerait tous les établissements de santé. Cette certification serait réalisée par des experts en management de la qualité en santé publique.

Un axe vertical : des recommandations actualisées de bonnes pratiques professionnelles par spécialités médico-chirurgicale réalisées par des spécialistes experts pour l'amélioration de la prise en charge du patient et des usagers et pour assurer la fonction d'inspection et de contrôle de la qualité des soins.

D'autres domaines de qualité doivent faire des progrès importants comme la gestion des déchets

En termes de gestion du parcours du patient, l'hôpital doit être organisé sur les besoins des usagers en commençant par les urgences et le bureau des admissions des malades pour rendre les soins plus efficaces et plus efficients et engendrer moins de déplacements et de perte de temps pour les usagers. L'organisation actuelle des services par spécialité médicale ou chirurgicale doit être repensé et adaptée. Ce schéma reste cependant cohérent pour l'enseignement des étudiants et des stagiaires.

Le parcours du patient doit devenir une réalité à plusieurs acteurs, en comprenant les usagers qui vivent les parcours et sont les plus à même de donner leur avis pour progresser vers une meilleure prise en charge. Des rénovations architecturales adaptées au fonctionnement pratique de l'hôpital sont nécessaires. Cette rénovation ou reconstruction architecturale ne concerne pas seulement le parcours des patients, mais aussi l'organisation de l'administration. A titre d'exemple, à l'hôpital Mustapha, les bureaux sont cloisonnés et dispersés sur les 15 hectares de l'hôpital. Il est nécessaire d'avoir un regroupement des directions dans le contexte actuel. Si les systèmes d'information étaient performants, la communication serait plus fluide par les réseaux informatiques et les courriers électroniques.

4. Les ressources humaines

Les personnels, c'est ce qui fait vivre l'hôpital. Le but de ces personnels, qu'ils soient ou non en contact direct avec les patients, c'est de leur assurer les meilleurs soins avec humanité. L'état d'esprit des différents personnels est primordial pour améliorer la qualité. Pour cela, il est nécessaire de pourvoir à des formations de qualité pour une compétence optimale et ceci pour soigner l'ensemble des populations de manière juste. Des réformes sont à envisager sur le cursus médical : lieux d'implantation des CHU (Nord versus Sud), formations dans le troisième cycle, formation continue à rendre obligatoire. Sur le cursus paramédical, il faudrait des spécialisations, l'accès à une formation continue pour ajuster les niveaux de formation. Des réformes sont aussi à envisager sur les recrutements actuellement très centralisés. Les postes à pourvoir devraient prendre en compte plus les besoins en soins que les postes budgétaires vacants. Des progrès sont à faire sur l'amélioration des conditions de travail. Les postes de directeurs devraient être occupés par des personnes formées à la gestion et au management. Les chefs de service devraient aussi avoir une formation en management. Enfin, une réforme du mode de rémunération peut être envisagée, ne reposant pas sur la présence du personnel mais aussi sur la performance, la qualité et l'activité.

Après cette discussion point par point, la question plus générale de la transposition du système de santé français en Algérie reste ouverte.

Il n'est pas possible de transposer un système de santé sans s'adapter à un pays donné. L'histoire n'est pas identique, même si elle a pu être commune à un moment donné. L'étude des lois et des réformes le montre bien dans la première partie de cette thèse. La géographie physique en comprenant le climat n'est pas similaire. L'évolution des populations est différente sur le plan épidémiologique et les besoins en santé ne sont pas identiques. Les sociétés évoluent avec leur propre dynamique. Les cultures doivent également être prises en considération dans les décisions. La formation des personnels, les infrastructures hospitalières actuelles sont des réalités.

Néanmoins, des concepts de base restent communs, charge à chacun des pays de les décliner à leur image. Certaines notions éthiques restent incontournables : les meilleurs soins pour les patients, la bienveillance, l'équité. La recherche de la qualité et la gestion des risques se révèlent primordiales. Mais il faut savoir quelle médecine est possible et avec quels moyens en sachant que chaque pays évolue dans un système économique particulier, tout en se situant dans un système régional et mondial.

Il faut donc raisonnablement évoquer les domaines qui pourraient être transposés pour améliorer le système de santé algérien, en sachant que le système français n'est pas dénué d'imperfections.

Il peut être proposé de passer à un système de gestion qui repose plus sur l'activité que sur une dotation globale. Cela nécessiterait une structuration des systèmes d'information, passant par une réforme plus générale des systèmes informatiques. Ceci est indispensable pour codifier les activités et rendre compte des soins prodigués aux citoyens. Cela passe par une augmentation des dépenses de santé dont il faut chercher des ressources. Une cotisation du citoyen, complémentaire d'un effort de l'Etat, en tenant compte des niveaux de revenus de chacun, est une piste si la médecine algérienne veut améliorer sa qualité en pouvant soigner tous ceux qui en ont besoin. D'autres pistes de financement doivent être cherchées. Une transposition de la certification HAS française simplifiée est à envisager. Tous les établissements doivent alors entrer dans ce système de certification qui valorise les compétences et pourrait favoriser le bien-être professionnel grâce à un travail dont la

qualité serait garantie. La formation des personnels devrait alors être revisitée quelle que soit leur profession.

Certains aspects du système de santé français pourraient donc être transposés mais en les adaptant à l'Algérie. L'Algérie ne peut pas rester entre le rang 80 et le rang 90 de la classification internationale des systèmes de santé, avec les ressources dont elle dispose. Cette réforme maintenant doit être engagée avec l'aide de chacune des parties : l'Etat, les citoyens, les personnels de santé, les patients... pour que la médecine algérienne soit à la hauteur du potentiel du pays.

Annexes

Tableau récapitulatif des réformes hospitalières

Dates	Lois	Principales orientations
1796	Loi du 7 octobre 1796	Municipalisation des hôpitaux
1838	Loi du 30 juin 1838	Ouverture d'un asile par département
1839	Ordonnance du 18 décembre 1839	Statut d'établissements publics pour les asiles
1851	Loi du 7 août 1851	Autonomie des hospices et hôpitaux rattachés à la commune de leur lieu d'implantation Reconnaissance des établissements privés
1941	Loi du 21 décembre 1941 « Charte hospitalière »	Suite à la naissance des assurances sociales, l'hôpital est ouvert à toutes les classes sociales. Tarification à la journée
1958	3 ordonnances de décembre 1958	Création des CHU et CHRU
1960	Circulaire du 15 mars 1960	Début de la sectorisation psychiatrique
1985	Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985	Officialisation de la sectorisation psychiatrique
1970	Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970	Définition d'un système hospitalier et instauration de la carte sanitaire
1978	Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978	Instauration du forfait soins Création des hôpitaux de long séjour
1979	Loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979	Mise en place de la suppression des lits par

		autorisation du ministère chargé de la santé
1983	Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983	Dotation globale de financement pour les hôpitaux publics ou privés participant au PSPH Tarification à la journée et forfaits liés aux actes réalisés pour les cliniques privées Instauration du forfait journalier à la charge de l'assuré
1984	Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984	Création des départements médicaux Instauration du taux directeur
1991	Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991	Instauration des SROS (Schémas régionaux de l'offre de soins)
1996	Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996	Création des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) et régionalisation du financement Mise en place de groupements de coopération sanitaire
2002	Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002	Réforme du droit des malades
2003	Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003	Plan hôpital 2007 modernisant l'hôpital Remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé Simplification du régime des autorisations Renforcement de la coopération hospitalière
2005	Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005	Nouvelle gouvernance hospitalière Tarification à l'activité (T2A)

