

**Vers un diagnostique de la situation précaire actuelle de
l'hôpital public algérien**

**Towards a diagnosis of the current precarious situation of the
Algerian public hospital**

Pr AISSAOUI Nasreddine

Université d'Oum El Bouaghi (Algérie), aissaoui.nasreddine@univ-oeb.dz

Reçu le:07/01/2022

Accepté le:13/04/2022

Publié le:30/12/2023

Résumé:

Nous assistons ces dernières années à des structures publiques de soins désertées, à la fois, par les demandeurs de soins et les professionnels de la santé. Nous allons faire un diagnostique sur cette situation assez difficile qui caractérise l'hôpital public algérien, ainsi nous allons prescrire les solutions qui peuvent contribuer à renverser la vapeur vers un system assez structuré, qui couvre d'avantage les vrais soucis de la population en matière de santé.

Nous sommes arrivés à plusieurs résultats qui résumant la situation de l'offre de soins de ces dernières années, parmi eux : une législation caduque stagnée dans les années 70, une offre de soins incompatible avec la demande de la population, une formation inadéquate des professionnels de la santé, un système de rémunération peu équitable

Mots clés: hôpital public, offre de soins, organisation des soins, système de santé, Algérie.

Jel Classification Codes: I12, I18.

Abstract:

In recent years, we have seen public health care structures deserted by both health care seekers and health professionals. We will make a diagnosis on the rather difficult situation that characterizes the Algerian public hospital, so we will prescribe the solutions that can help to turn the situation towards a structured system, which covers more the real health concerns of the population.

We have arrived at several results that summarize the situation of the supply of care in recent years, among them: outdated legislation stagnant in the 70's, a supply of care incompatible with the demand of the population, inadequate training of health professionals, an unfair compensation system,

Keywords: public hospital, supply of care, organization of care, health system, Algeria.

Jel Classification Codes: I12, I18.

1. Introduction

Un système de santé conjugué, généralement, trois intervenants autour d'un seul objet qui est la santé publique. Malgré les disparités entre les grands courants philosophiques qui dessinent ce magnifique tableau, ce dernier qui représente les lignes directives qui peuvent rassembler l'intérêt des principaux intervenants, afin de couvrir le plus grand nombre de besoins de santé aux fins fonds les plus lointaines et, par les meilleurs moyens qui existent.

L'offre de soins est une composante parmi les trois composantes qui constituent généralement le système de santé (demande, offre et financement de la santé). L'offre de soins, que ce soit public ou privé, ne peut pas assurer sa mission -qui est la couverture sanitaire de la population- sans qu'il y ait une certaine cohérence et une symbiose entre les trois piliers du même système de santé. Ainsi, l'articulation entre les trois composantes n'aboutira point, si une composante agirait seule, en sus l'objectif du système de santé sera figé, puisque les pièces du puzzle semblent difficiles à ajuster.

Nous assistons depuis plus de trois décennies à un système de santé qui agit seul, en décalage avec la réalité des algériens. Logiquement, les besoins de santé de la population changent, puisque les principaux déterminants de l'état de santé changent eux aussi, réapparaissent ou se mutent à cause des multiples transitions qui influent sur la population de ce pays (Aissaoui, 2017). Ainsi, la non prise au sérieux de ces déterminants épidémiologiques, sociaux et environnementaux qui façonnent la santé publique d'une population dans l'espace et le temps, a inhibé plusieurs manœuvres vouées pour redresser la situation, devant une population galopante et, dispersée sur un espace géographique qui dépasse les 2.3 millions km² (Ziani & Ziani, 2021).

S'il n'y a pas de diagnostic sérieux sur les obstacles qui persistent et, qui nourrissent cette situation difficile de l'hôpital public algérien, ainsi nous ne pourrions pas rectifier le tir afin d'améliorer les résultats. Un changement tant espéré par tous les intervenants, peut renverser la situation vers un système qui produit des solutions pérennes, afin d'éviter la crise qui peut amoindrir notre chère santé.

Vers un diagnostique de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

Nous allons essayer, à travers ce travail, de répondre sur ces questions : *quels sont les différents obstacles qui figent la mission de l'hôpital public algérien ? Et quelles sont les solutions pragmatiques à mettre en œuvre pour améliorer la situation de cet établissement de soins ?*

2. Matériels et méthodes

C'est une étude descriptive et analytique, qui aborde un problème de santé publique ; qui n'est que la déroute de l'hôpital public de sa mission. L'insuccès du système à subvenir aux multiples besoins de la population en matière de soins, qui se manifeste par des structures de soins désertées par le patient et le personnel médical en même temps.

