

## Annexe

### **FICHE ACTION ALGERIE MODALITE APPUI POLITIQUE SECTORIELLE**

#### **1. IDENTIFICATION**

Intitulé	Programme d'Appui à la Reforme de Santé		
Coût total	30 millions d'Euros dont un engagement de 15 millions d'Euros en 2008 et un engagement de 15 millions d'Euros en 2009		
Méthode d'assistance / Mode de gestion	- Programme d'appui à la politique sectorielle - Approche projet, gestion décentralisée		
Code CAD	12110	Secteur	Politique de santé et gestion administrative

#### **2. MOTIF ET CONTEXTE NATIONAL**

##### **2.1. Cadre macroéconomique**

Au cours des dernières années l'Algérie a adopté un ambitieux programme d'investissements complété par des réformes importantes en matière de libéralisation de l'économie, de réforme de la fonction publique, des finances publiques et de l'aménagement du territoire. Cependant, ces réformes et les investissements importants prévus aggravent les problèmes liés aux faiblesses du pays en termes de capacités techniques, organisationnelles et administratives pour piloter la mise en œuvre effective de cette ambitieuse stratégie. Ces faiblesses seront particulièrement sévères dans le secteur de la santé, qui souffre déjà d'insuffisances de planification, de gestion et d'organisation.

Sur la période 2001-2005, la croissance économique a progressé de plus de 5% en moyenne annuelle tandis que l'inflation reste sous contrôle à un taux moyen annuel inférieur à 3%. Le PIB par habitant a doublé sur la période 1995-2005 (passant de 1497 \$ en 1995 à 3856 \$ en 2006<sup>5</sup>).

Le Rapport National 2006 sur le Développement Humain en Algérie montre que le pays a amélioré de façon considérable et significative les indicateurs sociaux au cours des dix dernières années. Le taux de chômage a régressé de dix points en trois ans (de 20% en 2003 à 10% en 2006), tout en restant encore un problème socio-économique important. En matière de disparités sociales, l'Indice Global de Développement Sanitaire et Social (IGSS<sup>6</sup>) initié par l'enquête nationale TAHINA (2005) sur la transition épidémiologique dans les pays du Nord de l'Afrique, révèle

---

<sup>5</sup> Rapport annuel du Fond Monétaire International (FMI), 2007.

<sup>6</sup> Prenant appui sur la situation démographique, la situation et l'encadrement sanitaire, l'état de confort et la situation économique des ménages.

une grande disparité au niveau du territoire. L'IGSS a atteint en moyenne 0,705 sur le littoral et 0,185 dans le sud, soit un différentiel supérieur à 3,5.

## **2.2. Politique de coopération du pays bénéficiaire**

Le profil épidémiologique du pays a évolué vers une dominance des maladies chroniques. En général, le pays se trouve confronté à des maladies infectieuses que l'on croyait éradiquées ainsi qu'à de nouvelles maladies. Les capacités de surveillance et de réponse du dispositif de santé public sont insuffisantes pour répondre à cet accroissement de la charge de travail.

En outre, malgré le taux assez élevé d'accouchements assistés par du personnel qualifié, la mortalité maternelle stagne autour des mêmes ratios depuis les années 1990 dans certaines régions du pays. La mortalité maternelle varie de 43.3 pour 100.000 à 232 pour 100.000 entre les wilayas. Environ 18.2% des enfants de moins de 5 ans sont en insuffisance pondérale dans le sud, contre 5% dans le nord du pays.

Par ailleurs, le secteur privé connaît un essor rapide en raison de la faible qualité de l'offre publique des soins. Les malades qui font appel au secteur privé, paient de leur poche la plupart des frais, ce qui constitue une source importante d'inégalité (Revue des Dépenses Publiques 2007, Banque Mondiale).

Enfin, les risques de pollution chimique ainsi que les contaminations des aliments ne sont pas maîtrisés de façon satisfaisante sur l'ensemble du pays.

Les autorités algériennes sont conscientes des nouveaux défis et enjeux, comme en témoignent les nombreuses réformes en cours de réalisation, visant à améliorer l'efficacité, la qualité des prestations et l'accès équitable aux soins de qualité. Pour le Gouvernement algérien, la réalisation de ces réformes doit bénéficier de la coopération avec les partenaires internationaux.