2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital patients santé et territoires »	Refonte du statut des établissements hospitaliers Définition des missions de service public hospitalier Création des CHT (Communautés hospitalières territoriales) et des GCSM (Groupements de coopération sanitaire de moyens)
2012	Plan hôpital 2012	Amélioration de l'efficience de l'offre hospitalière Modernisation technique des établissements
2016	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	Réaffirmation du service public hospitalier Création des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) Projet territorial de santé mentale Création des CPT (Communautés professionnelles de territoire)
2019	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	Développement d'une offre hospitalière de proximité Création du projet territorial de santé (PTS) Renforcement des GHT avec obligation des commissions médicales de groupement
2020		GESTION CRISE SANITAIRE COVID 19
2022	La loi Ma Santé 2022	MISE EN PLACE DES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ DÉPLOIEMENT DE 400 MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES CRÉATION DES ASSISTANTS MÉDICAUX LABELLISATION DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ RÉFORME DU 1ER ET DU 2ÈME CYCLES DES ÉTUDES MÉDICALES

¹³²Tableau annexe 1

¹³² Safon, « Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires ».

Tableau récapitulatif des principales réformes de santé en Algérie :

Année	Lois et réformes	Principales orientations
1964	Création de l'Institut national de santé publique	<i>réaliser les travaux d'études et de recherche en santé publique nécessaires au développement des programmes d'action sanitaire et à la promotion de la santé</i>
1966	Instruction ministérielle	rattachant les unités sanitaires aux établissements hospitaliers dans le cadre de la gestion de ces unités sanitaires qui se trouvaient dépourvues de gestionnaires
1973	l'ordonnance présidentielle instituant la gratuité des soins	tout citoyen algérien est en droit d'être soigné gratuitement dans un établissement public, quel que soit son statut social -la réforme de l'enseignement universitaire 1000 médecins par an.
1975	Instruction programmation sanitaire	-la programmation sanitaire du pays -service civil
1979	Création par décret le <i>secteur sanitaire</i> et les <i>sous-secteurs sanitaires</i> .	-Création des secteurs et sous-secteurs sanitaire -Construction de plus de 40 hôpitaux
1983	La loi 83-11 du 2 juillet relative aux assurances sociales	le <i>forfait hôpitaux</i> . Ce forfait instaurant la gratuité des soins existait déjà avant la signature de l'ordonnance, et était versé aux structures hospitalières par les caisses d'assurance sociale
1993	Le décret exécutif 93-140 du 14 juin.	Mise en place de la contractualisation des prestations de santé à titre expérimental dans des unités pilotes du pays. --Création du laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques
1997	le décret 97-262 du 14 juillet Création de cinq régions sanitaires	(Centre, Est, Ouest, Sud-est et Sud-ouest),

2007	Le Décret exécutif n° 07-140 du 19 mai portant réorganisation des structures de santé	créant des établissements publics hospitaliers (EPH) et des établissements publics de santé de proximité (EPSP).
2018	Loi de santé mai 2018 : 470 articles 8 titres	Titre I Principes et dispositions fondamentaux Titre II Protection de la santé Titre III Protection des malades Atteints de troubles mentaux ou psychologiques Titre IV Organisation et financement du système de santé Section 1 : Missions des structures et des établissements de sante Section 2 : Obligations des structures et établissements de santé. Section 3 : Statut de l'établissement public de santé Section 4 : Structures et établissements privés de santé Section 5 : Coopération et partenariat en matière de santé Section 6 : Système d'information sanitaire Section 7 : Evaluation et audit des structures et établissements de santé Titre V Professions et personnels de santé Titre VI La pharmacie Titre VII Ethique, Déontologie et Bioéthique