Notre cher hôpital public nage dans une mer agitée par les problèmes qui figent intrinsèquement sa mission, les principaux obstacles sont d'ordre : financier, quant aux moyens financiers limités et ressources humaines insuffisantes alloués à ce genre de structures de soins ; organisationnel, quant aux lois caduques organisant la couverture sanitaire de notre population (gratuité des soins, parcours de soins, l'activité complémentaire du personnels médicales, la valorisation de l'activité médicale et paramédicale, etc.).

A travers notre étude de cas sur l'offre de soins en Algérie, nous allons essayer de faire un diagnostique, ce dernier qui peut nous guider à bien localiser les obstacles qui font face à l'offre de soins d'ordre : idéologique, organisationnel, managérial, financier, etc. Puis, Le temps sera alors venu de dresser un bilan, afin de formuler des solutions efficaces et pérennes, en puisant dans nos spécificités en parallèle avec notre réelle réalité.

3. Résultats et discussion

3.1 Résultats

L'Algérie est en pole position quant au nombre de structures publiques de soins en exercice au niveau Maghrébin; soit 300 structures hospitalière et 7434 structures de soins de base en 2016 (MSPRH, 2016), comme elle est la première de sa classe au niveau Maghrébin quant au nombre de praticiens médicaux et personnels paramédicaux exerçant dans les différentes structures publiques de soins, qui sont respectivement au

nombre de 47161 et 111154 en 2014 (MSPRH, 2015). Bien que les professionnels de la santé, les demandeurs de soins et les organismes de financement expriment, alors tous, un désarroi grandissant depuis des années. Ainsi, *Quelles sont les causes de ce désarroi ?*

3.1.1 Un financement annuel en augmentation qui finance la masse salariale

Les dépenses relatives à la santé représentent, en Algérie, 7% du PIB national, ce qui est tout à fait acceptable, les standards fixés par l'OMS étant de 5% à 6% du PIB. Quant à la Tunisie les dépenses relatives à la santé sont à hauteur de 6.2% du PIB national et le Maroc à 5.7% du PIB national. L'Algérie se situe très en dessous de la moyenne mondiale en matière de dépenses de santé globale, qui sont évaluées à plus de 11 milliards de dollars (Naït Ameur, 2018).

Durant l'année 2017, le budget de la santé en Algérie s'élève à un total s'étalant à 1150 milliards DA. Ce budget est réparti entre les dotations de l'Etat avec 400 milliards DA, la Sécurité Sociale environ 300 milliards DA, le Ministère de la défense et autres : environ 100 milliards DA, et l'Out of Pocket compris entre 250 et 350 milliards DA (Aissaoui, 2018). Selon la loi de finances 2020, le budget réservé à la santé s'élève à plus de 408 milliards DA, ce qui représente 8.3% du budget total, le 5e budget après la défense nationale, l'éducation nationale, les charges communes et l'intérieur (Keddad, 2020).

Parmi les grands chapitres des dépenses de la santé ; celles des structures de soins représentent presque 40% des dépenses nationales de la santé. En effet, en 1974, ces établissements fonctionnaient avec seulement 883 millions de DA. Les budgets alloués à ces établissements iront crescendo pour se situer à plus de 6 milliards DA en 1985. Vingt ans après l'instauration du forfait hospitalier, le budget consacré aux établissements publics de santé passe à plus de 30 milliards DA. Ces dernières années, ces établissements reçoivent plus de 400 milliards DA (Abbou & Brahamia, 2017).

En 2001 les leaders africains, chefs de gouvernement et chefs d'Etat, dont l'Algérie, avaient signé la déclaration d'Abuja/Nigeria par laquelle ils s'engageaient à affecter un minimum de 15% de leur budget de dépenses

Vers un diagnostic de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

publiques au secteur de la santé. En 2010 le Rwanda, le Burkina Faso, le Liberia, le Botswana, Madagascar et la Tanzanie ont rempli cet engagement. Pour l'Algérie, la Tunisie et le Maroc, par contre, la part des dépenses publiques affectée à la santé n'a jamais atteint 10% (WHO, 2020). Depuis 2014, la part du budget consacré à la santé en Algérie varié entre 8.5% et 9%, quant à la Tunisie sa part varié entre 7.5% et 8%, le Maroc, quant à lui, il reste en queue du peloton, en enregistrant une part qui varié entre 7% et 7.7% (Aissaoui, 2017).