## **2.3. Programme sectoriel du gouvernement**

### *2.3.1. Principales conclusions de l'évaluation de la politique sectorielle et du budget*

Le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière (MSPRH) assure le pilotage du développement du secteur. Dans le cadre du Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT), adopté en février 2008 par le Conseil du Gouvernement, est inclus le « Schéma d'Orientation Sectorielle de la Santé » avec une enveloppe globale de 1.900 milliards de dinars (soit environ 19.4 milliards d'Euros) pour le programme sanitaire à l'horizon 2025. Ce Schéma a pour objectif d'atteindre le niveau des indicateurs sanitaires des pays industrialisés d'une part et de réduire les écarts entre les différentes régions du pays d'autre part. Une stratégie sectorielle détaillant les actions et les ressources pour atteindre les objectifs structurels fixés et les résultats à moyen terme afin de traduire l'engagement du Gouvernement serait en cours d'élaboration.

Au niveau des directions centrales du MSPRH et des Institutions de Santé Publique sous tutelle, il existe une vision globale pour une prise en charge des problématiques du secteur, qui se traduit par un consensus sur les grands objectifs stratégiques à réaliser tels que le pilotage du secteur à travers la maîtrise globale de l'information, une offre mieux distribuée et de meilleure qualité, une gestion efficace des ressources

humaines, le développement des procédures de gestion des établissements, la surveillance de la santé publique, ainsi que la mise place de programmes de soins adaptés à la situation épidémiologique. En outre, face à la forte croissance du secteur privé, le MSPRH veut se doter des outils réglementaires et de contrôle, pour encadrer ce secteur et assurer la qualité de ses prestations.

Les travaux concernant le financement de la santé soulignent la nécessité d'une allocation rationnelle des ressources, à travers la contractualisation d'objectifs de soins à fournir<sup>7</sup>.

Pour certains aspects de la réforme, les cadres légaux ont été établis; c'est le cas du décret<sup>8</sup> portant création des établissements public administratifs hospitaliers (EPAH) et des établissements public administratifs de santé de proximité (EPASP) qui sépare la gestion et le financement du segment hospitalier de ceux des soins externes et modifie la gouvernance des niveaux opérationnels de base par l'introduction des conseils d'administration des EPAH et des EPASP.

Toutes ces réformes ont induit une augmentation du budget de la santé 2005-2009 (investissement et fonctionnement) qui en 2008 représente 9.5% du budget total de l'Etat. Les ressources mobilisées sont de l'ordre de 6,8% du PIB en 2007 et la dépense totale par tête est estimée 177 USD (Schéma d'Orientation MSPRH, 2008)<sup>9</sup>.

### 2.3.2. *Cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) sectoriels et gestion des dépenses publiques*

Dans le secteur spécifique de la santé, parmi les défaillances de l'actuelle gestion des dépenses publiques on relève la séparation entre le budget d'investissement et le budget de fonctionnement, qui affecte l'utilisation rationnelle des ressources et la programmation budgétaire.

Une réforme est en cours pour moderniser l'actuel dispositif budgétaire national. Les principaux piliers de la réforme sont<sup>10</sup>: (a) la redéfinition de la nomenclature budgétaire qui permettra la gestion des programmes et la budgétisation axée sur la performance, (b) le nouveau système de rapports qui renforcera la transparence et le pouvoir de contrôle du Parlement, et (c) le cadre de dépenses à moyen terme qui intégrera les budgets d'investissement et de fonctionnement.

La Loi Organique des Finances du 07/07/1984 sera amendée en 2008. Le Ministère de la Santé figure parmi les huit ministères qui ont été retenus pour l'application de cette nouvelle loi, afin de faire leur prévision des dépenses sous forme de budget-programme à partir de 2011. La Loi s'appliquera également à toutes les structures ayant le statut d'Etablissements Publics à Caractère Administratif ou Economique et les Entreprises Publiques.

---

<sup>7</sup> Note N° 334 MSPRH/MIN du 8 mars 2006 relative à la mise en œuvre de la contractualisation (rappel) entre la sécurité sociale et les établissements de soins.

<sup>8</sup> Décret Exécutif N°07-140 du 19 mai 2007 portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers et établissements publics de santé de proximité.

<sup>9</sup> RDP 2007, BM

<sup>10</sup> Commission interministérielle pour l'amélioration de la gestion des finances publiques - Ministère des Finances, mars 2006.