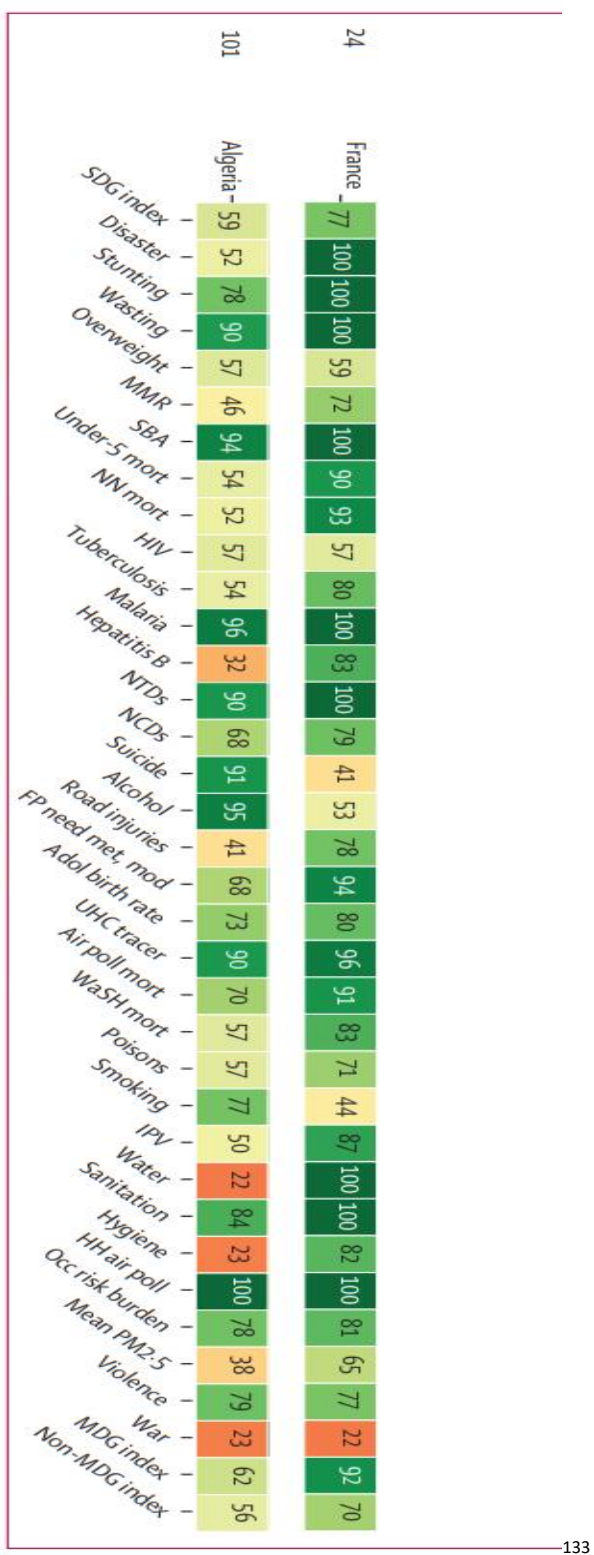


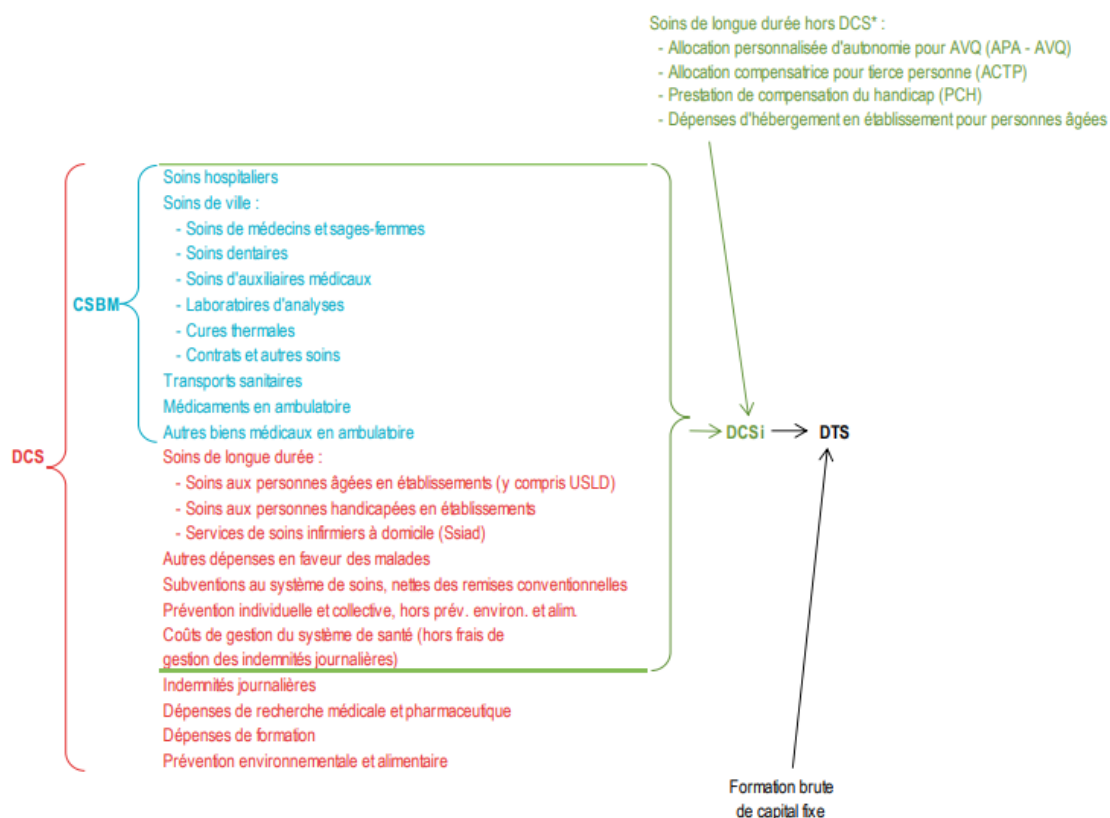
Figure 1: Performance of the health-related SDG index, MDG index, and non-MDG index, and 33 individual health-related indicators, by country, 2015

Countries are ranked by their health-related SDG index from highest to lowest. Indicators have been scaled from 0 to 100. Definitions of health-related SDG indicators are shown in table 1.

SDG= Sustainable Development Goal. MDG= Millennium Development Goal. MMR= maternal mortality ratio. SBA= skilled birth attendance. Mort= mortality. NN mort= neonatal mortality. NTDs= neglected tropical diseases. NCDs= non-communicable diseases. FP need met, mod= family planning need met, modern contraception. Adol= adolescent. UHC= universal health coverage.

Air poll mort= mortality attributable to air pollution. WaSH= water, sanitation, and hygiene. IPV= intimate partner violence. HH air poll= household air pollution. Occ risk burden= burden attributable to occupational risks. PM2.5= fine particulate matter smaller than 2.5 µm.

Schéma 1 Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



134

¹³⁴ « Les dépenses de santé en 2018 Résultats des comptes de la santé ».

Bibliographie

- Abbou, Youcef, et Brahim Brahamia. « Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé ». *Insaniyat / □□□□□□□□. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales*, n° 75-76 (30 juin 2017): 149-71.
<https://doi.org/10.4000/insaniyat.17492>.
- « Algérie - E-Santé : 16 établissements hospitaliers informatisés ». Consulté le 27 mai 2022.
<https://www.businessfrance.fr/algerie-e-sante-16-etablissements-hospitaliers-informatises>.
- Architecture et ingénierie à l'hôpital*. Consulté le 28 septembre 2021. <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/architecture-et-ingenierie-a-l-hopital--9782810907113.htm>.
- « Architecture et ingénierie à l'hôpital - François Langevin, Jérôme Bataille | Cairn.info ». Consulté le 28 septembre 2021. <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/architecture-et-ingenierie-a-l-hopital--9782810907113.htm>.
- « Architecture hospitalière ». In *Wikipédia*, 25 février 2020.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Architecture_hospitali%C3%A8re&oldid=167793218.
- « Assemblée nationale - Santé : modification de certaines dispositions de la loi HPST portant réforme de l'hôpital ». Consulté le 28 mai 2020. http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/modification_loi_hpst.asp.
- Barnard, Chester Irving. *The Functions of the Executive*. Harvard University Press, 1968.
- Boyer, Luc, et Noël Equilbey. *Évolution des organisations et du management*. EMS Editions, 2013. <https://doi.org/10.3917/ems.boyer.2013.01>.
- Bréhaux, Karine. « Le management éthique ? » *Les Tribunes de la santé : Sève* n°49 (2015).
<https://doi.org/10.3917/seve.049.0077>.
- Cahier Formation « Solidaires ». « L'évolution des méthodes de management », 2 novembre 2009.
- CHAOUI, Farid. « les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. », s. d.
- Chibani, Ali. « Le système de santé algérien entre corruption, privatisations et charlatanisme ». *Orient XXI*, 23 avril 2019. <https://orientxxi.info/magazine/le-systeme-de-sante-algerien-entre-corruption-privatisations-et-charlatanisme,3032>.
- Sciences et Avenir. « Classement mondial de la santé : quels pays arrivent en tête ? » Consulté le 23 mai 2020. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/classement-mondial-de-la-sante-quels-pays-arrivent-en-tete_105114.
- « Code de la santé publique 2020, annoté commenté en ligne ». Consulté le 23 mai 2020.
<https://www.boutique-dalloz.fr/code-de-la-sante-publique-p.html>.
- « Code européen de la santé | Droit-medical.com ». Consulté le 23 mai 2020. <http://droit-medical.com/perspectives/ouvrage/508-code-europeen-de-la-sante>.
- « Colloque « Éthique et management hospitalier » - Fédération Hospitalière de France (FHF) ». Consulté le 19 mai 2020. <https://www.fhf.fr/Actualite/Agendas/Colloque-Ethique-et-management-hospitalier>.
- « Comment concilier économie et écologie ? - L'économie a-t-elle un sens ? » Consulté le 12 juin 2021. <http://l-economie-a-t-elle-un-sens.over-blog.com/2019/01/comment-concilier-economie-et-ecologie.html>.
- CHU Mustapha. « Conseil d'administration - CHU Mustapha | Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Hopital Mustapha, CHU Alger, CHU Algérie, Soins Alger - Algérie, Santé, Médecine ». Consulté le 14 juin 2021. <https://www.chu-mustapha.dz/c-h-u/conseil-administration/>.