Nous avons enregistré en 2016 ces trois statistiques, qui placent l'Algérie toujours comme le meilleure élève Maghrébin, en matière de dépenses en santé :

- Dépenses de santé per capita: 292 dollars par an ;
- Dépenses de santé par rapport au PIB: 7,1% ;
- Dépenses globales de santé par rapport au budget de l'Etat (BGE): 10,7%.

Ces indicateurs sont les plus hauts par rapport à un ensemble de pays comme la Tunisie (258 \$ per capita, 6,7% du PIB, 13,6% du BGE), le Maroc (160 \$ per capita, 5.5% du PIB, 7.7% du BGE) (Aissaoui, 2018).

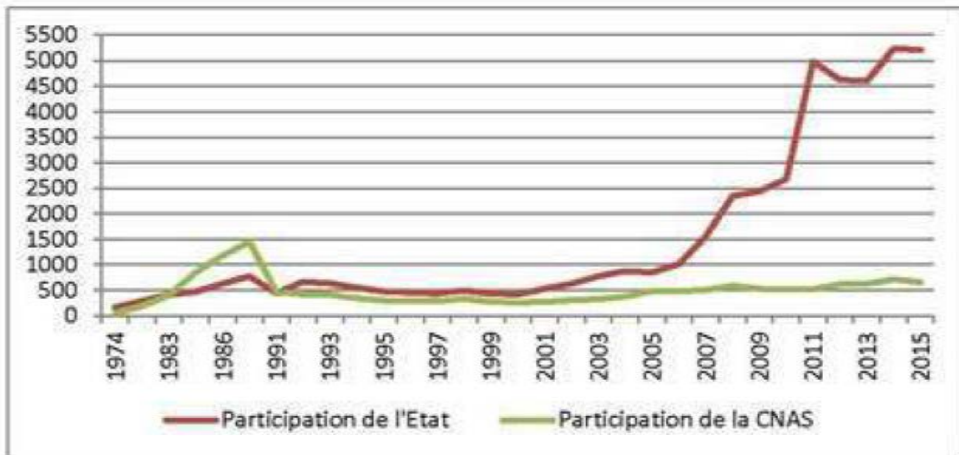
De surcroit, il faut préciser que le budget de la santé, malheureusement dans un pays comme l'Algérie, sert dans sa majorité à la rémunération du personnel, dont la part est passée à 75 % en 2017 et 2018! (WHO, 2020).

3.1.2 Le forfait hospitalier ; l'autre appellation de la dérive financière

Le forfait hospitalier est une forme de financement de l'activité hospitalière, appliqué en parallèle avec l'instauration du principe de la gratuité des soins, et cela depuis 1974. Cette forme de financement prévoit au préalable les nécessités de chaque hôpital public- en élaborant la loi de finance- mais d'une façon approximative, sans user de techniques économiques qui peuvent contrecarrer les dépenses farfelus (Karaterki & Karaterki, 2018). Malgré le contrôle a priori par le ministère de la santé, cette forme de financement accentue d'avantage l'augmentation du budget alloué pour ce genre de structures de soins. Il arrive même que des

chercheurs accusent le forfait hospitalier comme la source principale de l'augmentation des dépenses de soins, sans que la qualité des services hospitaliers soit à la hauteur de l'enveloppe budgétaire accordée pour ces structures publiques de soins.

Figure N° 1: Évolution du montant du forfait hospitalier de 1974 à 2015 en milliers de dollars USD



Source : (Abbou & Brahamia, 2017)

L'Algérie ne constitue pas l'exception en matière de gabegie budgétaire, à cause de l'application du forfait hospitalier, puisque dans la majorité des pays ayant adopté ce genre de financement, ils avouent que cette mesure est à l'origine de la dérive du financement hospitalier. Ainsi, c'est aberrant de donner l'occasion à des comptables pour faire une liste prévisionnelle des besoins de la structure hospitalière, sans qu'ils aient des justifications tangibles, ces derniers qui devraient être axées sur une approche purement économique. En sus, ces comptables de l'activité hospitalière, devraient avoir une certaine culture sure : les variables qui peuvent influencer sur l'activité et le budget de la structure, les modèles statistiques spécifiques à l'activité hospitalière, etc. hélas cette culture manque drastiquement ou plutôt absente, ainsi ces pseudos comptables sont juste des techniciens exécuteurs!

En absence de système d'information efficace, les deux principales sources de financement des structures de soins ; l'État et la Caisse Nationale d'Assurances Sociales des travailleurs salariés /CNAS sont

Vers un diagnostic de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

obligées à céder devant l'improvisation récurrente des responsables des hôpitaux, sans référence à l'activité réelle de ces établissements de soins. Ainsi nous ne pouvons pas avancer sans l'implantation et l'exécution d'un système d'information comptable qui impute, calcul, estime le prix de revient des actes et des services procurés par chaque service hospitalier, pour pouvoir ainsi justifier le passé récent, afin de se propulser vers le future proche.