La Commission européenne devra donc prendre en considération cette dynamique de réforme budgétaire pour retenir l'approche la plus appropriée et pertinente de coopération avec le secteur.

### 2.3.3. *Évaluation de la capacité institutionnelle*

Plusieurs institutions ont été mises en place dans le cadre des nombreuses réformes et certaines sont déjà opérationnelles<sup>11</sup>. De même, si les objectifs sectoriels ont été définis correctement et en adéquation avec le contexte actuel, d'une manière générale les difficultés se situent beaucoup plus au niveau opérationnel qu'au niveau conceptuel et stratégique en raison d'insuffisances organisationnelles et techniques. Le cloisonnement des activités entre les directions, ainsi que l'insuffisance de coordination et de synergie, risquent de compromettre la réussite des réformes en cours.

Conscient de ces difficultés, le Ministère accorde une grande importance à la mise en œuvre d'un programme qui, outre l'amélioration de la capacité institutionnelle et technique du secteur, constituera également un élément fédérateur fort et renforcera le dialogue interne au secteur public de la santé.

Une redéfinition des rôles entre niveau central et opérationnel est en cours. La relative autonomie de gestion (statut d'établissement public administratif) accordée aux structures de soins, auparavant administrées par le Secteur Sanitaire de la Wilaya, en est la preuve. Les réformes initiées par le Gouvernement accordent une place importante à la mise en place des mécanismes permettant une meilleure coordination ainsi qu'un pilotage opérationnel efficace, soutenu par une définition claire des responsabilités entre les différents niveaux et opérateurs.

La séparation de gestion entre les établissements publics administratifs (EPA) hospitaliers et les EPA de santé de proximité a le but d'identifier les soins hospitaliers et externes comme deux entités juridiques et financières et, ainsi, de pouvoir y allouer les ressources sur la base de budgets programmes. Cependant, si les hôpitaux disposent d'une base d'organisation, d'outils de gestion qui sont à améliorer, toute l'organisation, les outils et les capacités administratives et techniques des EPA de santé de proximité sont à construire.

### 2.3.4. *Cadre général existant pour le suivi de la mise en œuvre des politiques et stratégies sectorielles*

Les orientations sectorielles définies dans l'avant projet de la Loi Sanitaire (2003) et dans le document de Stratégie Nationale de Santé (2006), ont été finalisées dans le document de «Schéma d'Orientation Sectoriel» de la santé. Comme cela a été mentionné, le «Schéma d'Orientation Sectoriel» de la santé permettra d'assurer l'égalité d'accès, une distribution plus équitable et rationnelle des infrastructures et de l'équipement lourd et de réduire les écarts entre les différentes régions du pays.

---

<sup>11</sup>

Centre de Pharmacovigilance ; Agence Nationale de Documentation ; Agence Nationale du Sang ; Institut Pasteur ; Centre de Toxicologie ; Ecole Nationale de Santé Publique ; Institut National de Santé Publique (INSP) ; Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques ; Institut National de Pédagogie de la Formation Paramédicale.

Par ailleurs, la démarche stratégique en cours d'élaboration par le MSPRH fait intervenir dans le cadre du suivi de la politique de santé publique, les autres ministères concernés (en particulier le Ministère des Finances, le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le Ministère de la Solidarité Nationale) et intègre la réalisation des Objectifs du Millénaire et de la lutte contre la pauvreté.

#### 2.3.5. *Mesure des performances*

Le MSPRH souhaite l'assistance du présent programme pour la mise en place d'un système d'information global ainsi que des outils de pilotage et d'évaluation de la performance avec les tableaux de bord permettant d'assurer un suivi continu à l'aide d'indicateurs clés. Actuellement le Ministère assure le suivi de sa politique sanitaire par des données administratives, des statistiques sanitaires et des études quantitatives et qualitatives. Toutefois, les indicateurs qui pourraient constituer des mesures de la qualité du système (OECD) sont produits de manière cloisonnée et restent fragmentés entre les différentes directions du Ministère. Il n'y a donc pas encore un cadre global de mesure immédiatement disponible. Le programme d'appui de la Commission européenne permettra de disposer d'un Système d'Information en mesure de fournir des indicateurs de suivi et de performance au niveau national, régional et local.