- CHU Mustapha. « Conseil Scientifique | Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Hopital Mustapha, CHU Alger, CHU Algérie, Soins Alger - Algérie, Santé, Médecine ». Consulté le 14 juin 2021. <https://www.chu-mustapha.dz/c-h-u/conseil-scientifique/>.
- Franceinfo. « Corruption, manque de moyens, inégalités... En Algérie, le système de santé pourtant gratuit “laisse à désirer” », 9 avril 2019. https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/algerie/corruption-manque-de-moyens-inegalites-en-algerie-le-systeme-de-sante-pourtant-gratuit-laisse-a-desirer_3267077.html.
- « Covid-19 : Allemagne, Corée du Sud... Quels meilleurs systèmes de santé ? | Pour l'Éco ». Consulté le 30 mai 2020. <https://www.pourleco.com/en-vrai/la-fabrique-de-leco/allemande-coree-du-sud-quels-meilleurs-systemes-de-sante>.
- « De la gestion à la gouvernance - Linguattech Éditeur ». Consulté le 10 juin 2020. <http://www.linguattechediteur.com/auplaisirdesmots/de-la-gestion-a-la-gouvernance>.
- Conseil constitutionnel. « Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 ». Consulté le 23 mai 2020. <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>.
- Haute Autorité de Santé. « Découvrir la nouvelle certification ». Consulté le 30 juillet 2022. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2969340/fr/decouvrir-la-nouvelle-certification.
- « Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. | Legifrance ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072701&dateTexte=20101105>.
- countryeconomy.com. « Dépenses publiques en santé 2019 ». Consulté le 22 juin 2021. <https://fr.countryeconomy.com/gouvernement/depenses/sante>.
- countryeconomy.com. « Dépenses publiques en santé 2020 ». Consulté le 17 juin 2022. <https://fr.countryeconomy.com/gouvernement/depenses/sante>.
- Deslandes, Ghislain. « Chapitre 7. Méthodes et instruments du management éthique ». *Management Sup*, 2012, 101-29.
- Dinh, Anne-Marie Ho. « Le « vide juridique » et le « besoin de loi ». pour un recours à l'hypothèse du non-droit ». *L'Année sociologique* Vol. 57, n° 2 (2007): 419-53.
- Domin, Jean-Paul. « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) ». *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 17 (17 juin 2015). <https://doi.org/10.4000/regulation.11293>.
- « Dossiers législatifs - LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé | Legifrance ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do?idDocument=JORFDOLE000038124322&type=general&typeLoi=proj&legislature=15>.
- DOUSSOT LAYNAUD, Claude-Anne. « Le financement des établissements de santé », s. d.
- Drucker, Peter, et Isao Nakauchi. *Drucker on Asia*. Routledge, 2012.
- Ducruet, Jean. « La bioéthique dans la société pluriconfessionnelle du Moyen-Orient ». </data/revues/12467391/20050073/05000722/>. Consulté le 28 mai 2020. <https://www.em-consulte.com/en/article/37084>.
- Dupont, Erika. « COMMENT J'AI REUSSI A FINIR MA THESE DE DOCTORAT ». *Art History & Studies* (blog), 19 avril 2021. <https://erikadupont.com/2021/04/19/comment-jai-reussi-a-finir-ma-these-de-doctorat/>.
- « ECHEC DE LA GOUVERNANCE BUREAUCRATIQUE - Comment restaurer une réelle démocratie ?, Jean Brilman - livre, ebook, epub ». Consulté le 11 juin 2021. https://www.editions-harmattan.fr/livre-echec_de_la_gouvernance_bureaucratique_comment_restaurer_une_reelle_democrati

- e_jean_brilman-9782343025285-42374.html.
- « EFQM “formations” et outil d’autodagnostic ». Consulté le 30 juillet 2022.
http://www.utc.fr/master-qualite/public/publications/qualite_et_management/MQ_M2/2009-2010/projets/02_efqm_formation/.
- Le Monde.fr. « Emmanuel Hirsch : il faut « une intelligence politique pour refonder les valeurs de notre République » », 10 décembre 2018.
https://www.lemonde.fr/idees/article/2018/12/10/emmanuel-hirsch-il-faut-une-intelligence-politique-pour-refonder-les-valeurs-de-notre-republique_5394978_3232.html.
- « Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d’accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques ». Consulté le 20 juillet 2022.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>.
- « Éthique ». In *Wikipédia*, 17 janvier 2021.
<https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89thique&oldid=178918955>.
- Gestions Hospitalières. « Éthique, management et soin », 1 avril 2022. <https://gestions-hospitalieres.fr/ethiquemanagement-et-soin/>.
- « Études de médecine en France ». In *Wikipédia*, 15 mai 2022.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89tudes_de_m%C3%A9decine_en_France&oldid=193705200.
- La Gazette des Communes. « [Exclusif] Rapport et proposition de loi Fourcade : la loi HPST modifiée et évaluée ». Consulté le 28 mai 2020.
<https://www.lagazettedescommunes.com/69911/exclusif-rapport-et-proposition-de-loi-fourcade-la-loi-hpst-modifiee-et-evaluee/>.
- « Extraits de l’Esprit d’Helvétius ». Consulté le 25 avril 2022.
<https://www.cosmovisions.com/Helvetius.htm>.
- Fondation iFRAP. « 1 200 agences d’État pour 80 milliards de dépenses : il est temps de faire le ménage ». Consulté le 13 juin 2022. <https://www.ifrap.org/fonction-publique-et-administration/1-200-agences-detat-pour-80-milliards-de-depenses-il-est-temps>.
- Geoffroy, François. « Quand l’hypocrisie managériale protège l’organisation. Les apports de Nils Brunsson ». *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels* XVIII, n° 46 (2012): 301-15.
<https://doi.org/10.3917/rips1.046.0301>.
- Gérard, Alain B. L. *La bataille des éthiques*. Éres, 1998.
<https://doi.org/10.3917/eres.gerar.1998.01>.
- « Gestion des ressources humaines ». In *Wikipédia*, 11 mars 2022.
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Gestion_des_ressources_humaines&oldid=191803664.
- Guigner, Sébastien. « Gouverner par la comparaison : usages et mésusages des comparaisons internationales des systèmes de santé », 2013. https://journals-openedition-org.rproxy.sc.univ-paris-diderot.fr/quaderni/739#xd_co_f=MmU5ZDBlNGUzNmVkZjdYzUyNzE1ODc4ODM2MDAzODE=~.
- Hantem, Aziz. « Éthique et management public ». *Gestions Hospitalières*, 1 septembre 2017.
<http://gestions-hospitalieres.fr/ethique-management-public/>.
- HAS. « Ethique : une dimension à part entière dans les évaluations de la HAS ». Haute Autorité de Santé. Consulté le 31 mai 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1554400/fr/ethique-une-dimension-a-part-entiere-dans-les

evaluations-de-la-has.