3.1.3 Un manque d'organisation cohérente de prise en charge des malades

En ce qui concerne l'organisation des soins, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), adoptés par certains pays, ont prouvé leur efficacité dans la construction autour des besoins sanitaires spécifiques, de réseaux de soins hospitaliers interdépendants, complémentaires et solidaires. Les réseaux régionaux garantissent une continuité des soins et permettent un contrôle efficace de la qualité. Dans notre pays, une tentative de régionalisation sanitaire, débutée au cours des années 80 a été rapidement avortée. Le conseil régional de la santé qui devait coordonner les actions sanitaires au niveau de la région, n'avait qu'un rôle consultatif sans aucun pouvoir décisionnel (Ouchtati, 2003).

Nous assistons depuis plus de trois décennies à une anarchie au niveau de l'offre de soins, l'organisation de soins et la couverture médicale. Concernant la désorganisation de l'offre de soins, elle se caractérise par :

Bien que l'offre de soins en Algérie affiche plus de 30000 médecins généralistes activant dans les différentes structures publiques de soins, cette armée de médecins qui devraient encadrer les efforts de prévention, prodiguer des soins et/ou orienter les patients vers des niveaux de soins supérieures et spécialisés, etc. la réalité est autre, puisque le médecin généraliste ne joue pratiquement pas de son dernier rôle, il participe ainsi à pousser le demandeur de soins à tracer soi-même son parcours de soins, en criant des interminables files d'attente devant les urgences hospitalières des CHU, pour des soins inutiles à ce niveau et, qui peuvent être assurés aux niveaux inférieurs (EPH, EHS), ou par les structures de soins de santé de base (EPSP).

La communication inter-hospitalière dans le secteur de la santé est quasi-inexistante en Algérie. Nous n'arrivons même pas à trouver - quelques fois et pour des mois successifs - un gynécologue dans une maternité du chef-lieu de wilaya, ou dans un service gynéco-obstétrique au niveau d'un EPH! Cette réalité caractérise plusieurs wilayas de l'intérieure du pays et celles du grand sud. Ainsi une femme enceinte à terme est condamnée à parcourir une centaine de kilomètres pour atteindre un CHU, qui peut la prendre en charge, ou à défaut, de payer les services d'une maternité privé, sans que la sécurité sociale la rembourse un sou. Cette absence de communication, peut engendrer des risques gravissimes pour le patient, surtout celui en état grave, où chaque minute compte pour sa survie.

De surcroit, nous remarquons l'absence d'une cartographie des moyens médicaux existants, que ce soit au niveau de chaque wilaya ou au niveau national. Cette carte de l'offre de soins et de l'activité hospitalière permet de distinguer le nombre et l'activité des établissements de santé publique et privé, pour chaque territoire de santé. Ainsi l'absence de cette carte de l'offre de soins favorise : l'anarchie en matière de demande de soins, où chaque demandeur de soins est libre de choisir sa structure de soins, sans qu'il ait l'habilité nécessaire pour faire ce choix ; l'établissement de soins sera, peu ou prou, victime de sa réputation, ainsi la structure la mieux noté recevra un nombre considérable de demandeurs de soins, par rapport à celle qui souffre d'une mauvaise réputation.

3.1.4 L'absence d'un système d'information hospitalier fiable et efficace pour la prise de décision

Malgré les différentes expériences pilotes engagées par le ministère de la santé pour instaurer un système d'information hospitalier d'aide à la décision, malheureusement il n'y a pas de résultats jusqu'à maintenant! Une telle entreprise nécessite des débats, des discussions et des actions qui rassemblent au lieu de diviser. Ainsi, tous les expériences du passé dans ce sens sont vouées à l'échec et cela à causes de :

L'exclusion prémédité d'un intervenant, où sans ce dernier il est impossible que ce système fonctionne, ce ne sont que les professionnels de la santé! Une telle exclusion est motivée certainement par des préjugés infondés, quant à l'impossibilité qu'un médecin ou un TSS de jouer le jeu,

Vers un diagnostique de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

en matière de feed-back informationnel avec le cadre administratif. Ainsi ces préjugés peuvent crier un effet papillon, en l'occurrence un blocage entre les deux cadres ; médicale et administratif, où chacun jette la pierre sur l'autre.