#### 2.4. **Enseignements tirés**

L'analyse et l'évaluation des mesures antérieures mettent en évidence la nécessité de la réforme du secteur de la santé particulièrement en ce qui concerne la maîtrise du financement, l'analyse des coûts, l'efficacité de la dépense, l'amélioration de la gestion vers l'efficacité et la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Le MSPRH et la Sécurité Sociale sont en train d'étudier les modalités techniques pour passer du financement des hôpitaux par forfait annuel (versé par la sécurité sociale) à un mode de facturation sur la base des actes rendus. Les discussions entre ces deux entités sur l'adoption du mécanisme de financement de la santé sont difficiles. Par ailleurs, la réflexion est en cours sur les modalités de financement des différents niveaux de soins (hôpitaux tertiaires, généraux et services externes).

Pour pallier certaines défaillances structurelles et organisationnelles, le MSPRH reconnaît l'intérêt d'établir des relations d'échange d'expérience et de *savoir-faire* entre les institutions et organismes techniques nationaux et des structures européennes similaires.

#### 2.5. **Actions complémentaires**

- La politique de réduction de la pauvreté a permis de mettre en place un important dispositif de lutte contre la précarité (Agence de Développement Social, Filet Social, Travaux d'Intérêt Public à Haute Intensité de Main d'Œuvre) dans le cadre des Objectifs du Millénaire.
- La Coopération Française cible ses interventions sur les relations avec les universités algériennes, particulièrement dans le cadre de la formation en spécialités médicales.

- La Coopération Belge mène un projet intégré de santé publique dans la Wilaya de Tamanrasset dans les domaines suivants: la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale, la planification familiale, la santé des adolescents et des jeunes, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA. (Budget : 5 millions d'euros). A Alger le projet «Gestion des déchets hospitaliers de l'hôpital Bachir Mentouri de Kouba» est en cours (Budget : 500.000 euros). La Coopération Belge prévoit également des bourses de stage et quelques projets de coopération interuniversitaire ciblés sur la formation et la recherche.
- La Banque Mondiale appuie la mise en œuvre des revues des dépenses publiques et d'amélioration de l'efficacité de la dépense de santé.
- L'Organisation Mondiale de la Santé agit dans le cadre du renforcement des systèmes de surveillance des maladies et de la mise en place de stratégies préventives.

Il convient de signaler que les montants consacrés par les bailleurs de fonds à l'appui au secteur de la santé (y compris le montant prévu pour ce programme) ne représentent pas plus de 1% du budget de la santé.

## **2.6. Coordination des bailleurs de fonds**

La direction des relations internationales du MSPRH est en charge de la coordination des actions financées par les partenaires internationaux dans le secteur. Comme la plupart des autres départements ministériels, le MSPRH n'a pas encore établi un dispositif opérationnel de concertation et de coordination entre partenaires bilatéraux et multilatéraux, pour une harmonisation de la mise en œuvre des programmes de santé et des réformes.

La coordination entre les agences des Nations Unies est assurée au niveau du Plan Cadre d'Assistance du Système des Nations Unies.

La concertation et la coordination entre la Commission et les Etats Membres de l'Union européenne se fait tout d'abord dans la phase de programmation des actions de la Commission européenne avec des consultations systématiques des principaux bailleurs de fonds. Au niveau de la mise en œuvre des projets, une coordination est assurée lors de réunions périodiques d'échange d'informations.

Le MSPRH et l'ensemble des partenaires reconnaissent cependant l'importance d'une action globale concertée et souhaitent mettre en place une plateforme de coordination. Au regard de ce qui précède et compte tenu des défis et enjeux actuels et à venir, il y a une nécessité absolue de jeter les bases d'une coopération diversifiée où la partie algérienne doit favoriser les mécanismes de coordination de tous les bailleurs.

## **3. DESCRIPTION**

L'envergure des réformes lancées par le Gouvernement visant l'amélioration de la gestion du secteur plaide pour une approche sectorielle qui répondra de manière plus appropriée aux besoins d'appui du MSPRH.

### 3.1. Objectifs

La politique nationale de santé s'articule autour de cinq grands axes d'actions : i) rapprocher la santé du citoyen ; ii) améliorer la qualité des prestations de santé ; iii) prendre en charge la transition démographique et épidémiologique ; iv) atteindre les Objectifs du Millénaire ; v) rationaliser la gestion du secteur.