Hauchecorne, Mathieu. « Le « professeur Rawls » et le « Nobel des pauvres » ». *Actes de la recherche en sciences sociales* n° 176-177, n° 1 (18 mars 2009): 94-113.

« Helvétius. » Consulté le 25 avril 2022. <https://www.cosmovisions.com/Helvetius.htm>.

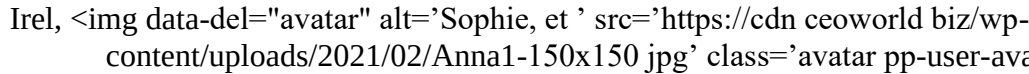
Hernie-Vitic, Aurore. « Haute Autorité de santé », 2014, 76.

La Santé dans la Cité. « Hôpital : entreprise ou pas entreprise ? », 6 juin 2009. <https://lasantedanslacite.wordpress.com/2009/06/06/hopital-entreprise-ou-pas-entreprise/>.

« Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien, HUEP », s. d., 7. <https://www.kreo-agency.com>.

« ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ DES PRODUITS : Huit laboratoires en attente d'accréditation - L'Actualité : Liberté ». Consulté le 25 mai 2022. <https://www.liberte-algerie.com/actualite/huit-laboratoires-en-attente-d-accreditation-370223?q=/actualite/huit-laboratoires-en-attente-d-accreditation-370223>.

« Indice des soins de santé par Pays 2021 ». Consulté le 22 juin 2021. <https://fr.numbeo.com/soins-de-sant%C3%A9/classements-par-pays>.

Irel,  Sophie Irel. « Revealed: Countries With The Best Health Care Systems, 2021 ». *CEOWORLD Magazine* (blog), 27 avril 2021. <https://ceoworld.biz/2021/04/27/revealed-countries-with-the-best-health-care-systems-2021/>.

« ISA, Indice synthétique d'activité - Définition - BNDS ». Consulté le 13 juin 2021. <https://www.bnds.fr/dictionnaire/isa.html>.

ISO. « ISO 9001:2015 Systèmes de management de la qualité — Exigences ». ISO. Consulté le 30 juillet 2022. <https://www.iso.org/cms/render/live/fr/sites/isoorg/contents/data/standard/06/20/62085.html>.

« ISO 9001:2015 Systèmes de management de la qualité — Exigences ». In *Wikipédia*, 5 mai 2022. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=ISO_9001&oldid=193437835.

« John Rawls ». In *Wikipédia*, 13 mars 2021. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=John_Rawls&oldid=180832490.

« JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE 29 juillet 2018 », s. d., 40.

Juéry, François, Victoire Paulhac, et Perrine Barre. « L'Etat et ses agences », s. d., 74.

Kennas, Ibrahim, Olivier Fromentin, et École du Val-de-Grâce. « Analyse et gestion des doléances de la non qualité des soins prothétiques dentaires au pôle odontologie de l'hôpital Rothschild: avec évaluation médico-microéconomique ». Rennes, France, 2013.

Kirkbride Msc Fhea, Janice. « Management is the “art of getting things done through other people” Mary », 19 février 2019.

« La DGOS dresse un bilan du programme Hôpital numérique - TicSante ». Consulté le 27 mai 2022. <https://www.ticsante.com/story?ID=4082>.

espaceusagers77400. « La Loi HPST..... ». Consulté le 28 mai 2020. <http://espacedesusagers.unblog.fr/2011/07/08/la-loi-hpst/>.

« La médecine humaniste : passé ou présent ? Les réponses du professeur Christian Hervé | Le Quotidien du médecin ». Consulté le 12 juin 2020. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/la-medecine-humaniste-passe-ou-present-les-reponses-du-professeur-christian-herve>.

La-Philosophie.com : Cours, Résumés & Citations de Philosophie. « La philosophie morale », 10 avril 2018. <https://la-philosophie.com/philosophie-morale>.

- Council of Europe Bookshop. « La protection sociale dans la charte sociale européenne (Cahiers de la Charte sociale n°7) ». Consulté le 25 juillet 2022. <https://book.coe.int/fr/cahiers-de-la-charte-sociale/1762-la-protection-sociale-dans-la-charte-sociale-europeenne-cahiers-de-la-charte-sociale-n7.html>.
- « L'administration : définition | Vie publique.fr ». Consulté le 10 juin 2020. <https://www.vie-publique.fr/fiches/20215-ladministration-definition>.
- LAMIRI, Abdelhak. « “Il n’y a pas de pays sous-développés, il y a des pays mal gérés” : Toute l’actualité sur liberte-algerie.com ». Consulté le 21 mai 2020. <https://www.liberte-algerie.com/actualite/il-ny-a-pas-de-pays-sous-developpes-il-y-a-des-pays-mal-geres-212905>.
- « L'AP-HP en bref ». Consulté le 30 mai 2020. <https://www.aphp.fr/lap-hp-en-bref>.
- Larbi, Abid. « La fin de la médecine gratuite en Algérie ? », 2002. <http://www.santemaghreb.com/algerie/abid0102.htm>.
- LAUDE, Anne, et Didier Tabuteau. *Code européen de la santé*. Consulté le 23 mai 2020. <https://www.lgdj.fr/code-europeen-de-la-sante-9782864112310.html>.
- Gestions Hospitalières. « Le management dans les administrations publiques », 30 juin 2012. <https://gestions-hospitalieres.fr/le-management-dans-les-administrations-publiques/>.
- Le Pen, Claude. « Théorie de l'utilité et mesure des états de santé, le débat QALYs-HYEs ». *Économie & prévision* 129, n° 3 (1997): 37-54. <https://doi.org/10.3406/ecop.1997.5863>.
- Sciences et Avenir. « Le tabac, cause d'une mort sur huit en France ». Consulté le 1 juin 2020. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/le-tabac-cause-d-une-mort-sur-huit-en-france_134007.
- « L'école de médecine d'Alger : 150 ans d'histoire : de 1857 à 2007 ». Consulté le 29 mai 2020. http://www.santetropicale.com/santemag/algerie/poivue44_01.htm.
- « L'ÉCONOMIE A-T-ELLE UN SENS ? - Essai, Philippe Vadjoux - livre, ebook, epub ». Consulté le 12 juin 2021. <https://www.editions-harmattan.fr/index.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=48662&motExact=0&motcle&mode=AND>.
- Leem – Direction de la Communication. « LUTTER CONTRE LES FAUX MEDICAMENTS : une urgence pour la santé publique mondiale », novembre 2019. <https://www.leem.org/sites/default/files/2020-05/Leem-DP-Faux-M%C3%A9dicaments-1209-VF.pdf>.
- lemonde.fr. « La pensée ne doit jamais se soumettre, ni à un dogme, ni à un [...] - Henri Poincaré ». [dicocitations.lemonde.fr](https://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-65140.php). Consulté le 12 avril 2021. <https://dicocitations.lemonde.fr/citations/citation-65140.php>.
- « Les Capitalistes et Les Ressources Humaine – La Chronique de PÉPÉ ». Consulté le 23 mai 2022. <http://lachroniquedepepe.fr/index.php/2017/06/30/les-capitalistes-et-les-ressources-humaine/>.
- « Les conséquences macroéconomiques du vieillissement démographique ». Consulté le 30 mai 2020. <https://www.senat.fr/rap/r99-143/r99-1435.html>.
- Boutique Dalloz. « Les grands systèmes de droit contemporains ». Consulté le 25 juillet 2022. <https://www.boutique-dalloz.fr/les-grands-systemes-de-droit-contemporains-p.html>.
- Les meilleures pratiques de management. Au coeur de la performance, 3ème édition - Jean Brilman*. Consulté le 11 juin 2021. <https://www.decitre.fr/livres/les-meilleures-pratiques-de-management-9782708125254.html>.
- lesoirdalgerie.com. « Gestion des patients dans les urgences : Validation d'un réseau pour l'amélioration de leur prise en charge : Toute l'actualité sur lesoirdalgerie.com ». <http://www.lesoirdalgerie.com/>. Consulté le 14 juin 2021. <https://www.lesoirdalgerie.com/actualites/validation-dun-reseau-pour-lamelioration->