Nous pouvons citer une deuxième cause, qui est la qualité de conception d'un tel système, ce dernier qui doit être :

- Un système spécifique à l'activité hospitalière et, qui prendra en charge des services qui sont difficiles à manier, le cas des urgences hospitalières ;
- Un système souple, qui pourra suivre sans difficultés les turbulences quotidiennes propre à l'activité hospitalière, en l'occurrence dans les moments des crises qui caractérisent l'environnement hospitalier.

En se référant au système 3COH, appliqué récemment par les différents hôpitaux, ce system est à appliquer en bloc sans distinction entre les différents services hospitaliers, en sus l'application de ce system ne présagera pas des fluctuations importantes dans l'activité hospitalière (Idiri & Ahmed Zaid, 2018).

La troisième cause est en relation directe avec les RH du service finance et comptabilité. Nous avons assisté auparavant à la mise en œuvre de plusieurs systèmes d'information comptables, théoriquement la conception du système est de qualité acceptable... tandis que les ressources humaines sont peu qualifiées pour la mise en œuvre et la gestion de ce system. Donc les moyens matériels soft ou hard ne suffisent point à avoir une information financière fiable, ainsi le facteur humain est une condition primordiale pour la réussite de tel changement.

3.2 Discussion

3.2.1 Une politique de santé renouvelée est plus que nécessaire

La mise en place d'une politique de santé en Algérie dans les années 70e, en parallèle avec l'application du principe de la gratuité des soins, a été motivée par de multiples objectifs pour pouvoir remédier à une situation socio-sanitaire chaotique de ces années post coloniale (maladies

infectieuses, pouvoir d'achat dérisoire, la sous-alimentation, etc.). De surcroît cette politique répondait à une multitude d'objectifs de cette époque à atteindre comme: la bonne couverture d'une population jeune éparpillée sur une superficie qui dépasse les 2.3 millions km² ; un démantèlement des obstacles géographiques et financiers, pour un accès aux soins sans discrimination pour tous les citoyens, ces derniers qui étaient déchirés par une guère qui a duré une éternité.

Selon la loi en vigueur à cette époque, et selon la charte de 1976, les autorités garantissent un accès égal et gratuit sans aucune discrimination aux usagers des services de santé publics. Selon les responsables de cette époque, cette mission doit être réalisée par les structures de soins publiques et avec les moyens du bord existant (Charte Nationale, 1976).

Si cette politique était un atout pour une période bien déterminée, elle ne sera plus un remède miracle et pérenne pour tous les problèmes qui caractérisent maintenant notre system de santé.

La loi sanitaire qui date de 1985 et, qui a été instaurer pour organiser un système de santé de l'époque, afin de répondre à des exigences et des contraintes propres à cette époque, n'a connu aucune réforme profonde et évolutive jusqu'à maintenant, malgré les multiples transitions d'ordre : sociale, économique, culturelle et épidémiologique, etc. qui ont refaçonné la société algérienne dès le début des années 90e. Le retard causé par les gouvernements successifs pour réviser cette loi, a contribué malheureusement à créer une boule de neige, qui n'est que le décalage entre le système de santé et les besoins de la population, cette boule de neige qui prend d'avantage de masse en fur est à mesure que le temps passe, sans que la nouvelle loi sanitaire soit approuver et appliquer.

Ce manque de perspicacité par les gouvernements successifs a contribué à engendrer l'actuel malaise, ce dernier qui est exprimé malheureusement par les trois acteurs qui composent notre system de santé, et cela depuis les trois dernières décennies. En absence d'indicateurs qui permettent de mesurer le degré d'équité en matière d'accessibilité aux soins primaires ou hospitaliers, il faut ajouter un manque flagrant d'indicateurs qui peuvent nous renseigner sur l'efficacité des structures de soins en matière de qualité des soins prodigués et, les coûts engendrés pour assurer

leurs missions. Ainsi la tâche ne sera pas facile pour conduire une politique de changement en absence de ces indicateurs, cette politique tant attendue, pourra rassembler les intérêts de tous les intervenants autour d'un même objectif.

3.2.2 La graduation des soins

Si le principe de la gratuité des soins était et demeure ainsi un principe non négociable selon nos responsables, tandis que ce principe représente une aubaine pour le secteur informel, ce dernier qui englobe plus 1.5 million de commerçants illicites (Aissaoui, 2018). Ainsi ce genre de commerçants et leurs familles jouissent et profitent donc de cette situation sans obstacles financiers ou organisationnels au niveau des bureaux d'accueils aux seins des hôpitaux publics algériens, bien que la majorité d'entre eux puisse payer le luxe chez le secteur privé. La victime de cette situation c'est bien le contribuable! Puisque ce bon contribuable est pénalisé depuis toujours triplement : une première fois, quand il paye ces cotisations sociales pour la Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs salariés/CNAS ou la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des Non- Salariés/CASNOS; une deuxième fois, quand il paye l'impôt sur le revenu global/IRG, puisque une partie de cet impôt ira financer le forfait hospitalier ; une troisième fois, quant il demande et reçoit des services de soins chez le secteur privé, sans que les organismes de sécurité sociale ne lui remboursent ses factures.