**Les objectifs** du programme communautaire d'appui à la santé sont d'assister le Gouvernement algérien à:

- (1) La mise en place des instruments et des outils de pilotage du secteur.
- (2) La prise en charge de la transition épidémiologique à travers une offre de services préventifs et curatifs équitable et de qualité.
- (3) Le renforcement des compétences du secteur et la valorisation des ressources humaines.

**Les résultats** du programme sont :

#### **R-01: instruments de pilotage**

- (1) La stratégie sectorielle est déclinée en objectifs, moyens et résultats.
- (2) L'allocation des ressources est conforme aux programmes stratégiques du secteur.
- (3) Les informations pour le pilotage et le contrôle sont disponibles aux décideurs et aux gestionnaires.

#### **R-02: prise en charge de la transition épidémiologique**

- (1) La stratégie de prise en charge intégrée des maladies chroniques prioritaires.
- (2) Les ressources des établissements sont programmées en fonction d'objectifs de soins.
- (3) L'amélioration des mécanismes de prise en charge sanitaire des pauvres par l'état
- (4) Les établissements adoptent une gestion normalisée en référence aux modules de gestion développés (y compris les systèmes d'information pour la gestion).
- (5) Les établissements adoptent une démarche qualité pour l'amélioration continue de la gestion des niveaux opérationnels et des soins.

#### **R-03: renforcement des compétences du secteur**

- (1) Les outils de gestion prévisionnelle des RHS
- (2) Les outils d'organisation et gestion du travail
- (3) Les établissements disposent de personnels formés

- (4) Il y a adéquation entre profil de poste et compétences des personnels dans les établissements

### **3.2. Principales activités**

Les grands axes d'action du programme reposeront sur des stratégies d'appui institutionnel et de renforcement de compétences au bénéfice du MSPRH, de ses institutions sous tutelle, ainsi que de ses niveaux opérationnels. Ces stratégies s'appuieront sur des actions dans les domaines du pilotage stratégique du secteur et de son financement, la mise en place de mécanismes de prise en charge sanitaire de populations vulnérables et des pauvres, la continuité et la qualité des soins, de la gouvernance des niveaux opérationnels, la gestion des établissements, le système d'information sanitaire et les dispositifs de surveillance et de veille, la mise en place d'une Agence du Médicament, le support aux institutions de formation nationales.

Le Programme se structure sur le plan de l'appui institutionnel et sur celui du renforcement des compétences. Pour cela, il comportera différentes modalités d'appui dont l'assistance technique long terme, ponctuelle et les partenariats avec des institutions publiques et privées européennes. Il permettra également l'organisation de diverses formations spécifiques, comme dans le domaine de la gestion du financement par des mécanismes d'assurance et de contractualisation, de la santé publique / des populations, en économie de la santé, en gestion de la qualité, en gestion des ressources humaines et des établissements, en nouvelles techniques de soins.

L'assistance technique sera rattachée au Secrétariat Général du MSPRH qui assurera l'affectation des aides techniques aux directions et institutions concernées. Il coordonnera également la répartition des aides techniques entre les établissements de soins. Les actions dans le cadre des partenariats seront coordonnées de la même manière.

### **3.3. Parties prenantes**

Le MSPRH, les Institutions sous tutelle<sup>12</sup>, ainsi que les établissements de soins hospitaliers et de proximité sont les parties prenantes directes du programme. A celles-ci s'ajoutent le Ministère des Finances, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique, les Ordres Professionnels, le Ministère de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, le secteur privé et la société civile dans son ensemble.

### **3.4. Risques et hypothèses**

- La réforme du système sanitaire demeure une priorité gouvernementale.
- La volonté politique de réforme est soutenue par les décrets d'application de la nouvelle configuration de la carte sanitaire.

---

<sup>12</sup>

Centre de Pharmacovigilance; Agence Nationale de Documentation; Agence Nationale du Sang; Institut Pasteur; Centre de Toxicologie; Institut National de Santé Publique (INSP); Laboratoire National de Contrôle des Produits Pharmaceutiques; Institut National de Pédagogie de la Formation Paramédicale.