- de-leur-prise-en-charge-62458.
- « L'espace de travail, une architecture complexe au service du bien-être ». Consulté le 26 septembre 2021. <https://www.journaldunet.com/management/ressources-humaines/1179810-l-espace-de-travail-une-architecture-complexe-au-service-du-bien-etre/>.
- Haute Autorité de Santé. « L'évaluation des aspects éthiques à la Haute Autorité de santé ». Consulté le 21 mai 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1525743/fr/l-evaluation-des-aspects-ethiques-a-la-haute-autorite-de-sante.
- Lim, Stephen S., Kate Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Lalit Dandona, Mohammad H. Forouzanfar, Nancy Fullman, Peter W. Gething, et al. « Measuring the Health-Related Sustainable Development Goals in 188 Countries: A Baseline Analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 ». *The Lancet* 388, n° 10053 (8 octobre 2016): 1813-50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2).
- « Liste des hôpitaux en Algérie ». In *Wikipédia*, 9 mai 2022. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Liste_des_h%C3%B4pitaux_en_Alg%C3%A9rie&oldid=193559093.
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 § (2009).
- « LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | Legifrance ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>.
- LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, 2019-774 § (2019).
- « L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie ». Consulté le 14 juin 2021. <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-des-parcours-de-soins-de-sante-de-vie-0>.
- « Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins ». Consulté le 6 mai 2022. <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>.
- « Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé ». Consulté le 6 mai 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>.
- magazine, Le Point. « Santé: l'Islande arrive en tête d'un classement de 188 pays ». Le Point, 22 septembre 2016. https://www.lepoint.fr/monde/sante-l-islande-arrive-en-tete-d-un-classement-de-188-pays-22-09-2016-2070321_24.php.
- Mamane, Betty. « Qu'est ce qu'un GHT ». *reseau-hopital-ght.fr*, 10 avril 2018. <https://www.reseau-hopital-ght.fr/qu-est-ce-qu-un-ght.html>.
- Lexico Dictionaries | English. « Manage | Definition of Manage by Oxford Dictionary on Lexico.Com Also Meaning of Manage ». Consulté le 10 juin 2020. <https://www.lexico.com/definition/manage>.
- Gestions Hospitalières. « Management, le retour des valeurs », 1 avril 2022. <https://gestions-hospitalieres.fr/management-le-retour-des-valeurs/>.
- « management noun - Definition, pictures, pronunciation and usage notes | Oxford Advanced Learner's Dictionary at OxfordLearnersDictionaries.com ». Consulté le 10 juin 2020. <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/management>.
- Maréchal, Jean-Paul. « L'éthique économique de John Rawls ». *L'Economie politique* no 17, n° 1 (2003): 94-112.
- « Medcost : Rapport sur la santé dans le monde 2000 ». Consulté le 28 mai 2020. https://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_070700.htm.
- France Culture. « Médecine sans éthique n'est que ruine de l'âme ». Consulté le 12 juin 2020. <https://www.franceculture.fr/emissions/revolutions-medicales/medecine-sans-ethique-nest-que-ruine-de-lame>.

- Ménard, Louis. *Dictionnaire de la Comptabilité Et de la Gestion Financière: Anglais-français Avec Index Français-anglais*. Institut canadien des comptables agréés, 2004.
- Ministère des solidarités et la santé. « Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ? - Actualité fonction publique territoriale ». Consulté le 18 juin 2021. <https://www.weka.fr/actualite/sante/article/vers-un-modele-de-paiement-combine-pour-tous-les-acteurs-du-systeme-de-sante-78872/>.
- Monteil, Pierre-Olivier. *Éthique et philosophie du management*. Érès, 2016. <https://doi.org/10.3917/eres.monte.2016.01>.
- « Morale, éthique, déontologie & droit | Éthique et Cancer ». Consulté le 10 mai 2021. <https://www.ethique-cancer.fr/publications/morale-ethique-deontologie-droit>.
- « Moraline — Wikiberal ». Consulté le 10 mai 2021. <https://www.wikiberal.org/wiki/Moraline>.
- Marianne. « Nous n'avons pas besoin d'éthique médicale, mais d'éthique tout court », 14 avril 2020. <https://www.marianne.net/debattons/billets/nous-n-avons-pas-besoin-d-ethique-medicale-mais-d-ethique-tout-court>.
- « Nouvelle gouvernance - Le plan hôpital 2012 ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/les-grands-dossiers/nouvelle-gouvernance-le-plan-hopital-2012.html>.
- Repias : Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins. « Nouvelles organisations et architectures hospitalières ». Consulté le 28 septembre 2021. <https://www.preventioninfection.fr/document/nouvelles-organisations-et-architectures-hospitalieres/>.
- OECD. « Recommandation du Conseil sur l'amélioration du comportement éthique dans le service public incluant les principes propres à favoriser la gestion de l'éthique dans le service public (1998) ». In *Examen de l'OCDE du cadre d'intégrité dans le secteur public en Tunisie*, par OCDE, 109-16. Examens de l'OCDE sur la gouvernance publique. OECD, 2013. <https://doi.org/10.1787/9789264193574-7-fr>.
- « OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.who.int/whr/2000/fr/>.
- « PCH ». Consulté le 30 juillet 2022. <https://www.sante.gov.dz/pch.html>.
- « Philosophie morale ». In *Wikipédia*, 9 avril 2021. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Philosophie_morale&oldid=181722683.
- « Plan national santé environnement (PNSE3) 2015-2019 - Ministère de la Santé et de la Prévention ». Consulté le 15 juillet 2022. <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/les-plans-nationaux-sante-environnement/article/plan-national-sante-environnement-pnse3-2015-2019>.
- « Population par sexe et groupe d'âges | Insee ». Consulté le 30 mai 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>.
- Le HuffPost. « Pourquoi la campagne de vaccination avance si rapidement aux États-Unis », 24 mars 2021. https://www.huffingtonpost.fr/entry/covid-19-pourquoi-la-vaccination-va-si-vite-aux-etats-unis_fr_605374e8c5b6e32eb4afed1c.
- Pr BERTRAND, Dominique. « Financement de l'hôpital », 2012.
- « Principes du système de santé européen : aspects éthiques | article | Espace éthique/Ile-de-France ». Consulté le 12 juin 2020. <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/principes-du-systeme-de-sante-europeen-aspects-ethiques>.
- « Professeur Kamal Sanhadji : “Un hôpital et une clinique n'ont pas les mêmes finalités” ». Consulté le 13 juin 2021. <http://www.santemaghreb.com/Algerie/poivue82.htm>.
- Haute Autorité de Santé. « Publications institutionnelles ». Consulté le 5 juin 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1267546/fr/publications-institutionnelles.