Ainsi nous pouvons diagnostiquer et comprendre le malaise de nos hôpitaux : c'est la multitude de charges imposées à l'hôpital, et le gaspillage des ressources sanitaires. Le premier, est du essentiellement à un system archaïque qui ne répond point aux multiples contraintes et transitions qui ont refaçonné la population algérienne ; quant au deuxième, il est le miroir de la gestion opaque qui caractérise nos établissements publics de soins.

La graduation des soins est plus que nécessaire, en allant des services de soins primaires, qui sont assurés par les Etablissement Publics de Soins de Proximité/ EPSP, vers l'hospitalisation qui offre des soins spécialisés assurés par les Etablissement Publics Hospitaliers/ EPH et les Etablissement Hospitaliers Spécialisés/ EHS, ou celles hautement spécialisés assurés par

les Etablissements Hospitaliers Universitaires/EHU et les Centres Hospitaliers Universitaires/CHU. Cette graduation de soins n'est pas simplement une pyramide d'organisation théorique d'accès à l'offre de soins, bien qu'elle soit primordiale pour l'organisation et la rationalisation des soins, comme elle doit être assurée par le premier niveau de l'offre de soins, en l'occurrence par les EPSP. De surcroît, le médecin généraliste doit être sollicité pour jouer son rôle comme acteur principale, De par sa position dans la filière de soins, sa place est perçue comme le pivot dans le parcours du patient qui accède ainsi aux soins préventifs ou curatifs que son état de santé requiert, en lui évitant de se présenter directement aux divers services hospitaliers, de les encombrer et d'entraver ainsi la hiérarchie du système de santé (Akki-Alouani, 2015). Ainsi les médecins généralistes sont invités à jouer leurs rôles pleinement pour amorcer réellement cette graduation des soins.

3.2.3 La maîtrise des dépenses de santé

En Algérie, ce type d'allocation de fonds a incité l'État et la CNAS à financer les hôpitaux publics sans référence à l'activité réelle. La contribution de chacun étant fixée d'une manière approximative sans relation avec le volume de l'activité des hôpitaux. L'efficacité de la dépense s'avère ainsi reléguée au second plan ; les gestionnaires sont devenus de simples dépensiers d'un budget préétabli et pré-affecté selon des lignes budgétaires précises. La maîtrise des dépenses hospitalières, basée sur une formule forfaitaire, a induit, contrairement aux objectifs attendus, la déresponsabilisation des gestionnaires des hôpitaux qui ne se considèrent aucunement incités à administrer au mieux les ressources (Oufriha, 2008).

La maîtrise des dépenses peut s'opérer dans le cas où il existe une certaine traçabilité, cette dernière peut se concrétiser par l'instauration d'un système qui enregistre et évalue les actes médicaux et, les coûts engendrés par chaque service hospitalier. Ainsi nous ne pouvons pas facturer les services prodigués, si la structure hospitalière ne s'est pas dotée d'un système d'information comptable. De surcroît toutes les structures hospitalières sont appelées à opter pour des outils comptables spécifiques à l'activité hospitalières, en l'occurrence: GHM, PMSI, T2A, etc.

Vers un diagnostique de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

Les tarifs pratiqués par les hôpitaux publics sont à réviser, cette révision peut s'opérer à travers une approche purement économique et, en faisant la différence entre le contribuable et le non contribuable (Ziani & Ziani, 2021). L'obstacle financier poussera ainsi le commerçant activant dans le secteur informel à se convertir, afin qu'il puisse bénéficier lui et sa famille des soins hospitaliers spécialisés et hautement spécialisés. Les plus démunis non couverts par les organismes actuels de la sécurité sociale seront pris en charge, probablement par un organisme de sécurité sociale voué à cette mission.

La maîtrise des dépenses doit s'organiser autour de deux objectifs : le premier, doit être axé sur les recettes, là où l'Etat peut convertir le secteur informel en un secteur formel par des incitations, ces derniers qui peuvent augmenter d'avantage les cotisations de plus d'un 1.5 million de commerçant, cette nouvelle source de financement peut alléger la pression sur les sources de financement traditionnelles; le deuxième, doit être axé sur les dépenses, là aussi les responsables sont appelés à réagir en instaurant une gestion stratégique, en se tournant vers les techniques économiques et un savoir faire des RH assez qualifiée.