- La réforme du dispositif budgétaire est mise en œuvre en temps voulu et l'adaptation du mécanisme de financement de la santé est mise en place.
- Le programme vise, entre autres une meilleure coordination et cohérence des actions menées par les partenaires dans la santé. Il est donc nécessaire que le Ministère puisse établir un cadre formel de coordination et d'échanges entre les intervenants du domaine.
- Le niveau opérationnel est impliqué dans la mise en œuvre de la réforme et la responsabilité gestionnaire est valorisée à tout niveau.
- La formation et la disponibilité des ressources humaines qualifiées sont garanties.

### **3.5. Questions transversales**

Le Programme appuiera le renforcement des activités de surveillance de l'environnement pour contrer les risques imputables aux agents chimiques et aux pesticides, ainsi que la prise en charge des déchets en provenance des activités de soins. Les conséquences sur l'environnement du renforcement des établissements de soins seront objet d'analyses d'impact environnemental.

En ce qui concerne les questions de genre, le programme appuiera la mise en place d'un cadre normatif pour assurer l'égalité des chances d'accès aux soins. Il contribuera à offrir de façon équilibrée les services de santé maternelle et reproductive en général.

La réforme des statuts des établissements de soins et le renforcement de leur gestion amélioreront leur gouvernance. Ce cadre normatif d'établissements permettra une meilleure concertation entre les différentes catégories de personnel.

Le projet contribue à promouvoir un mode de traitement des malades reposant sur le respect des droits de l'homme et de la dignité de la personne.

## **4. QUESTIONS DE MISE EN ŒUVRE**

Le Programme sera mis en œuvre selon la modalité de gestion 'Projet' à travers une gestion décentralisée par la signature d'une convention de financement avec pays tiers.

### **4.1. Méthode de mise en œuvre**

La Commission soumet les procédures de passation de marchés à des contrôles ex ante pour les marchés publics de plus de 50 000 EUR, et à des contrôles ex post pour ceux ne dépassant pas 50 000 EUR. L'ordonnateur s'assure, par l'utilisation des modèles de convention de financement en gestion décentralisée, que la séparation des fonctions d'ordonnancement et de paiement au sein de l'entité décentralisée sera effective et permet en conséquence de procéder à la décentralisation des paiements dans les limites précisées ci-dessous.

Travaux	Fournitures	Services	Subventions
< 300 000 EUR	< 150 000 EUR	< 200 000 EUR	• 100 000 EUR

#### 4.2. Procédures de passation de marchés et d'octroi de subventions

Tous les contrats mettant en œuvre l'action doivent être attribués et exécutés conformément aux procédures et aux documents standard établis et publiés par la Commission pour la mise en œuvre des opérations extérieures, tels qu'en vigueur au moment du lancement de la procédure en cause.

Les critères de sélection et d'attribution essentiels pour l'octroi de subventions sont définis dans le «Guide pratique des procédures contractuelles dans le cadre des actions extérieures de la CE». Le taux de cofinancement maximal envisageable pour les subventions est de 80 %. Un financement intégral ne peut être accordé que dans les cas visés à l'article 253 des modalités d'exécution du règlement financier et lorsque ce financement intégral est indispensable à la réalisation de l'action en question.

#### 4.3. Budget et calendrier

Le projet bénéficie d'un financement de la Commission européenne de 30 millions d'euros. La durée du projet est de 60 mois pour l'ensemble du programme commençant à partir de la date de la signature de la première convention de financement.

Le budget pour l'ensemble du programme est de 30 millions d'euros, dont 15 millions d'euros seront engagés en 2008. A titre d'information, l'action sera complétée et les 15 millions d'euros restants seront engagés en 2009.

Le budget pour l'ensemble du programme se répartit de la manière indicative reprise dans le tableau ci-dessous:

Chapitre	Millions Euro
<b>1) Services - Appui institutionnel au MSPRH</b> (Renforcement du pilotage et de la gestion)	<b>12</b>
<b>2) Formation</b> (Surveillance, qualité des soins, gestion)	<b>10</b>
<b>3) Subventions - Appui Institutions sous Tutelle</b> (Qualité des soins, surveillance)	<b>6,2</b>
<b>4) Audits et évaluation</b>	<b>0,9</b>
<b>5) Imprévus</b>	<b>0,9</b>
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>30</b>