« Rapport de la Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R | Vie publique.fr ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25633-rapport-de-la-mission-nationale-devaluation-de-la-mise-en-place-de-la-r>.

rédaction, La. « Que faire après infirmière ? » Consulté le 25 mai 2022. https://diplomeo.com/actualite-que_faire_apres_infirmiere.

Vie publique.fr. « Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné - Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé » ». Consulté le 18 juin 2021. <https://www.vie-publique.fr/rapport/38685-modes-de-financement-et-de-regulation-vers-un-modele-de-paiement-combine>.

OECD iLibrary. « Renforcer l'éthique dans le service public | READ online ». Consulté le 19 mai 2020. https://read.oecd-ilibrary.org/governance/renforcer-l-ethique-dans-le-service-public_9789264287983-fr.

« Renforcer l'éthique dans le service public: Les mesures des pays de l'OCDE ». Text. Consulté le 4 juin 2021. https://www.oecd-ilibrary.org/fr/governance/renforcer-l-ethique-dans-le-service-public_9789264287983-fr.

Djazairiess. « Reprise du «programme fluor» en milieu scolaire ». Consulté le 30 mai 2022. <https://www.djazairiess.com/fr/latribune/18547>.

Revue française d'éthique appliquée 2019/1 (N° 7). Consulté le 2 avril 2021. <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/revue-francaise-d-ethique-appliquee-2019-1.htm>.

« Rôles et missions de l'ARS Île-de-France ». Consulté le 28 mai 2020. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/roles-et-missions-de-lars-ile-de-france>.

Safon, Marie-Odile. « Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires », 2019, 57.

Saihi, Abdelhak. « Analyse critique de la gestion de l'institution sanitaire algérienne : aspects organisationnels et impact du pouvoir central - enjeu et stratégie ». Thèse de doctorat, Paris 9, 1999. <http://www.theses.fr/1999PA090022>.

Franceinfo. « Santé : le retour des maladies disparues », 6 septembre 2018. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/sante-le-retour-des-maladies-disparues_2927971.html.

Santé, Organisation mondiale de la. « Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base ». Technical documents. Organisation mondiale de la Santé, 2015.

La Pause Philo. « « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme » - Rabelais », 7 janvier 2016. <http://lapausephilo.fr/2016/01/07/science-conscience-nest-ruine-de-lame-rabelais/>.

« Secteur de la santé – Wilaya d'Alger ». Consulté le 28 mai 2020. <http://www.wilaya-alger.dz/fr/secteur-de-sante/>.

SOFFER, RON. « Les dangers de l'inflation normative ». Les Echos, 6 novembre 2018. <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/les-dangers-de-linflation-normative-145309>.

Soulimane, Abdelkrim. « Lois de santé publique, en Algérie et en France ». *Sante Publique* Vol. 16, n° 4 (2004): 639-40.

« Stratégie de Coopération de l'OMS avec l'Algérie: 2016-2020 ». Consulté le 28 mai 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250548?locale-attribute=fr&>.

« Système de santé algérien ». In *Wikipédia*, 7 mars 2022. https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Syst%C3%A8me_de_sant%C3%A9_alg%C3%A9rien&oldid=191684438.

TAKHEROUBT, Brahim. « 54% de la population est âgée de moins de 30 ans : L'Algérie est toujours jeune - Algerie360 », 28 juin 2018. <https://www.algerie360.com/54-de-la-population-est-agee-de-moins-de-30-ans-lalgerie-est-toujours-jeune/>.

« *The Functions of the Executive* ». In *Wikipedia*, 17 mars 2020.

- https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=The_Functions_of_the_Executive&oldid=946079661.
- THIRION, Florence. « L' Open space, un management du 3ème type ». *Scolaconsult* (blog), 10 septembre 2015. <http://www.scolaconsult.fr/l-open-space-un-management-du-3eme-type/>.
- Tuffreau, François. *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale*. Presses de l'EHESP, 2013. <https://doi.org/10.3917/ehesp.tuffr.2013.01>.
- Babelio. « Une brève histoire de l'éthique - Luc Ferry ». Consulté le 10 mai 2021. <https://www.babelio.com/livres/Ferry-Une-breve-histoire-de-lethique/580240>.
- « UniHA | UniHA en quelques mots ». Consulté le 29 septembre 2021. <https://www.uniha.org/uniha-en-quelques-mots/>.
- Vallancien, Guy. « Hôpital entreprise ! » What's Up Doc, 18 juillet 2013. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/hopital-entreprise-1>.
- Actualité fonction publique territoriale. « Vers un modèle de paiement combiné pour tous les acteurs du système de santé ? » Consulté le 22 juin 2021. <https://www.weka.fr/actualite/sante/article/vers-un-modele-de-paiement-combine-pour-tous-les-acteurs-du-systeme-de-sante-78872/>.
- Wilde, Pascal De. « DIRECTEUR DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES EST PARISIEN », 2016, 4.
- www.toupie.org. « Définition : Administration ». Consulté le 10 juin 2020. <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Administration.htm>.
- . « Définition : Réforme ». Consulté le 28 mai 2020. <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Reforme.htm>.
- . « Définition : Valeur ». Consulté le 4 juin 2021. <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Valeur.htm>.

Table des matières

Remerciements	4
Résumé	5
Sommaire	7
Avertissement	12
Liste des abréviations	13
AVANT-PROPOS	17
I. Introduction générale :	19
A. La problématique de recherche :	20
B. Objectifs scientifiques de la recherche :	21
C. Originalité du sujet :	21
D. Méthodologie :	23
E. Intérêts de la comparaison internationale	23
II. Première Partie : « le développement, l'organisation et les réformes des deux systèmes hospitaliers »	25
A. Introduction :	26
B. Résumé de la première partie :	27
C. Données de santé publique	32
1. L'état de santé des populations et données épidémiologiques :	32
2. Le système de protection sociale : (Bismarckien, Beveridge, Privé)	34
3. Financement des dépenses de santé et données macroéconomiques	35
D. La comparaison de la performance des deux systèmes de santé	35
1. Classement de l'OMS :	35
a) Indicateurs et critères de classification	36
b) Résultats	37
2. Classement de l'Institut américain des mesures et évaluations de la santé (IHME) :	37
a) Indicateurs et critères de classification	38
b) Résultats	38
E. Comparaison de forme des normes juridiques de la santé :	39
1. Systèmes juridiques et droit comparé	39
2. Hiérarchie des normes juridiques	40
3. Comparaison entre le code de la santé publique français, les lois sanitaires algériennes. ..	41