La contractualisation est une autre forme d'organisation de notre system de santé, en coordonnant les efforts pour mieux couvrir la population en matière de soins de santé (Aissaoui & Brahamia, 2014). L'offre de soins et les mécanismes de financements sont appelés tous les deux à trouver des solutions et des alternatifs, pour faire face à une demande galopante qui se mute, en fur et à mesure, influencée par les multiples transitions qui ont marquées la population algérienne.

Le secteur de la santé est caractérisé par une demande de soins illimitée et imprévisible, tandis que les moyens alloués sont limités. En outre, le ministère de la santé a toujours payé les pots cassés des autres ministères. Ainsi l'hôpital algérien ne peut pas survivre dans les conditions actuelles de fonctionnement, où il est obligé d'assurer tous les soins hospitaliers et pré-hospitaliers à des coûts défiants toute concurrence. Il peut alléger ses charges et se désengager de certaines activités au profit du secteur privé, parmi ces activités (Ouchtati, 2003):

- L'hospitalisation à domicile, dont l'essence est la médecine de famille, permettra une réduction du recours à l'hospitalisation classique ;
- Le transport sanitaire et le transport médicalisé simple ;
- L'hémodialyse et la dialyse péritonéale, etc.

3.2.4 La formation continue du personnel médical

Nous assistons depuis les années 90 à une formation continue insuffisante et, sans rapport avec les besoins réels des praticiens médicaux et paramédicaux. Selon les responsables du secteur de la santé : la cause principale c'est bien le montant insuffisant du chapitre formation, inscrit dans le budget alloué annuellement pour les structures hospitalières. Tandis que les professionnels de la santé ont un autre avis : le chapitre formation existe certes mais insuffisant, où il est utilisé généralement pour assurer d'autres missions outre que la formation continue. Ainsi les résultats de cette situation : des praticiens de santé qui sont en décalage avec les besoins réels de la population. Ce malaise d'un praticien qui ne peut rien devant des cas où il n'a pas reçu une formation pour assurer sa mission, cette réalité a poussé le professionnel de la santé et le demandeur de soins à désertier ces structures publiques de soins, en l'occurrence vers des cliniques privées activant soit en Algérie ou à l'étranger.

Même ceux qui restent et, en absence d'une formation continue adéquate, ils constituent malheureusement une source de dysfonctionnements multiples : Prescription pléthorique de médicaments ; Prescription d'examens complémentaires sans rapport avec les besoins des patients, une orientation vers une hospitalisation évitable ou non justifiée (Ouchtati, 2003). Ainsi ces agissements irrationnels, sont la faute de tout un système, qui est remis en cause par ces composantes.

Les conditions socioprofessionnelles précaires du personnel soignant, elles aussi, sont à l'origine de sa démobilisation et de sa fuite forcée vers d'autres horizons. Cette situation est le résultat du cloisonnement idéologique, réglementaire et socioéconomique stagné depuis les années 70e. Ainsi pour débloquer la situation, il s'agit d'amorcer un premier changement que n'est que le statut des établissements hospitaliers. Le changement visé est structurel, où il est urgent d'abandonner le statut actuel

Vers un diagnostic de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

d'Établissement Public à caractère Administratif/ EPA et d'opter pour un nouveau statut du genre Établissement Public de Santé/ EPS, où l'établissement ne devient plus une administration publique mais un organisme de droit doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et réputé commerçant dans ses relations avec les tiers (Ouchtati, 2003). Ce nouveau statut Établissement Public à Gestion Spécifique/EPGS ; oblige chaque établissement à rénover ses méthodes de gestion en se dotant d'un conseil d'administration au sens propre du terme et, en implantant un vrai système d'information comptable qui use de techniques de comptabilité générale et analytique, les tableaux de bord, etc. pour la prise de décision.

4. Conclusion

Nous avons essayé à travers ce papier d'aborder la problématique de la situation précaire qui caractérise l'activité hospitalière en Algérie, en se tournant vers les obstacles qui nourrissent un malaise qui perdure, un malaise exprimé par les trois composantes qui constituent notre système de santé national.

Nous sommes arrivés qu'un hôpital désarmé ne puisse point mener un batail, surtout si cet hôpital soit exposé quotidiennement à des crises importées, où les coupables sont les autres ministères. Ainsi l'hôpital paye les pots cassés des autres et, entre autres mène plutôt une guère par procuration pour assurer une mission noble, en dépit des moyens limités alloués aux différents hôpitaux publics.