#### 4.4. Suivi de l'exécution

Le suivi du programme se fera à l'aide des indicateurs existants issus du système d'information sanitaire, des enquêtes périodiques et des analyses ponctuelles<sup>13</sup> et nécessitera l'amélioration des indicateurs de performance du système sanitaire. Certains indicateurs seront élaborés et utilisés au fur et à mesure de l'exécution des réformes envisagées. Celles-ci seront également renforcées par les actions au niveau institutionnel et le développement des compétences prévues par le programme. Ce suivi impliquera les structures du MSPRH au niveau central et au niveau décentralisé: conseils d'administration des établissements publics hospitaliers et conseils d'administration des établissements publics de santé de proximité. Le MSPRH constituera aussi un comité de suivi présidé par le Secrétaire Général du MSPRH. La Délégation de la Commission européenne en Algérie y participera comme observateur.

Les principaux indicateurs quantitatifs pour mesurer l'état d'avancement du programme sont:

##### Coordination et pilotage

- i) Pourcentage du budget de l'Etat affecté à la santé (fonctionnement et investissement): répartition régionale, répartition par niveaux (hôpitaux et établissements de santé de proximité);
- ii) Taux d'exécution des budgets;
- iii) Pourcentage des établissements ayant fait l'objet de contractualisation avec la sécurité sociale.

##### Egalité d'accès

- i) Taux de couverture sanitaire pour les soins de base et les soins hospitalier dans les wilayas défavorisées;
- ii) Taux de prise en charge des démunis par l'état et les collectivités locales.

##### Efficacité et qualité

- i) Pourcentage des personnes à risque d'une maladie chronique qui ont bénéficié d'une évaluation des risques<sup>14</sup> / d'un dépistage;
- ii) Pourcentage des personnes présentant certaines maladies chroniques (haute tension artérielle, diabète) dont la prise en charge est assurée régulièrement dans un établissement de santé de proximité;
- iii) Indicateurs de dépistage des grossesses à risque et de prise en charge des complications obstétricales;

---

<sup>13</sup> Le Programme contribuera à améliorer les indicateurs existants pour permettre un meilleur suivi de la mise en œuvre de la réforme.

<sup>14</sup> Cet indicateur sera désagrégé;

iv) Pourcentage de personnels soignants utilisant correctement les protocoles de soins pour des maladies définies<sup>15</sup>;

v) Taux d'infections nosocomiales.

#### Gestion des établissements<sup>16</sup>

i) Pourcentage des établissements dont les plans d'organisation et de gestion sont conformes aux normes ;

ii) Pourcentage des établissements ayant bénéficié des audits cliniques de gestion des soins ;

iii) Pourcentage des établissements ayant intégré des outils de gestion de la démarche qualité ;

iv) Pourcentage des établissements ayant mis en place des nouveaux outils de gestion.

#### Surveillance des risques

i) Pourcentage des maladies prioritaires qui font l'objet d'un programme de surveillance ;

ii) Pourcentage des menaces importantes pour la sante publique qui sont prises en charge dans un délai de 72 heures<sup>17</sup>;

iii) Pourcentage des wilayas disposant d'un dispositif intégré de surveillance et de réaction aux risques de santé publique.

### **4.5. Évaluation et audit**

Le programme fait l'objet d'évaluations à mi-parcours et finale qui auront pour but d'apprécier l'état d'avancement du programme, des reformes et d'amélioration des paramètres contenus dans les sept critères de l'appui sectoriel. Le programme fera l'objet d'audits lancés par la Commission européenne selon les besoins. Les rapports d'audit seront communiqués par la Délégation de la Commission européenne en Algérie au Bénéficiaire et au Coordonnateur National. Ils s'assureront de la bonne gestion du dispositif d'appui ainsi que de l'éligibilité des dépenses.

### **4.6. Communication et visibilité**

En matière de communication et de visibilité, l'accent sera mis notamment sur les actions dont la finalité est l'humanisation des conditions de soins et des établissements sanitaires, conduisant à faire du malade un sujet de droit. Les activités de communication et d'information seront mises en œuvre en conformité avec les lignes directrices de la Commission européenne en vigueur au moment de leur lancement.

---

<sup>15</sup> Cet indicateur sera mesuré à partir de l'évaluation à mi-parcours;

<sup>16</sup> Ces indicateurs seront mesurés à partir de l'évaluation à mi-parcours;

<sup>17</sup> Cet indicateur sera mesuré à partir de l'évaluation à mi-parcours;