4	Normes juridiques en santé dans le contexte Européen	43
F.	Politiques et réformes hospitalières :	44
1.	France :	44
▪	Historique.....	44
▪	Les établissements d'hébergement et de charité.....	44
▪	Le temps de l'initiative non étatique	44
▪	Le temps de la période étatique : la révolution française (1789)	45
▪	Le temps des établissements de soins	46
▪	L'avènement de l'hôpital sanitaire et social	46
▪	• Loi 21 décembre 1941 et décret 17 avril 1943	47
▪	• Ordonnances 11 et 30 décembre 1958 : socle de l'organisation médicale.....	48
▪	• Loi 31 décembre 1970 : loi BOULIN	48
▪	• Loi 4 janvier 1978	50
▪	• Loi 29 décembre 1979	50
▪	• Loi 3 janvier 1984	50
▪	• Loi 31 décembre 1985	51
▪	• Loi 27 janvier 1987	51
▪	• Loi 24 juillet 1987	51
▪	• Loi 31 juillet 1991 : loi EVIN Première grande modification de la loi 1970	52
▪	• Ordonnance 24 Avril 1996 : JUPPE	52
▪	• Loi 4 mars 2002 : KOUCHNER	53
▪	• Ordonnances 2003 et 2005 : plan MATTEI	53
▪	Plan hôpital 2007 :	53
▪	• Loi 21 juillet 2009 : réforme hôpital, patients, santé et territoires HPST	54
▪	• Réforme Fourcade.....	61
▪	• Le PLAN HÔPITAL 2012	62
▪	• Loi « Modernisation du système de santé» de Marisol Touraine 2016.....	63
▪	Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	64
▪	Loi « Ma santé 2022 :	65
▪	L'environnement hospitalier	66
▪	1. Les institutions étatiques : les services centraux :	66
▪	2. Les institutions étatiques : les instances consultatives	67
▪	3. Les institutions étatiques : les agences et les établissements publics.....	67

▪ 4. Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés.....	69
▪ Les organismes péris hospitaliers.....	69
▪ Les établissements de santé.....	70
▪ 1. Les structures hospitalières.....	70
▪ 2. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux	71
▪ Algérie :.....	71
▪ Historique des réformes de santé	71
▪ La période coloniale Française	71
▪ La période 1962-1972 :	73
▪ La période 1973-1986	74
▪ La période 1987-2003	77
▪ La période de 2004 à 2018.....	82
▪ Environnement hospitalier.....	85
▪ 1. Les institutions étatiques : les services centraux	85
▪ Les institutions étatiques : les instances consultatives et les agences et établissements de l'état :	86
▪ Les institutions étatiques : les acteurs déconcentrés.....	86
▪ Les établissements de santé.....	88
▪ Les structures hospitalières.....	88
▪ Les établissements et services sociaux et médico-sociaux	90
G. Conclusion de la première partie	91
III. Deuxième partie : « Évolution de la gestion des deux systèmes hospitaliers, c'est-à-dire les principaux enseignements managériaux à tirer de la comparaison ».....	94
A. Introduction.....	96
B. Définitions : Administration, Gestion, Management, Gouvernance :.....	100
C. Evolution du management des entreprises en capitalisme	106
D. Objectif :	110
E. Méthodologie :	110
F. Résultats : Évolution de la gouvernance Hospitalière :	111
▪ L'Organisation :.....	116
▪ La gouvernance interne des établissements de santé	118
▪ Gouvernance externe des établissements de santé	130
▪ Financement des établissements hospitaliers :	138
▪ Prix de journée (1893 -1983) :.....	139
▪ Facturation analytique : (hôpitaux privés à but lucratif jusqu'à 2003)	140

▪ Budget global de fonctionnement : (1984-2003)	140
▪ La tarification à l'activité T2A : un financement hybride	141
▪ Vers un modèle de paiement combiné 2018 -2022 :	144
▪ La fiabilisation et la certification des comptes des établissements publics de santé :	147
▪ Gestion du personnel (Ressources humaines) :	151
▪ La politique de la rémunération du personnel :	157
▪ La performance hospitalière :	157
▪ Systèmes d'informations : PMSI, dossier patient numérique, hôpital numérique	158
▪ Management de la qualité, démarche qualité en santé :	163
▪ Création de l'ANAES 1996 (HAS en 2004)	163
▪ L'accréditation HAS V1 1996	163
▪ La certification HAS V2 2004	163
▪ La certification HAS V3 2010	163
▪ La certification HAS V2020	163
▪ L'accréditation du personnel, Les EPP, instauration des CRU	163
▪ Les autres certifications non gouvernementales (ISO, EFQM...) en santé... ..	163
▪ L'architecture et l'hôtellerie hospitalière :	190
▪ La gestion des achats :	192
▪ La gestion du parcours du patient :	197
▪ Le marketing en santé :	202
G. Conclusion : Perspectives et pistes de progrès :	206
IV. Troisième partie : Les questions éthiques de la transposition du management hospitalier français en Algérie.....	209
A. Introduction :	210
B. Ethique, morale et déontologie : un concept polysémique	211
C. De la philosophie morale à l'éthique managériale contemporaine.....	213
D. Le cocktail éthique : Éthique et management : une pratique hypocrite ?	216
E. L'évaluation des aspects éthiques : Le guide de la HAS	217
F. Renforcer l'éthique dans le service public, les Recommandations du Conseil de l'OCDE :	220
G. Approche et démarche méthodologique « personnelle » sur la comparaison du point de vue éthique :	224
H. Objectifs et impératifs vertueux d'un « bon » système de santé	225
I. Valeurs et vertus d'un système de santé :	228
J. Réflexion à partir des pratiques :Expériences sur le terrain AP-HP HUEP, CHU Mustapha	230

▪ L'organisation des établissements hospitaliers.....	230
▪ La gouvernance interne.....	232
▪ Financement des établissements hospitaliers	233
▪ Management de la qualité et gestion des risques.....	235
▪ La gestion du personnel, Ressources humaines :.....	236
▪ Gestion des systèmes d'information.....	237
▪ Achats, équipement, Investissement et des prestations logistiques.....	238
▪ La gestion et l'organisation et Parcours du patient	240
▪ Le bien-être au travail	240
▪ Le management environnemental vers des hôpitaux écologiques :	241
▪ Le marketing, la publicité et la communication :	243
K. Réflexion sur les méthodes d'évaluations quantitatives et qualitatives de l'éthique managériale.....	245
L. Les leviers et outils d'une éthique managériale en santé :.....	245
▪ L'institutionnalisation de la démarche éthique en management :.....	245
▪ Projets de valeurs managériales	246
▪ Mettre en œuvre une démarche d'évaluation de l'éthique managériale	246
▪ Comités de réflexions éthiques d'analyse des pratiques managériales :.....	247
▪ Développer la formation au management éthique et coaching au leadership éthique ...	247
▪ Développer une stratégie de communication au management éthique.....	248
▪ Donner un rôle important des représentants des usagers RU.....	248
M. Conclusion de la troisième partie.....	250
V. Conclusion générale et perspectives :	252
Annexes.....	262
Bibliographie.....	269
Table des matières	278