Le potentiel humain médical et paramédical dont dispose les structures publiques de soins est une véritable richesse. Reste qu'en absence : d'une formation continue, d'une organisation autour d'objectifs bien déterminés, d'une carte de l'offre de soins, d'une répartition équitable des ressources humaines sur les structures de soins, etc. rendent cette richesse une source de dysfonctionnements.

Bien que la réforme de notre système de soins soit la bienvenue, ainsi elle ne doit pas être une surenchère politicienne aveugle qui ne sert à rien, mais plutôt un consensus entre les différents intervenants dans l'hôpital algérien. De surcroit, une gestion de changement ne doit pas démarrer du néant, mais plutôt des multiples recherches, enquêtes, propositions, etc. qui

ont été réalisées par les chercheurs algériens pour notre système de santé, en l'occurrence : La charte de la santé de 1998, le rapport sur la santé des Algériens en 2000, le projet TAHINA de 2007, etc. qui définissent, peu ou prou, les grands axes d'une réforme hospitalière et, qui peut revitaliser le potentiel sanitaire conséquent dont dispose notre pays.

5. Liste Bibliographique

- 1) Abbou Y & Brahamia B. (2017). Le système de santé algérien entre gratuité des soins et maîtrise des dépenses de santé. *Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales/ Insaniyat*, 75/76
- 2) Aissaoui N & Brahamia B. (2014). Vers une dynamisation des structures de soins de santé de base en Algérie. *Revue des sciences humaines de l'université Constantine1*, 41-B
- 3) Aissaoui N. (2017). Financing of the Algerian health system; what future for free care? *EWASH&TI Journal*, Volume1 Issue 3: 11-20. <https://doi.org/10.48421/IMIST.PRSM/ewash-ti-v1i3.9548>
- 4) Aissaoui N. (2018). Innovation et gouvernance du système algérien de sécurité sociale; Réalité et défis face aux multiples transitions. *EWASH&TI Journal*, Volume2 Issue 1: 24-32. <https://doi.org/10.48421/IMIST.PRSM/ewash-ti-v2i1.11114>
- 5) Akki-Alouani A. (2015). Pour un système de santé qui profite à tous : l'Algérie face au défi de l'approche systémique. *Pensée plurielle* 107. <https://doi.org/10.3917/pp.039.0093>
- 6) Front de Libération Nationale. (1976). Charte Nationale, Alger 1976.
- 7) Idiri Y & Ahmed Zaid M. (2018). Essai d'estimation du coût de la prise en charge hospitalière d'une pathologie respiratoire attribuable à l'obésité : Cas de l'asthme au niveau du CHU de Béjaïa. *Revue les cahiers du POIDEX*, volume7 numéro1
- 8) Karaterki A & Karaterki I. (2018). Coût des soins en Algérie : Exemple des maladies nosocomiales. *Revue les cahiers du POIDEX*, volume7 numéro1
- 9) Keddad A. (2020). Les dépenses en santé pour 2020: 8,3% du budget total. [Internet]. EURL: <https://pharmainvest.dz/les-depenses-en-sante-pour-2020-83-du-budget-total/>

Vers un diagnostic de la situation précaire actuelle de l'hôpital public algérien

- 10) MSPRH. (2016). Santé en chiffres. Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière. Edition juillet 2016, [document pdf].
- 11) MSPRH. (2015). Les réformes en santé ; évolution et perspective Ministère de la santé de la population et de la reforme hospitalière. Edition décembre 2015 [document ppt].
- 12) Naït Ameur K. (2018). L'Algérie dépense beaucoup pour la santé mais de manière peu efficace. [Internet]. EURL: <https://maghrebemergent.net/lalgerie-depense-beaucoup-pour-la-sante-mais-de-maniere-peu-efficace-professionnels/>. Consulté le 15/12/2021.
- 13) Ouchtati M. (2003). La réforme hospitalière, point de vue d'un praticien. [Document HTM]. Accessible depuis l'adresse : www.sante.dz/reforme-hospitaliere/presse1.
- 14) Oufriha F Z. (2008). Les réformes du système de santé en Algérie, de réforme en réforme, un système de santé à la croisée des chemins, CREAD, Alger
- 15) Ziani L & Ziani F. (2021). La contractualisation dans le secteur de santé en Algérie : Etat des lieux et contraintes. Revue les cahiers du POIDEX, volume10 numéro1
- 16) WHO. (2020). Analyse rapide de l'impact socio-économique du COVID19 sur l'Algérie. [Document pdf]. Accessible depuis l'adresse :
- 17) <https://web.worldbank.org>